

Tratamiento de vómitos del embarazo, ligeros, graves o incoercibles

Por el Doctor R. LEVEN

En 1884, en un libro titulado *Estómago y cerebro*, Manuel Leven escribía: "Los vómitos llamados incoercibles ocupan un lugar importante en los tratados de clínica clásica. ¿Pero existen en realidad? ¿El embarazo puede producir vómitos que no sabemos curar?"

Estoy convencido que es ello un error debido a los errores mismos de la patología por todo lo que se refiere a la cuestión de las enfermedades del estómago. El día en que la mujer se hace embarazada, el plexo solar se irrita y aparece la dispepsia. La mujer pierde el apetito, o bien éste se vuelve caprichoso, desordenado; tiene antojos; siente repugnancia para la carne, sólo apetece bebidas perjudiciales para el estómago, alimentos nocivos.

El embarazo ha abierto el camino a la dispepsia; la mujer embarazada tiene calambres, vómitos acuosos. Su nueva manera de vivir, que instituye de *motu proprio*, de su propia voluntad, apoyada en la del tocólogo que cree ante todo que no debe contrariarse a la mujer embarazada y que debe dejársela seguir sus instintos, agrava todos los fenómenos dispépticos. La mujer no tardará en estar verdaderamente enferma. Si la irritación del plexo solar es intensa, no tolerará ningún alimento sólido-

Los vómitos empiezan porque el régimen es confiado al azar. Como que la mujer no se alimenta, va debilitándose y muchas veces aparece la inanición.

Pero si desde el comienzo se prescribe un régimen adecuado al plexo solar irritado, no veremos ya aparecer aquellos vómitos terribles que son denominados incoercibles y cuyo desarrollo habremos favorecido."

Después de haber citado algunas observaciones muy interesantes, Manuel Leven termina diciendo: "La conclusión que debemos sacar de todas estas observaciones es *que en realidad, no hay vómitos incoercibles; este nombre debe ser borrado de la medicina; ha sido inspirado por el error, hay que hacerlo desaparecer.*"

Creemos interesante relacionar esta última frase con la fórmula enunciada por el profesor Rudaux en el prefacio de mi libro sobre los "Vómitos de embarazo" *cincuenta años más tarde.*

Así como el profesor Pinard ha podido hacer pintar en las paredes del anfiteatro de la clínica Baudelocque esta frase que resumía una verdadera conquista obstétrica y social: "La basiotripsia en el feto vivo ha vivido," así también habría yo podido hacer poner en las paredes de la Maternidad esta otra fórmula, que es la prueba de un nuevo paso hacia adelante de la

ciencia médica: "El aborto provocado por vómitos incoercibles gravídicos debe ser borrado del cuadro de la terapéutica obstétrica."

Cincuenta años de lucha y observación, tres generaciones de médicos han sido necesarios para hacer admitir a la generalidad de los médicos y de los tocólogos una noción, tan sencilla como fecunda.

Pero lo que nos desconcierta es ver que, a pesar de nuestros esfuerzos, un cierto número de médicos y de tocólogos continúan dejando vomitar a sus enfermas con el pretexto que no existe tratamiento de los vómitos del embarazo, que un cierto número de tocólogos continúan haciendo abortar a sus enfermas en caso de vómitos graves. Los primeros incurren en una gran responsabilidad médica, porque los vómitos ligeros son sumamente frecuentes, hacen odioso el embarazo a algunas mujeres y les hacen titubear en aceptar embarazos ulteriores. Los vómitos nunca son graves desde un principio, en contra del concepto de Metzger: *curar los vómitos al principio, es evitar siempre las formas graves*. Los otros, además de la responsabilidad médica terrible, puesto que según la reciente estadística de Fruhinsholz la mortalidad, aun en manos experimentadas, es de 21 a 28 %, incurren también en una responsabilidad moral: la de suprimir un hijo a su madre, un individuo a la sociedad.

En 1929, G. Leven publicó un estudio en este mismo periódico

sobre el tratamiento de los vómitos del embarazo. La técnica se ha perfeccionado desde entonces y se impone hoy una revisión de los últimos perfeccionamientos. El tratamiento es muy sencillo, puesto que compañeros de provincia y extranjeros han podido aplicarlo con éxito sin haber presenciado su aplicación, por la sola lectura de nuestros trabajos anteriores; pero al mismo tiempo es delicado porque exige una precisión absoluta en sus detalles.

Para simplificar, empezaremos por recordar sucintamente las nociones indispensables que deben conocerse para la implantación del tratamiento; después lo expondremos en forma de prescripciones comentadas.

Bajo la influencia de modificaciones humorales y endocrinas propias del embarazo (acerca de las que no podemos extendernos en este trabajo), el plexo solar "cerebro abdominal" se irrita y provoca la aparición de un estado dispéptico o se acentúa una dispepsia que ya existía.

He aquí una primera forma de vómitos: *Forma dispéptica pura*.

En algunos casos la excitación de la corteza cerebral y del vago produce una sialorrea causa de la aerofagia: esta aerofagia aumenta con los espasmos gastro-esofágicos. Es una segunda forma de vómitos: *Forma dispéptica con aerofagia*.

Finalmente, la gestación provoca a veces modificaciones del tono muscular que producen una atonía gastrointestinal y la acentúa. De donde una tercera for-

ma de vómitos: *Forma dispéptica con dilatación atónica del estómago.*

Estas diversas formas pueden combinarse: la ptosis va muchas veces acompañada de aerofagia. El tratamiento varía según la forma de que se trate.

En todos los casos debe calmarse la irritación solar con el reposo en cama, el régimen alimenticio y algunas medicaciones calmantes del sistema nervioso. Pero debe sufrir algunas variantes según que la dispepsia sea simple o vaya complicada con aerofagia o dilatación atónica del estómago.

L—Forma dispéptica pura

1)—*Reposo en cama.* Por sí solo permite a veces contener vómitos ligeros. Es siempre indispensable y debe ser exigido durante una semana aproximadamente. El aislamiento sólo es necesario en casos excepcionales, en que la compañía de familiares resulta nociva.

2)—*Régimen alimenticio.*— El régimen alimenticio figura como base de nuestra terapéutica. Durante los tres primeros días, la enferma sólo tomará líquidos, aun cuando éstos sean menos bien tolerado que los sólidos. Este reposo completo del estómago permite contener los vómitos en la mayor parte de los casos hacia el cuarto día, fecha indicada para reanudar la alimentación sólida.

Primer día.—1.500 grs. de un infuso, tilo o naranjo). Cada hora y media la paciente tomará una taza de de las de té (150 grs.) de este infuso caliente y

azucarado. Diez tazas cada 24 horas.

Segundo día — 1.500 grs. de una mezcla en partes iguales (leche 750 grs. infuso 750 grs.). Cada hora y media la paciente tomará una taza de las de té de esta mezcla, caliente y azucarada.

Tercer día.— 1.500 grs. de leche cada dos horas y media un tazón (250 grs.) de leche caliente y azucarada, aromatizada con vainilla, agua de azahar, caramelo o café, a voluntad de la enferma. Colutorio con agua hervida, después de cada toma, de leche.

A partir del cuarto día se reanuda la alimentación sólida:

Desayuno.— Leche 150 grs. y tisana 50 grs., mezcladas, algunos bizcochos.

Almuerzo o comida.— Huevos, pastas o legumbres, postre; o, pescado, pastas o legumbres, postre; o carne, pastas o legumbres, postre.

Huevos.—Uno para empezar, dos si el hambre lo reclama. Comerlos con una cucharita para fragmentarlos.

Carne.— 30 grs. para empezar; aumentar progresivamente sin pasar de 60 grs. Está permitido el jamón, cordero, carnero, ternera.

Pescado.— 50 grs. para empezar; aumentar progresivamente sin pasar de 80 grs. Pescados blancos, como lenguado, merluza, etc.

Legumbres.— 130 grs. al principio; aumentar progresivamente sin pasar de 180 grs. Las patatas (no fritas) están permitidas, como también los purés de guisantes, de judías, de castañas.

arroz, pastas en todas sus formas. (El peso de los alimentos se refiere a después de cocidos).

Postre.— 20 grs. de queso. Bizcochos, entremeses de arroz, de sémola, de tapioca, crema, flan, compotas, mermelada de manzanas, a voluntad de la enferma, que tomará uno o dos postres, según su apetito y según la cantidad que pida.

Si a la enferma le gustan las sopas con leche, esta clase de sopa podrá substituir en la cena el plato de huevo, la carne o el pescado.

Pan.—Prohibido, debiendo ser substituido por sequillos (dos a tres en cada comida como máximo).

Bebida.—Un vaso de infusión en cada comida (200 grs.) de malva, tilo o naranjo caliente.

39—*Medicaciones.*—Hasta que queden contenidos los vómitos, los medicamentos deberán ser prescritos por vía rectal o en inyecciones, para poder ser retenidos:

Gardenal soluble, diez centigramos.

Manteca de cacao, c. s. para un supositorio.

Dos supositorios en las 24 horas: uno por la mañana al despertar, después de vaciado el intestino, y otro 12 horas después.

O bien; *gardenal sódico (ampollas de 20 centigramos. Media ampolla, o sea 10 centigramos)* en inyección subcutánea profunda o intramuscular, por la mañana al despertar y 12 horas después.

En caso de intolerancia absoluta, añadimos, seis horas des-

pués de la inyección, una enema medicamentosa compuesta de 3 grs. de bromuro sódico en 100 grs. de agua templada.

Cuando la mejoría permite volver a la ingestión bucal, preferimos el *gardenal* en comprimidos de 5 centigramos. Medio comprimido 30 minutos antes de las tres comidas y antes de dormir, o sea 10 centigramos en total en las 24 horas. También el *bromuro sódico* en una fórmula conteniendo 29 grs. por 300 de agua destilada, de la que la enferma tomará una cucharada sopera durante el desayuno y la cena.

4"—Durante los primeros días; de alimentación líquida hemos visto que los vómitos persistían, aun cuando su frecuencia iba disminuyendo. Para reducirlos al minimum hay que explicar a la enferma que debe hacer los posibles para no vomitar, porque un vómito llama a otro vómito.

Para ayudarla en este esfuerzo será necesario, desde el comienzo del acceso nauseoso, que la enferma beba una copita de agua de Seltz (20 grs.) cada cinco minutos, dos o tres veces consecutivas como máximo. El gas carbónico del agua de Seltz calma la sensibilidad gástrica y no distiende el estómago, como lo haría la poción de Riviere.

Además, deberá mantener bajo el control de la voluntad el diafragma, músculo del vómito. Lo conseguiremos ordenando a la enferma haga una serie de expiraciones suaves y prolongadas, como si quisiera inclinar la llama de una bujía sin llegar a apagarla. Este ejercicio respi-

ratorio será repetido 5 veces consecutivas. Tiene la ventaja de mejorar la hematosi pulmonar y calmar la angustia que produce el vómito.

50—Finalmente, no olvidaremos que el estreñimiento es habitual durante la hiperemesis, que este estreñimiento es fisiológico porque permite la utilización lo más completa posible de la ingesta. Será, pues, necesario respetarlo. Casi siempre la primera deposición tiene lugar el séptimo día, fecha que indica el retorno a la normal de la diuresis y la desaparición de todos los síntomas producidos por la deshidratación y la inanición.

Transcurrido este tiempo, si la enferma no consigue evacuar, autorizaremos se ponga un enema con un vaso de agua y medio vaso de leche, para impedir la resecación de los excrementos.

II.—Forma dispéptica con aerofagia

1)—*Igual régimen alimenticio.*
—Para evitar sea tragado aire, o reducirlo al *mínimum*, la enferma tomará todos los líquidos con una paja y se le exigirá que expulse la saliva.

2°—*Igual medicaciones.* — Pero para disminuir la sialorrea podremos asociar el gardenal con una pequeña cantidad de belladona. Además, será muchas veces conveniente añadir una poción bismutada. *Carbonato de bismuto*, 10 grs.; goma arábiga, 20 grs.; agua destilada y esterilizada, 300 grs.

Tres a cinco cucharadas soperas en las 24 horas, dosis que será progresivamente disminuida.

3°—Finalmente, los *ejercicios respiratorios* (bujía soplada) serán efectuados no solamente durante el acceso nauseoso, sino también de un modo regular, siguiendo un ritmo de *cinco espiraciones cada 30 minutos*, en total 20 series, al día, para movilizar el diafragma inmovilizado por la presión intraabdominal.

III.—Forma dispéptica con dilatación atónica del estómago

1°—*Igual régimen alimenticio;*
2°—*Las mismas medicaciones.*

En ella existe casi siempre una hiperestesia cutánea intensa de la región solar. En las mujeres gruesas, esta hiperestesia es a veces generalizada a to-

do el abdomen y en algunos casos va acompañada de celulitis.

Cuando la hiperestesia cutánea no cede con las medicaciones calmantes del sistema nervioso, será conveniente inyectar en la región solar 5 a 10 cc. de una solución de novocaína al 1 %, mitad en el dermis, mitad debajo de la piel, repitiendo esta inyección diariamente hasta la desaparición del dolor. Tres o cuatro inyecciones bastan en la mayor parte de los casos. En el intervalo de las inyecciones aplicaremos en la región sensible una capa de vaselina y por encima pondremos un paño y algodón. Esta noción de hiperestesia cutánea es muy importante porque la irritación periférica mantiene el vómito, que persiste hasta la desaparición de la sensibilidad superficial.

3 °—Finalmente, el estómago será levantado mediante una venda de crespón de 30 centímetros de ancho (siendo constante la longitud). Este procedimiento de compresión es superior a todos los medios clásicos: a) porque la ausencia de partes rígidas permite tolerar la venda, tanto en la cama como en la posición de pie; b) porque el apoyo anterior tiene lugar por encima del pubis y no sobre el pubis, como ocurre con la mayor parte de los cinturones, que, por este hecho, ejercen, un escasa contención; c) porque el apoyo posterior queda muy bajo, descendiendo por debajo del pliegue glúteo, impidiendo el ascenso de la venda durante los movimientos; d) porque es posible variar la aplicación durante el

tratamiento, cosa completamente indispensable.

Cuando la atonía gástrica va acompañada de aerogastria y aerocolia, la venda deberá ser colocada muy abajo en el plano anterior para evitar la dificultad respiratoria que llevaría consigo la elevación de todo el abdomen. Más tarde, a medida que los gases van desapareciendo, la venda deberá ser más ancha por delante, llegando hasta cerca del ombligo. En nuestra obra sobre los *Vómitos del embarazo*, publicamos veinte esquemas sobre la manera de colocar la venda de crespón, esquemas que por falta de espacio no reproducimos aquí.

Con lo dicho damos por terminada la exposición de nuestro tratamiento de los vómitos del embarazo. Consideraremos realizado nuestro objeto si hemos conseguido hacer comprender al lector;

1°—*Que nuestro método no realiza, como muchos otros tratamientos, milagros aislados, pero da siempre buenos resultados: cuando es bien aplicado;*

2°—*Que es un método, es decir una "marcha razonada" y no una medicación que sirve para todo;*

3°—*Que el aborto provocado; por vómitos incoercibles debe ser borrado del cuadro de la terapéutica obstétrica.*

R. LEVEN.

—De *Le Monde Medical*.—