

El shock traumático en los escalones avanzados

por el Dr. FERNANDO F. BERBIELA

Teniente Coronel Médico. Profesor de la Escuela Popular de Estado Mayor

La palabra «shock», cuyo significado estricto es *fuerte impresión moral*, ha modificado su sentido propio al tomar carta de naturaleza en nuestra terminología científica, y con ella designamos un estado especial del organismo que se caracteriza por descenso de la presión arterial con la consiguiente debilitación del pulso, disminución del volumen sanguíneo, respiración rápida y superficial, indiferencia, hipoestesia e hipotermia.

Entre las varias causas determinantes de este estado, la más frecuente, y al mismo tiempo la más interesante para nosotros, es el trauma violento. Dentro de este carácter de gran traumatismo hay, además, circunstancias especiales que favorecen la aparición del shock; tales son la localización del traumatismo en tórax y abdomen, sobre todo en la región umbilical, y las heridas por aplastamiento o por avulsión con pérdida considerable de sustancia.

Las causas predisponentes son de la mayor importancia en el shock, porque ejercen una influencia considerable en su aparición. Todos los estados de debilitación la favorecen, desde luego; pero lo que parece ser el factor decisivo es el estado del individuo en el momento de sufrir el traumatismo; el frío, la fatiga, la excitación nerviosa, el agotamiento físico y moral determinan casi fatalmente su presentación; de aquí la frecuencia del shock en los heridos de guerra, en los que todas o una gran parte de estas circunstancias predisponentes suelen darse juntas.

Cuando llega al puesto de socorro de Batallón o al de Brigada un individuo ensangrentado, pálido, en un estado de estupor del que difícilmente se le arranca, y en el que recae apenas cesan los estímulos exteriores, con las pupilas dilatadas, los ojos hundidos, semicerrados y sin brillo, las extremidades y los labios cianóticos, la piel fría, el pulso apenas perceptible, casi filiforme, la respiración superficial y acelerada y la sensibilidad casi totalmente abolida, el joven médico se apresta, por lo general, a movilizar inmediatamente todo su arsenal terapéutico para sacar al herido de un estado que juzga rápidamente mortal.

Pues bien, no hagáis eso; en los escalones sanitarios avanzados no tra-

téis de combatir el shock. He aquí las razones que aconsejan esa abstención.

En primer lugar, el shock que se ofrece a vuestra vista es el primitivo, el que se presenta inmediatamente después del traumatismo; el shock secundario, el verdadero shock, el que puede haceros temer un desenlace fatal, tiene un período de latencia de algunas horas, y si los servicios funcionan bien, cuando aparece ya está el herido fuera de vuestra jurisdicción.

Pero aun cuando así no sea, aun cuando os encontréis ante un caso de shock secundario, ya que en las formas graves puede sobrevenir a la media hora del traumatismo, no debéis tampoco intentar luchar contra él, porque de todas las teorías sobre la patogenia del shock la única que ha prevalecido y está hoy admitida por todos es la que atribuye su aparición a la hemorragia, ya aparente como en los casos de heridas múltiples por metralla, ya oculta como en los grandes aplastamientos en que no se traduce al exterior, pero no deja por eso de ser muy considerable.

En estas hemorragias intersticiales, a las que están particularmente predispuestas las vísceras abdominales, la pérdida más que de sangre total es de plasma que infiltra los tejidos produciendo grandes edemas, pero el resultado es el mismo, porque la disminución del plasma determina el espesamiento de la sangre que inutiliza los mecanismos de regulación del volumen sanguíneo.

Incluso los casos de shock sin hemorragia, como son los que se producen en las intervenciones de larga duración en el intestino, que antes se explicaban por una parálisis vasomotora refleja, se atribuyen hoy a la pérdida de líquido producida por la vasodilatación progresiva que las asas intestinales experimentan en el transcurso de las largas operaciones. La disminución de volumen sanguíneo se debe en estos casos a la trasudación y estancamiento de la sangre en la amplia red de capilares intestinales. El enfermo, como dice muy acertadamente el profesor Bastos, *se sangra en sus capilares*.

Identificado, pues, el shock con la hemorragia y tributario aquél del tratamiento de ésta, resalta la imposibilidad de aplicarlo en las primeras formaciones sanitarias, pues para que sea eficaz es necesario llegar al foco mediante la laparotomía y ligar *in situ* los vasos sangrantes, cosa que ni puede ni debe hacerse en los escalones avanzados.

Y si el tratamiento causal no es aplicable, ¿habremos de recurrir al sintomático? ¿Combatiremos la hipotensión con sustancias vasoconstrictoras como la adrenalina o la pituitrina? ¿Reforzaremos el corazón con cardiotónicos como la cafeína y el alcanfor? ¡De ninguna manera! La acción de estos medicamentos es fugaz y pasajera, cuando no fracasa en absoluto, que es lo mejor que, en caso de aplicarlos, nos podría ocurrir. Voy a intentar explicar el por qué.

Durante el estado de shock la debilitación del latido cardíaco hace la circulación muy perezosa, y por consiguiente la hemorragia intersticial se

efectúa con lentitud y concede un margen de tiempo mucho mayor que en circunstancias ordinarias para acudir con éxito a su cohibición definitiva.

Pero este retardo circulatorio se hace compatible con la vida únicamente porque el apagamiento general de todas las funciones ha reducido al mínimo las necesidades de oxígeno del organismo. El individuo en shock se encuentra en un estado comparable al de vida latente que nos ofrece el reino vegetal (semillas de las plantas superiores, esporos de algunas talofitas) o al de ciertas épocas de los animales heterotermos (sueño invernal de los reptiles), y desde este punto de vista es indudable que al suprimir la apatía que produce el shock sin combatir su causa producimos al herido un daño irreparable, porque al sacarle de su estupor se acelera por un lado la hemorragia y se rompe por otro el equilibrio espontáneamente establecido entre la circulación lenta y el metabolismo gaseoso retardado.

Hay más aun. Desde el puesto de socorro al de hospitalización definitiva ha de recorrer el herido, si se opera en zona montañosa, extensiones, a veces muy considerables, de terreno peligroso, bordeando por sendas estrechas, en artolalitera, a lomos de un mulo, barrancos y precipicios, la caída en los cuales, al menor paso en falso del animal, supone la muerte inevitable.

Añádase a esto el hecho de que el enorme alcance de la artillería moderna y el amplio radio de acción de la aviación someten a sus fuegos sectores muy amplios de la retaguardia combatiente, y se comprenderá que el aislamiento del mundo exterior en que el shock mantiene al herido no puede por menos de serle muy beneficioso.

En efecto; si por un recurso terapéutico cualquiera logramos sacar al herido del shock, aun prescindiendo de los peligros de orden somático que esto significa y que anteriormente quedan señalados, siempre queda el hecho de que al devolverle la conciencia de su estado creamos una de las causas psíquicas predisponentes más importantes del shock: la depresión moral.

Y ¿qué moral más deprimida que la del individuo que a sus sufrimientos físicos une la tortura espiritual de verse privado de todos los medios propios de defensa, sometido a lo que quieran hacer con él, pendiente de la marcha del mulo que le transporta, de los proyectiles que zumban en el aire, de los aviones que surcan el espacio, consciente de los peligros reales que le rodean agravados por los que su imaginación sobreexcitada le crea?...

En estas condiciones, el herido recae fatalmente en el shock, si no es que un colapso, del que el shock no es más que la forma atenuada, no acaba rápidamente con su vida.

De todo cuanto llevo expuesto creo poder sacar la siguiente conclusión: ante un caso de shock en las primeras líneas, la conducta más acertada del médico es proceder a la evacuación lo más rápida posible; jamás ni por ningún motivo intentéis hacer reaccionar a los heridos.