

La atención de urgencias a las embarazadas en dos momentos de la historia de la medicina en México



Emergency care for pregnant women in two moments in the history of medicine in Mexico

Manuel Antonio Díaz de León-Ponce,* Jesús Carlos Briones-Garduño,* Enrique Gómez-Bravo Topete,* Rolando Neri-Vela*

INTRODUCCIÓN

La muerte materna ha sido considerada uno de los indicadores a nivel internacional de la inseguridad social, de la mala cobertura en un país y de la mala calidad de la atención médica, ya que las muertes maternas derivadas de complicaciones obstétricas son evitables basándose en tres puntos principales: detención de signos de alarma por la mujer durante la gestación, conocimiento adecuado de las complicaciones que desarrollan las mujeres embarazadas por los médicos encargados de su atención y, por último, los hospitales generales u obstétricos que cuentan con la tecnología actualmente disponible para su resolución.¹

En el México del siglo XIX ya había causado preocupación en el cuerpo médico la aparición de la eclampsia; en 1870 apareció en la Gaceta Médica de México la contribución del alumno de la Escuela Nacional de Medicina, D. Ignacio Capetillo, en la que narra un caso clínico con esta patología, desde la persona de quién se trataba, su procedencia, su edad, etcétera, el momento en que se interna en el Hospital de Maternidad, el desarrollo de la eclampsia puerperal, el parto provocado, la muerte de la madre y del producto y los hallazgos en la autopsia correspondiente. Llama la atención en este artículo el tratamiento que se daba a las enfermas en aquellos años, la administración de un vomitivo de tártaro y la sangría, el bromuro de potasio a altas dosis y las inhalaciones de cloroformo. Asimismo, se describe el procedimiento de Kiwish modificado por los médicos mexicanos Manuel Hidalgo Carpio y Juan María Rodríguez, que mostraba su notoria utilidad como abortivo, al utilizar inyecciones intrauterinas de agua tibia.^{2,3}

En otro caso narrado por el Dr. Juan María Rodríguez, uno de nuestros mejores obstetras de la segunda mitad del siglo XIX, fue llamado para auxiliar en un caso de eclampsia y al ver que la paciente, la Sra. Doña C. C. de P, no mejoraba con otros remedios, se le prescribió una mezcla de agua de azahar, alcoholado de almizcle y jarabe común, además de caldo y vino generoso, con lo que mejoró, aunque presentaba amaurosis, que remitió posteriormente sin saber la causa. El autor dice que, si la paciente hubiera sido de su clientela la hubiera reconocido con el oftalmoscopio para investigar cuál era la lesión ocular que había ocasionado

* Academia Nacional de Medicina de México y Academia Mexicana de Cirugía. México.

Correspondencia: JCBG, drcarlosbriones@yahoo.com.mx

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Citar como: Díaz de León-Ponce MA, Briones-Garduño JC, Gómez-Bravo TE, Neri-Vela R. La atención de urgencias a las embarazadas en dos momentos de la historia de la medicina en México. Rev CONAMED. 2022; 27(Supl. 1): s37-s39. <https://dx.doi.org/10.35366/108522>

Financiamiento: ninguno.

Recibido: 24/10/2022

Aceptado: 24/10/2022

la ceguera temporal, y pensaba si había obedecido a una degeneración grasosa de la papila, su congestión o un simple edema, concluyó que lo último era lo más probable.

En este trabajo Rodríguez señala la albuminuria puerperal como causante de la eclampsia, y el tratamiento basado en las sangrías, los evacuantes, los revulsivos, los antiespasmódicos, la anestesia y el desembarazamiento del útero, entre otros métodos más.

Menciona Rodríguez Arangoiti (que además de excelente médico fue un admirado compositor musical) que los trabajos de Claudio Bernard, Brown-Sequard y otros fisiólogos aparecidos en esos tiempos demostraban que los fenómenos congestivos que se advertían en la eclampsia no eran imputables a la plétora sanguínea sino a la asfixia que determinaba el trastorno de la respiración, que la albuminuria constantemente era acompañada de los elementos sólidos de la sangre, y que las eclámpticas albuminúricas se hallaban afectadas de hidrohemia, como lo demostraban las infiltraciones serosas, los derrames y el análisis químico de la sangre.

Agregaba Rodríguez que el práctico, en presencia de algún hecho de eclampsia puerperal, ante todo debía escudriñar cuál era la causa que la producía para inmediatamente después emplear el medio a propósito para combatirla, algunas veces, un vomitivo, un purgante, una poción anti-espasmódica, un baño tibio general, el cateterismo vesical, y otras veces, una sangría, así como en otras ocasiones la anestesia, y cuando todo esto no daba resultado, el parto provocado.⁴

Aun a mediados del siglo XX los partos se seguían atendiendo con frecuencia en los domicilios de las pacientes y la mayor parte de ellas carecían de atención prenatal; los años han transcurrido y el progreso de la medicina ha dado paso al mejoramiento de la atención hospitalaria de Cuidados Intensivos Obstétricos, pero no existían en nuestro país hasta muy avanzada la pasada centuria, cuando se pensó en su creación para estas dolientes.

Desde 1968 hasta 1972 en las áreas de recuperación postquirúrgica se improvisaron salas con camas para tratar pacientes graves en los hospitales de ginecoobstetricia 1 y 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), aún sin contar con todos los requerimientos necesarios,

como son insumos, personal médico, paramédico y equipo electromecánico para sustituir las deficiencias de órganos vitales en la paciente obstétrica grave.

En 1973, por indicaciones de la dirección del Hospital de Ginecoobstetricia número 2 del IMSS, se le encomendó al Dr. Manuel Díaz de León Ponce que planeara una Unidad de Terapia Intensiva con todo el equipo humano y tecnológico para esos años, para que funcionara las 24 horas del día, los 365 días del año, con objetivos precisos de ingreso y egreso, y clasificaciones de las insuficiencias orgánicas vitales, a lo que se debería agregar el área de embarazo de alto riesgo y terapia intensiva de neonato.¹ En 1975 se obtuvieron los primeros resultados de este servicio llamado Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos (UCIO) al publicarse por primera vez dos patologías que se conocieron durante la guerra de Vietnam, el pulmón de choque en obstetricia y la insuficiencia renal aguda de gasto urinario alto en pacientes preeclámpticas y eclámpticas.^{5,6}

Las autoridades del IMSS se interesaron en esta área del conocimiento y de la práctica de la medicina, por lo que se construyeron otros hospitales de ginecoobstetricia con la UCIO, como la creada en el Hospital de Ginecoobstetricia número 4 «Luis Castelazo Ayala», y la del Hospital de Ginecoobstetricia número 3 del Centro Médico La Raza; sin embargo, después del terremoto ocurrido en el centro de la República Mexicana el 19 de septiembre de 1985, las políticas cambiaron y el Banco Mundial solicitó a México disminuir las tasas de natalidad, lo que provocó que el IMSS transformara estas unidades en hospitales generales de zona, además de que ya no se reconstruyó el Hospital de Ginecoobstetricia número 2 en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, por motivos políticos.

A raíz de estos hechos, se publicaron 32 artículos cuyos objetivos fueron la utilización de la diálisis temprana en la insuficiencia renal aguda tanto peritoneal como extracorpórea, el inicio de la hemodiálisis con exanguinotransfusión para tratar el entonces llamado síndrome de falla orgánica múltiple, que en la actualidad equivale a la plasmáferesis en síndrome de falla orgánica múltiple, utilizada por los europeos hasta después de 1990, y el uso del ácido clorhídrico al 0.01 N en alcalosis metabólica y de hidróxido de sodio al 0.01 N en

acidosis metabólica sin riesgo de aumento de sodio, para evitar el daño cerebral.

Hacia 1980 se descubrieron 20 casos de insuficiencia renal aguda por hemólisis intravascular y trombocitopenia en toxemia del embarazo en pacientes preeclámpticas y eclámpticas.⁷

Para paliar el déficit de médicos capacitados en el área, en 1997 se creó un diplomado en Medicina Crítica para médicos generales, y como consecuencia en el año 2000 se creó el comité para disminuir la mortalidad materna en el Estado de México.

En el año 2007 se inició la especialización en medicina crítica en obstetricia para ginecoobstetras, con una duración de dos años, con el reconocimiento de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México y en el 2012 por la Universidad Nacional Autónoma de México, en ese momento fue sede el Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».⁸ Otro logro más fue la construcción del primer hospital de perinatología del Estado de México, llamado Mónica Pretelini, y para el año 2015 ya se habían especializado 72 médicos en cuidados intensivos en obstetricia.⁸

Al iniciar el tercer milenio, en el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas señaló a la muerte materna como «la madre de todos los desafíos en salud», lo que puso a ésta como indicador de seguridad, prosperidad y progreso, la Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como la defunción de la mujer durante el embarazo, parto y dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo y su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.⁹

En México, en los últimos años, la enfermedad hipertensiva del embarazo se ha mencionado como la primera causa de muerte materna.⁹

La medicina especializada en el cuidado de las mujeres embarazadas ha avanzado en todo el planeta y nuestro país no ha sido la excepción. El avance

en todas las áreas médicas, incluyendo la ingeniería biomédica, ha sido sorprendente.

Si comparamos la atención obstétrica que se practicaba en México hace 150 años con la actual, somos testigos presenciales del avance que ha logrado nuestra nación en la protección de las futuras madres.

REFERENCIAS

1. Díaz LPMA, Briones GJC. Medicina crítica en obstetricia (una verdad no reconocida). *Med Crit.* 2012; 26 (1): 6-10.
2. Capetillo I. Eclampsia puerperal-Parto provocado por el procedimiento de Kiwish, modificado por varios médicos mexicanos-Muerte de la madre y el producto-Autopsia, por los Sres. Ortega (A) y Rodríguez. *Gac Med Mex.* 1870; 5: 277.
3. Capetillo I. Eclampsia puerperal-Parto provocado por el procedimiento de Kiwish, modificado por varios médicos mexicanos-Muerte de la madre y el producto-Autopsia, por los Sres. Ortega (A) y Rodríguez. *Gac Med Mex.* 1870; 5: 285.
4. Rodríguez JM. Eclampsia puerperal-parto provocado al octavo mes del embarazo, por el procedimiento de Kiwish, reformado-Salvación de la madre y del niño. *Gac Med Mex.* 1870; 5: 301.
5. Díaz de León PM, Terán E, Ramírez OJ. Pulmón de choque en gineco-obstetricia. *Ginec Obstet Mex.* 1975; 37 (222): 197-206.
6. Díaz de León PM, López-Llera MM, Rubio LG. Insuficiencia renal aguda de gasto urinario alto en pacientes preeclámpticas y eclámpticas. *Ginec Obstet Mex.* 1975; 37 (224): 351-364.
7. Díaz de León PM, Vargas LB, Espinoza MM, Martínez GM. Insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica y trombocitopenia en toxemia del embarazo. *Nefrología Mex.* 1981; 2 (1): 5-13.
8. Briones-Garduño JC, Karchmer KS, Díaz de León-Ponce M, Gómez Bravo-Topete E. Muerte materna en México. Academia Nacional de Medicina. México: CONACyT; 2017. pp. 22-23.
9. Briones-Garduño JC, Karchmer KS, Díaz de León-Ponce M, Gómez Bravo-Topete E. Muerte materna en México. Academia Nacional de Medicina. México: CONACyT; 2017. p. 27.