

SECCION DE TOXEMIAS

Tratamiento de la pre-eclampsia grave con clorpromazina

Experiencias efectuadas en el Servicio de Toxemias Gravídicas del Instituto Materno Infantil, "Concepción Villaveces de Acosta".

Dr. Jaime Ramírez Sánchez

Jefe de Clínica

Si bien la Pre-eclampsia Grave no constituye una entidad nosológica independiente, ya que la mayor parte de los autores están de acuerdo al afirmar que solo es un estado transitorio en la evolución clínica de la Toxemia Gravídica cuya etapa final es la eclampsia, sí puede describirse como un síndrome clínico definido y caracterizado por tres síntomas fundamentales: hipertensión arterial, proteinuria y edemas. En la actualidad, sin embargo, y de acuerdo con Eastman, Titus, Mc.Cormick y Greenhill, se ha convenido en agrupar la Pre-eclampsia y la Eclampsia en una sola entidad denominada Toxemia Aguda del Embarazo; "su diferencia es cuestión de grado y desde el punto de vista clínico la separación entre las dos es dada por los ataques convulsivos" (Afanador Ruiz en comunicación a la Segunda Convención Nacional de Obstetricia y Ginecología. Cali, 1955).

Algunos autores han insistido en incluir la hipertensión esencial en el grupo de las toxemias argumentando que "muchas pacientes con hipertensión esencial asociada a toxemia aguda presentan durante el embarazo un cuadro clínico que es indiferenciable de la pre-eclampsia; además la eclampsia conduce en algunos casos a hipertensión esencial crónica y por último, las enfermas con hipertensión esencial vistas por primera vez después de la 24ava, semana de embarazo presentan un cuadro indiferen-

ciable de la pre-eclampsia". Estas pacientes, al quedar embarazadas, presentan síntomas pre-eclampticos tales como hipertensión, edemas, proteinuria y cambios vasculares; sin embargo, excepcionalmente hacen crisis convulsivas.

"El criterio actual de clasificación de las pacientes toxémicas es el siguiente: a) La pre-eclampsia leve en aquellas enfermas que presentan tensiones arteriales sostenidas por 24 horas, entre 140/90 y 160/90, acompañadas o no de albuminuria y edemas que aparecen después de la 24ava. semana de embarazo; b) Pre-eclampsia grave en aquellos casos de tensiones arteriales por encima de 160/90, acompañadas o no de albuminuria. En algunos casos excepcionales la tensión arterial no es índice de gravedad, pues se ven casos de eclampsia en enfermas con tensiones normales o casi normales, pero en estos casos excepcionales los demás síntomas tales como edemas, albuminurias y alteraciones vasculares permiten hacer diagnóstico" (Afanador Ruiz, op cit).

El tratamiento de la pre-eclampsia grave sistematizado en el servicio de Toxemias del Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" consta fundamentalmente de los siguientes puntos: I. Reposo físico y psíquico completo; II. Dieta hipoclorurada; III. Soluciones dextrosadas hipertónicas y, IV. Largactil 50 a 100 miligramos intravenosos en solución de dextrosa al 33% en agua destilada, 500 c. c. Una vez que la sedación y el descenso tensional buscado han sido alcanzados y la paciente se ha recuperado del profundo sopor en que la ha sumido la perfusión intravenosa se sostiene el efecto de la droga administrándola por vía oral a la dosis de 1 comprimido de 25 miligramos cada 6 a 8 horas.

Respecto de los tres primeros puntos, o sea, el reposo, la dieta y la administración de soluciones hipertónicas, no tenemos nada que decir. Su importancia en el tratamiento de toda paciente con albuminuria y edemas es tan obvia que no requiere comentario.

En cuanto a la Clorpromazina o Largactil, su elección como droga activa en el tratamiento de la pre-eclampsia grave se hizo con base en los buenos resultados obtenidos con este fármaco en el Servicio de Toxemias de la Clínica Primero de Mayo, del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, servicio que, hasta donde sabemos, es el primero en su clase que ha funcionado en forma organizada en el país. Farmacológicamente el Largactil tie-

ne acciones múltiples entre las que destacamos, por su mayor interés en este caso, su acción sedante, depresora central, anti-convulsivante, simpaticolítica, antitérmica y analéptica respiratoria (contrasta el efecto de drogas depresoras de la función respiratoria tanto en la madre como en el feto).

Generalmente con la primera perfusión se inicia una mejoría franca; sin embargo, si en días subsiguientes se observare una elevación considerable de la tensión arterial puede repetirse la aplicación intravenosa del Largactil. Una vez pasado el parto la mejoría es completa y, en ocasiones, sorprendentemente rápida.

El resultado del tratamiento se ha considerado como bueno cuando ha habido supervivencia materna y fetal; regular, cuando ha muerto el feto por causa imputable a la toxemia o al tratamiento; malo cuando no se ha logrado salvar a ninguno de los dos e indeterminado cuando se ignora la suerte corrida por el niño, es decir, cuando la historia del niño no aparece en los archivos.

Basados en las normas de clasificación anotadas al principio, encontramos que durante los cinco primeros meses del año en curso, es decir, desde enero hasta junio, ingresaron al Instituto Materno-Infantil 'Concepción Villaveces de Acosta' 31 casos de pre-eclampsia grave. Hemos desechado aquí algunas historias clínicas en las cuales la falta de exámenes de laboratorio o los defectos en su ejecución (de las historias) impiden la confirmación del diagnóstico de toxemia gravídica pura.

Si consideramos que durante el mismo lapso de tiempo ingresó al Instituto un total de 5.363 pacientes, podemos concluir que en nuestro medio hospitalario la frecuencia de la pre-eclampsia grave es de 0,58%.

Con respecto al total de pacientes ingresados en el mismo tiempo al Servicio de Toxemias por toxemia gravídica aguda, 57 casos, la pre-eclampsia grave constituyó el 54,39%. Hemos descontado aquí del número total de enfermas ingresadas al Servicio 5 casos diagnosticados como afección hipertensiva y enfermedad renal.

R E S U L T A D O S

No. casos	% sobre total Tox.	Mortalidad		RESULTADOS TRATAMIENTO							
		Mat.	Fet.	B.	%	R.	%	M.	%	I.	%
51.	54,59 %	0.	6 (19,35 %)	24	77,42	3	16,13	0.	—	2	6,45.

R E S U L T A D O S

Mortinatalidad: 3 casos. 1 ingresó con presentación de hombro abandonada; los otros dos murieron in-utero a pesar del tratamiento.

Mortalidad neo-natal: 3 casos. 1 por sepsis y premadurez (1.300 grs.), muerto a los quince días; otro por hemorragia intracranéana; la madre hizo ataques eclámpticos a pesar del tratamiento y se operó por desprop. pelvi-fetal. Otro por anoxia central y atelectasis pulmonar; 7 días de bolsa rota e infección amniótica; parto con fórceps.

Mortalidad fetal imputable a la toxemia: 3 casos 9.68%

Resultado regular: 5 casos. 1 con feto de 1.300 gramos muerto a los quince días en Sala-Cuna por sepsis y premadurez. 2 con muerte fetal in-útero a pesar del tratamiento activo. 1 por hemorragia intracranéana; la madre hizo ataques eclámpticos a pesar del tratamiento. Cesárea por desprop. pelvi-fetal (3.580 grs.). 1 por anoxia central y atelectasia pulmonar; la madre duró 7 días con bolsa rota e hizo infección amniótica; feto de 3.400 gramos; parto con fórceps.

Resultado indeterminado: 2 casos. No aparecen las historias de los niños en los archivos.

Resultado bueno a pesar de feto muerto: 1 caso. La madre ingresó con presentación de hombro abandonada.

Datos de interés en las pacientes con pre-eclampsia grave tratadas con Largactil:

Número de pacientes: 31.

Control prenatal: { + 3 casos.
 - 28 casos
 Promedio de edad de las pacientes: 23, 35 años.
 Edad límite: { 14 años: 1 caso.
 35 años: 2 casos.

El mayor número de casos se observó entre 17 y 28 años: 26 casos.

Promedio de paridad: { Para I : 23 casos.
 Para II : 4 casos.
 Para III : 3 casos.
 Para IV : 1 caso.

Antecedentes de Toxemia: { + ningún caso.
 - 31 casos (?).
 Sin dato: ?

Promedio de edad de embarazo: { De 8 y medio a 9 meses: 23 casos (74,19%).
 (al ingreso) { De 8 meses: 5 casos (16,13%).
 De 7 meses: 3 casos (9,68%).

Edemas: { + en 27 casos.
 - en 3 casos.
 Sin dato: 1 caso.

Tipo de embarazo: { Simple: 27 casos.
 Gemelar: 4 casos.

SINTOMAS PREDOMINANTES AL INGRESO

Síntoma	Nc de casos	Porcentaje
Cefalea	17	54,84%
Epigastralgia	3	9,68%
Lumbalgia	1	3,23%
Vómito	2	6,45%
Fenómenos visuales	2	6,45%
Sin dato	9	29,03%

Datos de la tensión arterial.

Promedio { Máxima: 173,23 mm. Hg.
 Mínima: 108,87 mm. Hg.

Tensiones límites: { Máxima: { 220 mm Hg.: 1 caso.
 120 mm Hg.: 2 casos.
 Mínima: { 140 mm Hg.: 4 casos.
 60 mm Hg.: 1 caso.

DATOS DEL PARTO

Tipo de parto	Nº de casos	Porcentaje
Espontáneo	14	45,16%
Inducción	5	16,13%
Fórceps	9	29,03%
Cesárea	2	6,45%
Embriotomía y basiotripsia	1	3,23%
Totales,	31	100,00%

Días de tratamiento

Promedio { Antes del parto: 6,58 días.
 Post-partum: 3,16 días.
 Promedio total: 9,74 días.

Duración límite del tratamiento: { Máxima: 48 días (1 caso;
 emb. gemelar).
 Mínima: 2 días (2 casos).

Dosis de Largactil empleadas

Intravenoso: { Máxima: 350 mgrs. (1 caso).
 Mínima: 50 mgrs. (3 casos).
 Promedio: 151,80 mgrs.

Oral: { Máxima: 1.250 mgrs. (1 caso).
 Mínima: 25 mgrs. (1 caso).
 Promedio: 405,53 mgrs.

HEMATOCRITO Y QUIMICA SANGUINEA

Hematocrito:

De 37 y menos:	10 casos.
De 38 a 40	2 casos.
Más de 41:	4 casos.
Sin dato:	15 casos.
Promedio: 34,69%.	

Azohemia:

De 24 a 33 mgrs.‰:	21 casos.
Sin dato:	10 casos.
Promedio: 27,23 mgrs.‰.	

Uricemia:

De 2,1 a 4 mgrs.‰:	11 casos.
Sin dato:	20 casos.
Promedio: 2,91 mgrs.‰.	

Análisis:

Hematocrito: Predominan las cifras bajas (10 casos por debajo de 37% entre 16 exámenes).
 Azohemia: Normal en todos los casos (21 exámenes).
 Uricemia: Normal en todos los casos (11 exámenes).

URANALISIS

Proteinuria	INGRESO		SALIDA	
	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje
Negativo	0	—	3	9,68%
Huellas	5	16.13%	13	41,94%
De menos de 1 gr.	9	29.03%	8	25,80%
De 1 a 2 grs.	7	22.58%	1	3,23%
De 2 a 4 grs.	1	3.23%	—	—
De 4 a 6 grs.	2	6.45%	—	—
Sin dato	7	22.58%	6	19,35%
	—	—	—	—
Total,	31	100.00%	31	100,00%
	—	—	—	—

COMENTARIOS

Revisadas cuidadosamente las historias clínicas de estas 31 pacientes hospitalizadas por pre-eclampsia, no podemos menos que admitir y reconocer que nuestro Instituto adolece de numerosas y serias deficiencias en el control y tratamiento de las pacientes toxémicas. En efecto, estas fallas comienzan desde la Consulta Prenatal. No es del todo explicable que de 31 casos de pre-eclampsia grave solo 3 hayan tenido un control prenatal. Creemos que con conferencias y hasta cierto punto publicidad e información a las pacientes sobre los peligros que puede acarrear una gravidez sin control adecuado, la concurrencia a los consultorios prenatales sería considerablemente más numerosa. Esto implicaría, naturalmente, la dotación satisfactoria de un consultorio prenatal destinado exclusivamente al control de toxemias. Nominalmente este despacho existe, pero, conociéndolo íntimamente se llega a la poco grata conclusión de que el único elemento de que allí se dispone es de la buena voluntad del personal científico que lo atiende. Y decimos esto porque los 3 casos mencionados que tuvieron control prenatal hubieron de ser tratados a base de "muestras gratis" suministradas por los médicos del Instituto, dado que el Consultorio Prenatal de Toxemias carecía de dotación suficiente para tratar en forma organizada y racional a estas pacientes. Lógicamente, los tratamientos allí efectuados fueron completamente desordenados e improvisados con los medicamentos más variados.

Por otra parte, la ejecución misma de las historias clínicas en la Consulta Prenatal dejó bastante qué desear. No deja de parecernos extraño que de las 8 pacientes multigestantes que en este informe figuran, hospitalizadas por Toxemia Grave, ninguna acuse antecedentes de toxemia en embarazos anteriores; de ser así, creemos que este hecho debe constar en la historia en forma notoria, por lo menos para que aquel que consulte una de estas historias se entere de que sí se interrogó a la paciente sobre sus antecedentes y que el resultado de este interrogatorio fue negativo.

Dejando ahora de lado a la Consulta Prenatal, entramos a analizar la situación de la paciente toxémica ya hospitalizada. Dada la completa insuficiencia de nuestro servicio de Toxemias, cinco camas en total reservadas para los casos más graves, la ma-

por parte de las pacientes pre-eclámpticas debe permanecer en las salas del Servicio que estaba de turno el día de su ingreso, pero controladas por el personal del Servicio de Toxemias. Esto tiene el serio inconveniente de que para pasar revista a estas enfermas han de recorrerse todas las salas del Instituto en busca de las pacientes, no siendo raro que algunas escapen a esta revista quedando por lo tanto sin control, ya que el personal del Servicio en el cual se encuentran hospitalizadas confían en su vigilancia por parte del personal del Servicio de Toxemia. Por otra parte, es totalmente imposible que en esta forma la enfermera de turno en toxemias se responsabilice de los tratamientos y control de estas pacientes, diseminadas por todo el Instituto. Las prescripciones han de quedar, pues, a cargo de las enfermeras responsables de las diferentes salas, que no siempre son graduadas dada la escasez de personal, sino con mucha frecuencia, alumnas de la Escuela de Enfermeras a quienes no se puede exigir mayor preparación. Es así que encontramos en estas 31 historias consultadas que en varios casos no se tomaron oportunamente las muestras para ser enviadas al laboratorio y, lo que es más grave, que en varias oportunidades pacientes hospitalizadas por Toxemia Grave entraron en trabajo y aún tuvieron su parto sin control ni atención de ninguna clase por parte del personal de enfermeras y menos aún por parte de los médicos de turno, ya que estos no fueron oportunamente avisados. Hay que reconocer, sin embargo, que en ocasiones esto se debió a franca negligencia e irresponsabilidad por parte de algunos elementos del personal de enfermeras, elementos que, en nuestro concepto deberían ser drásticamente sancionados ya que si alguna paciente requiere cuidadoso control es la toxémica.

En estas condiciones es hasta cierto punto explicable que en las historias clínicas consultadas aparezcan fallas fundamentales como son, por ejemplo, la falta de exámenes de laboratorio al ingreso de la paciente, los tratamientos desordenados, la falta de control diario de peso de la enferma, la falta de control de eliminación de líquidos, la falta de exámenes de laboratorio en el puerperio, etc.

Pero si tenemos fallas que anotar al personal de enfermeras, al de médicos es lamentable, también. Antes de proseguir debo informar a quienes no estén familiarizados con nuestro Servicio de Toxemias que su atención está a cargo, cada semana, del personal de uno de los seis servicios generales del Instituto; es así

que de las deficiencias que hemos de anotar somos responsables los jefes de clínica e internos del instituto por igual. Y ahora, entrando en materia, hemos de confesar que gran parte de las 31 pacientes de que tratamos fueron deficientemente estudiadas y tratadas, no solo a su ingreso al Instituto sino durante toda su estadía en estos servicios. Vemos así que de las 31 enfermas en mención solo a 4 les fue practicada una prueba de función renal (Sulfofenoltaleína) al ingreso; a ninguna le fue hecho un examen de fondo de ojo; a 12 no se les controló la tensión arterial durante el trabajo ni el parto; solo a 4 se les controló la eliminación de líquidos al ingreso; solo a 3 se les hizo una azohemia en el puerperio; a ninguna se le hizo una prueba de función renal en el puerperio. De estas deficiencias no podemos inculpar a nadie distinto de nosotros mismos.

Respecto de las conductas obstétricas seguidas con estas pacientes creemos que se impuso un criterio demasiado abstencionista en lo que a intervención se refiere. En nuestro concepto personal toda toxemia grave constituye una indicación de intervención obstétrica, especialmente en el período de expulsión; vale decir, creemos que en toda paciente toxémica cuyo parto haya de verificarse por las vías naturales, está indicada formalmente una aplicación de fórceps, cuando menos de desprendimiento. Las razones de la conveniencia de esta conducta, tanto desde el punto de vista materno como fetal, nos parece tan obvias que creemos innecesario entrar a analizarlas. Es por esto que nos causa extrañeza que de todas estas 28 pacientes (descontando 2 cesáreas y una embriotomía) solo a 3 les fuera hecha una aplicación profiláctica de fórceps. Y nuestra extrañeza llega al máximo al contemplar el caso correspondiente a la historia número 26.649, paciente a la cual le fue extraído con fórceps un feto masculino de 3.400 gramos, después de 7 días de bolsa rota y con infección amniótica franca; el niño, claro está, murió a las pocas horas en la Sala-Cuna por anoxia central y atelectasia pulmonar.

Desde el punto de vista de la analgesia y anestesia obstétricas encontramos que sólo se suministró anestesia, casi en todos los casos con éter, a aquellas pacientes (13 en total) cuyo parto fue intervenido. En nuestro concepto, en toda paciente con Pre-eclampsia Grave estaría plenamente indicado, no solo con fines humanitarios sino también con fines médicos y obstétricos, el bloqueo raquídeo en silla de montar, procedimiento

anestésico que, aparte de aliviar el dolor del período de expulsión, acortaría este período por relajación de las partes blandas, provocaría un mayor descenso de la tensión arterial y permitiría hacer la aplicación del fórceps y reparo de las heridas vaginal-perineales con toda comodidad.

Por todas las razones antes anotadas y enumeradas y, teniendo en cuenta las deficiencias mencionadas, creemos que el índice de 77.42% de resultados buenos obtenidos en el tratamiento de la Pre-eclampsia Grave por medio del Largactil es ampliamente satisfactorio en nuestro medio hospitalario actual.