TRATAMIENTO DE LA TOXEMIA GRAVIDICA (*)

ESTUDIO SOBRE 199 CASOS

Dres. Carlos R. Silva Mojica (**), Jaime Ramírez Sánchez (***) y Jesús A. Gómez Palacino (****)

(Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta")

Sistema del trabajo.—El servicio de toxemias, que hace dos años se fundó en el Instituto y en el cual se efectuaron las presentes observaciones, no consta sino de 5 camas, está situado en un sitio incómodo, su dotación es pobre en elementos y en drogas y no está atendido más que por una sola enfermera. Su capacidad es insuficiente para el enorme movimiento del Instituto (cerca de 1.000 ingresos al mes), y por tanto para todas las toxémicas que resultan de este enorme volumen de pacientes desvalidas, desnutridas y sin control previo obstétrico ninguno en su gran mayoría.

Debido, pues, a estas limitaciones de espacio y de elementos, no fue posible atender allí sino los casos más graves de toxemia: casi la totalidad de las eclampsias y gran número de preeclampsias graves. Los casos leves fueron atendidos en los servicios generales y por tanto no figuran en estas estadísticas.

CONSULTA PRENATAL DE TOXEMIAS

Estamos convencidos que el problema de la toxemia se resuelve, no con la creación de servicios especializados, sino con la organización de consultas prenatales adecuadas que impartan

---

(*) Trabajo presentado al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología, reunido en Ibagué, del 4 al 7 de diciembre de 1957.

(**) Profesor Agregado de Clínica Obstétrica. Universidad Nacional. Jefe del Servicio de Toxemias.

(***) Asistente de Cátedra de Clínica Obstétrica. Universidad Nacional.

(****) Asistente de Cátedra de Clínica Obstétrica. Universidad Nacional.

una suficiente educación prenatal y ejerzan un estricto control médico. Desde un principio fue nuestra intención crear una prenatal de este tipo y conseguir una coordinación con todas las consultas prenatales que funcionan en el Distrito para poner en obra un plan efectivo de prevención de la toxemia. No nos fue posible conseguir ninguna de estas dos cosas; sin embargo, uno de los médicos del Instituto (L. F. Rozo), ha hecho en forma espontánea este control prenatal de las toxémicas.

Funcionamiento del servicio.—Toda paciente que al ingreso presentara síntomas graves de toxemia fue internada allí, a no ser que viniera en período expulsivo. El control médico fue efectuado por todo el personal médico del Instituto.

Tratamiento.—Las condiciones básicas de todos los tratamientos consistieron en reposo, aislamiento, dieta hipoclorurada, oxígeno (especialmente en tratamiento II), antibióticos e inducción o activación del trabajo según las condiciones de la paciente.

En la mayoría de las pacientes se hicieron exámenes de orina, azohemia, uricemia, cuadro hemático, proteinuria, serología, factor Rh y grupo sanguíneo. Por las limitaciones propias del servicio del laboratorio y del casi nulo personal de enfermeras, no fue posible sistematizar exámenes de pruebas de funcionamiento renal, fondo de ojo, medición de líquidos eliminados y mucho menos de autopsia. Por las condiciones propias de la organización de nuestros hospitales en muchos casos se hizo difícil si no imposible conseguir junta médica con otros especialistas.

En general, orientamos la terapéutica de la toxemia en forma puramente médica y sistematizamos estos tratamientos fundamentales:

Tratamiento I.—Indicado en preeclampsia y en eclampsia, consistente en clorpromazina 50 a 100 miligramos v. i. v., disueltos en 500 a 1.000 c. c. de dextrosa al 10% o al 33% en agua, aplicado una o varias veces al día, según las condiciones de la paciente, con sostenimiento posterior del efecto con la misma droga por la vía oral o i. m. (25-50 miligramos), cada 12 horas u 8 horas (1), (2), (3). En algunos casos, con grandes edemas, se agregó acetozolamida.

Tratamiento II.—Indicado en eclampsia del preparto y del parto, consistente en sulfato de magnesia al 20% (de la Casa Cup), intrarraquídeo 3 c. c., seguido de aplicación intravenosa

de clorpromazina 50 miligramos disueltos en 500 c. c. de dextrosa al 10% en agua. Simultáneamente se aplicó para contrarrestar el efecto depresor respiratorio del sulfato de magnesia, 02 y gluconato de calcio 10 c. c. v. i. v. cada 6 horas (4), (5), (6).

Tratamiento III.—Indicado en eclampsia del preparto o parto con feto muerto in útero y en la eclampsia del post-parto, consistente en la aplicación intravenosa de 0.50 gramos a 1 gramo pentothal disuelto en 500 c. c. a 1.000 c. c. de dextrosa al 10% en agua e inhalación simultánea de 02.

Tratamientos combinados.—En algunos casos de eclampsia se inició el tratamiento con I pero más tarde, por fracaso de éste generalmente se adicionó con el tratamiento II. Otras veces el mismo tratamiento I o el II fueron adicionados del tratamiento III, ya por muerte del feto in útero o por persistencia de las convulsiones en el post-parto.

Tratamiento de la hipertensión vascular crónica hipertensiva. En general fue tratada, además de las condiciones terapéuticas básicas mencionadas con tratamiento I, adicionado según las condiciones de la paciente con hipotensores (apresolina, unitensen, vertavis, hexametonio, serpasol, etc.), y con acetozolamida.

Clasificación de toxemias.—Desde que iniciamos estudios sobre este tema, seguimos la moderna clasificación propuesta en 1951 por Eastman, Titus, Mac Cormick y Greenhill (7), que divide las toxemias en: 1º Toxemia aguda (preeclampsia y eclampsia), y 2º Enfermedad hipertensiva con o sin toxemia aguda agregada.

DATOS ESTADISTICOS

Período de estudio: 22 meses (1º enero de 1956 a 30 de septiembre de 1957).

Número de pacientes atendidas: 250. De éstas no resultaron toxémicas sino 199. Las restantes eran renales, pielonefritis, epilepsia, histeria, cardiorrenales, etc.

Números de toxémicas: 199

Eclampsia	137
Preeclampsia	49
Afección hipertensiva	13

Tipo de eclampsia

Del embarazo	32	24%
Del trabajo	59	43%
Del trabajo y puerperio	20	15%
Del puerperio	26	18%

PREECLAMPSIA.—DATOS ESTADISTICOS

Número pacientes: 49.

Paridad
- Para I: 27
- Multip.: 22
  - Para II: 11
  - Para III: 5
  - Para IV: 2
  - Para V: 1
  - Para VII: 2
  - Para X: 1

Edad
- Quince a diez y nueve años: 9 casos
- Veinte a veinticuatro años: 12 casos
- Veinticinco a veintinueve años: 15 casos
- Treinta a treinta y cuatro años: 7 casos
- Más de treinta y cinco años: 6 casos

Edad de embarazo
- Nueve meses: 33 casos
- Ocho meses: 10 casos
- Siete meses: 5 casos
- Seis meses: 1 caso

Tipo de embarazo
- Embarazo único: 43 casos
- Embarazo gemelar: 6 casos

Datos sobre TA:

Máxima superior a 160: 35 casos.
Máxima de 160 o menos: 14 casos.
Mayor frecuencia de TA Mx.: 170: 11 casos.
TA máxima de 200 o más: 9 casos.
Mayor frecuencia de TA mínima: 100: 11 casos.
TA mínima de 80 o menos: 5 casos.

Edemas
- No apreciable: 7 casos
- Apreciable: 42 casos
  - Leve: 18 casos
  - Mediano: 9 casos
  - Grande: 15 casos

Proteinuria
- Sin examen: 7 casos
- Huellas: 5 casos
- Menos de 0,50 gramos: 9 casos
- *Mayor frecuencia*: 0.50 *grs.* 1.49 *grs.*: 20 *casos*
- Límite máximo: 6 gramos: 1 caso

Cilindruria (c. granulosos): 28 casos (en 42 exámenes).
Azohemia: 47% en 1 caso. Normal en el resto.
Uricemia: 8% en 1 caso. Normal en el resto.

Parto:

Espontáneo: 31 casos.
Inducción: 8 casos.
Fórceps: 7 casos.
Cesárea: 2 casos (desproporción y sufrimiento fetal).
Versión interna: 1 caso.
Embriotomía: 1 caso (presentación de hombro con feto muerto).
No hubo parto: 1 caso (salió en mismo estado obstétrico).
En un caso de inducción se hizo también aplicación de fórceps.

Presentación:

Vértice: 48 casos.
Pelvis: 5 casos.
Hombro: 2 casos.
(En 55 fetos ya que hubo 6 gemelos).

Datos del feto (según peso)

A término (2.500 gramos o más): 34 casos.
Prematuros (menos de 2.500 gramos): 21 casos.

Estado del niño al nacer:

Bueno: 41 casos.
Regular: 6 casos.
Malo: 4 casos.
Mortinato: 3 casos.
No hubo parto: 1 caso.

Anestesia empleada en el parto:

Se aplicó anestesia: 9 casos.
Eter: 6
Ciclo: 1
Raquia: 2 (2 cesáreas).
En los restantes casos no se usó anestesia.

Tratamiento:

Tratamiento I en todos los casos.

Duración del tratamiento antes del parto:

Horas (menos de 12 horas): 5 casos.
Menos de 10 días: 32 casos.
Mayor frecuencia: 1 día (12 casos).
Duración máxima: 45 días (1 caso).

Puerperio:

Normal: 45 casos.
Sepsis: 3 casos.
No hubo parto: 1 caso.

Estado de la paciente al salir:

Todas en buen estado. En 10 casos persistió proteinuria notoria.

Mortalidad materna: 0

Estado del niño al salir:

En buen estado: 41 niños.
Muertos: 13 niños.
Sin datos: 1 niño.

Datos sobre los niños muertos:

1. Murió a los quince días (prematuro siete meses).
2. Muerte in útero a pesar del intenso tratamiento. Mortinato (embarazo de siete y medio meses).
3. Murió a los tres días por bronconeumonía (embarazo de término).
4. Feto muerto in útero al ingreso. Presentación de hombro.
5. Muerto in útero a los diez días de tratamiento (embarazo de siete meses).
6. Murió a los catorce días. Gemelo (ocho y medio meses de embarazo).
7. Feto muerto in útero al ingreso (siete y medio meses de embarazo). Mortinato.
8. Murió a los veinte días por neumonía y oclusión intestinal (ocho meses de embarazo).

9. Murió a los siete días por neumonía aspiratoria (embarazo de siete meses).

10. Murió a los diez días por neumonía (embarazo de término).

11. Cesárea por sufrimiento fetal. El niño murió a las dos horas (feto de término).

12. Gemelo, murió a las veinticuatro horas (prematuro de siete meses).

13. Muerto in útero a pesar del tratamiento (embarazo de término).

Nota.—Tan solo en 3 casos el tratamiento falló en cuanto a evitar la muerte del feto in útero (números 2, 5 y 13).

En otros dos muertos in útero (números 4 y 13), no tuvo que ver nada el tratamiento, puesto que las pacientes ingresaron con feto muerto.

No es posible comprobar que la toxemia o el tratamiento haya determinado la muerte de los recién nacidos acaecida varios días después del parto (si acaso la prematurez).

Hay 4 prematuros entre los muertos después del nacimiento.

Mortalidad infantil general en pacientes preeclámpticas: 13 casos (27%).

Mortinatalidad:

Por preeclampsia: 3 casos (5.5%).
Prematurez en la preeclampsia: 21 casos (38.8%).

ECLAMPSIA

Datos estadísticos:

Número de casos: 137.
Eclampsia del embarazo: 32 casos: 24%.
Eclampsia del trabajo: 59 casos: 43%.
Eclampsia del trabajo y post-parto: 20 casos: 15%.
Eclampsia del trabajo y post-parto: 26 casos: 18%.

Edad de las pacientes:

Menos de quince años: 2.
Quince a diez y nueve años: 52.
Veinte a veinticuatro años: 42.
Veinticinco a veintinueve años: 11.

Treinta a treinta y cuatro años: 11.
Treinta y cinco a cuarenta años: 9.
Sin dato: 10.
Mayor frecuencia: diez y ocho años (22 casos).

Paridad:

Primíparas: 91 (66%).
Multíparas: 43.
Sin dato: 3.

Edad de embarazo.—Por última regla (al ingreso):

Nueve meses: 44 casos.
Ocho y media: 24 casos.
Ocho meses: 25 casos.
Siete y medio meses: 8 casos.
Siete meses: 10 casos.
Seis y medio meses: 2 casos.
Seis meses: 4 casos.
Cinco y medio meses: 1 caso.
Puerperio: 19 casos.

Estado de ingreso:

Preeclampsia: 18.
Eclampsia declarada: 119.

Tensión arterial:

En 62 eclámpticas se encontró relativa hipotensión:
TA Mx. de 150: 18 casos.
TA Mx. de 140: 19 casos.
TA Mx. de 120: 7 casos.
TA Mx. de 100: 8 casos.

Edemas en la eclampsia:

Sin edema apreciable: 39 casos.
Con edema apreciable
Leve: 59 casos.
Mediano: 13 casos.
Grande: 10 casos.
Sin dato: 16 casos.

Proteinuria en la eclampsia:

Huellas: 19 casos.
Menos de 0.50 gramos: 11 casos.
Mayor frecuencia: 0.50-2 gramos: 42 casos.
Límite máximo: 8.50 gramos: 1 caso.

Cilindruria:

Cilindros granulosos: 44 casos.

Azohemia: 80 exámenes.

En 25 eclampsias se encontró azohemia por encima de 35%. De éstas fallecieron 4 (1 por bronconeumonía, 1 por hemorragia cerebral, 1 eclampsia del post-parto).

Una paciente con 100% de azohemia *no* murió.

Uricemia: 36 exámenes.

Por encima de 5%: 9 casos.
Límite máximo: 8 (1 caso).
Ninguna murió.

Convulsiones:

Número de convulsiones:
Mayor frecuencia: 1-7: 96 casos.
25 convulsiones: 2 casos.

Los accesos convulsivos estuvieron acompañados de coma la mayoría de las veces.

Datos del parto:

Pacientes: 137. Embarazos gemelares: 2.
Parto espontáneo: 71.
Fórceps: 30.
Ventosa eutócica: 8.
Cesárea: 7.
Aborto: 2.
Extracción podálica: 1.
No hubo parto: 11.
Partos fuera del hospital: 9.

RESULTADOS SEGUN EL TIPO DE TRATAMIENTO

Tratamiento I (clorpromazina - dextrosa).

Número de casos: 41 (2 embarazos gemelares).
Tipo de eclampsia
Del trabajo: 23 - 1 defunción.
Del embarazo: 11 - 4 defunciones.
Del trabajo y del parto: 2.
Del post-parto: 5.

Dos partos fuera del hospital; no se supieron datos de los niños. Una paciente salió en el mismo estado obstétrico con feto vivo in útero. Estado físico del recién nacido:

Buen estado: 22.
Regular: 6.
Malo: 2.
No hubo parto: 5 (4 muertos in útero; 1 sale vivo in útero).
Mortinatos: 6.
A término: 23.
Prematuros: 18.

Duración del tratamiento antes del parto:

Veinte minutos: 1 caso.
Menos de doce horas: 18 casos.
Uno a trece días: 17 casos.
Veinticuatro horas: 13 casos (mayor frecuencia).

Datos del parto:

Espontáneo: 21.
Fórceps: 13.
Cesárea: 1 (abruptio).
Extracción podálica: 1.
No hubo parto: 5.
Se hizo inducción en 2 casos.

Anestesia en los partos intervenidos: General con éter. Bloqueo en silla 1 caso.

Puerperio:

Normal: 2.
Séptico: 8.
(Muertas 5 y 1 sale en mismo estado obstétrico).

Mortalidad materna por eclampsia con tratamiento I: 5 casos.

(4 eclampsias del embarazo y 1 del trabajo).
Autopsias: 1.

Mortalidad infantil (sobre 41 casos):

Muerte in útero: 4.
Mortinatos: 6 (14%).
Mortalidad post-natal después de veinticuatro horas: 5.
Mortalidad infantil global: 15 (36%).

Observaciones sobre las 5 pacientes fallecidas (con tratamiento I).

1. Hemorragia por desprendimiento de placenta n. i. Parto en la cama. Paciente abandonada. TA: 160/70. Cuatro convulsiones. Tratada durante cinco horas.

2. Ingresó en estado de preeclampsia. Ningún tratamiento en las primeras 24 horas. Luego se aplicó tratamiento I, insuficiente. TA: 170/100. Convulsiones: 11. No hubo parto.

3. Una sola convulsión y entró en coma. TA: 180/130. Proteinuria: 0.63. Líquido céfalo-raquídeo hemorrágico. Feto muerto in útero. No hubo parto.

4. Embarazo de seis meses. Llega en coma. 4 convulsiones. TA: 160/100. Líquido céfalo-raquídeo hemorrágico. No hubo parto. Murió a las dos horas del ingreso.

5. Embarazo de término. Ingresó en preeclampsia fuera del servicio de toxemia. Tratamiento insuficiente. No hubo parto. Autopsia: hemorragia cerebral.

Posibles causas de defunción materna:

En 1 caso: hemorragia por desprendimiento de placenta n. i.
En 3 casos: hemorragia cerebral (líquido céfalo-raquídeo hemorrágico. Autopsia en 1 caso).
En 1 caso: desfallecimiento cardiovascular.

Datos sobre la mortalidad post-natal:

1. Murió a los dieciocho días.
2. Murió a los diez y seis días.
3. Murió a los trece días, por bronconeumonía.
4. Murió a los dos días por bronconeumonía.
5. Murió a los seis días por anoxia central.

En las historias no figuran datos de autopsia en ningún caso.

CUADRO I

TRATAMIENTO I

Largactil - Dextrosa

Preeclampsia: 49 casos.

Eclampsia: 41 casos.

Mortalidad materna	Preeclampsia	0
	Eclampsia	5
Mortalidad infantil (m. i. u. y mn.)	Preeclampsia	3
	Eclampsia	10
Prematuros	Preeclampsia	21
	Eclampsia	17

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO II EN LA ECLAMPSIA

Sulfato intraraquídeo-largactil-dextrosa.

Número de casos: 45
- Eclampsia del embarazo: 31.
- Eclampsia del trabajo: 14.

Estado físico del recién nacido:

A término: 23.
Prematuros: 22.

Vivos 27
- Buen estado: 11.
- Regular estado: 16.

Mortinatos: 12.
Muertos in útero: 5.

Duración del tratamiento antes del parto:

Media hora: 1 caso.
Menos de doce horas: 15 casos.
Uno a trece días: 29 casos.
Mayor frecuencia: veinticuatro horas (16 casos).
Datos del parto en eclampsia con tratamiento II.
Espontáneo: 23.
Fórceps: 12.
Cesárea: 3 (1 por sufrimiento fetal y 2 por fracaso del tratamiento II).

Ventosa eutócica: 2.
No hubo parto: 5 (3 fallecen y 2 salen en mismo estado obstétrico).
Inducción: en 3 ocasiones.

Mortalidad materna en eclampsia:

(Con tratamiento II) 5 casos, sobre 45.
(4 eclampsias del embarazo y una del parto).

Mortalidad infantil:

Mortinatos: 12 (26%).
Muertos in útero: 5.
Mortalidad post-natal: 5.
Mortalidad infantil global: 17 (37%).

Anestesia en los partos intervenidos.—General con éter o trilene. En 5 casos se aprovechó el efecto anestésico del sulfato intraraquídeo.

Observaciones sobre las 5 pacientes fallecidas (con tratamiento II).

1. Embarazo de término con feto vivo. Eclampsia del trabajo. TA: 140/110. 7 convulsiones. Sepsis puerperal. Coma urémico (az.: 95). Murió a los siete días del parto.

2. Ocho meses de embarazo. TA.: 190/110. Proteinuria: 7.77. Cilindros granulosos. Líquido céfalo-raquídeo hemático. Murió antes del parto.

3. Siete y medio meses de embarazo. TA: 160/140. Convulsiones: 8. Líquido céfalo-raquídeo hemorrágico. Murió antes del parto.

4. Embarazo de término. Convulsiones 10. Coma. TA: 160/100. Bronconeumonía. Ruidos fetales dudosos. Muere antes del parto. Tratada por tres días.

5. Embarazo de ocho meses. Convulsiones: 7. No se tomó TA por falta de tensiómetro. Líquido céfalo-raquídeo hemorrágico.

Posibles causas de mortalidad materna:

En 1: uremia.
En 3: hemorragia cerebral.
En 1: bronconeumonía.

Datos sobre la mortalidad post-natal (eclampsia tratamiento II).

1. Prematuro atelectasia pulmonar. Muere a los tres días.
2. Prematuro bronconeumonía. Muere a los dieciséis días.
3. Prematuro bronconeumonía. Muere a los siete días.
4. A término, bronconeumonía. Muere a los veintiún días.
5. Prematuro. Atelectasia. Muere a los dos días.

En ninguna historia aparecen datos sobre autopsia practicada en estos niños muertos.

CUADRO II

TRATAMIENTO II

Largactil - Dextrosa - SO4 Mg. I. R.

45 eclampsias	Del embarazo: 14. Del trabajo: 31.
Mortalidad	Materna: 5 casos. Infantil: 17 casos. (m. i. u. - mn.).
Cesárea: 3 casos	2: falla de tratamiento II. 1: Sufrimiento fetal. Prematuros: 22 casos.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO III EN LA ECLAMPSIA

Pentotal - Dextrosa v. i. v.

Número de casos: 24
- Eclampsia del embarazo: 1 (falleció).
- Eclampsia del trabajo: 2.
- Eclampsia del trabajo y parto: 2.
- Eclampsia del puerperio: 19 (1 falleció)

Estado físico del recién nacido:

Buen estado: 11 casos.
Regular: 3 casos.
Malo: 1 caso.
Mortinato: 2 casos.
Muerto in útero: 1 caso.
Parto fuera del hospital: 6 casos.
A término: 9 casos.
Prematuros: 9 casos.

Datos del parto:

Parto espontáneo en todos los casos menos en 2 (en una no hubo parto porque falleció antes y en otra se aplicó ventosa eutócica).

El parto tuvo lugar fuera del hospital en 6 casos e ingresaron luego por eclampsia del post-parto.

Estado físico del recién nacido:

Buen estado: 11.
Regular: 3.
Malo: 1.
Mortinatos: 2.
Muertos in útero: 1.
Parto fuera del hospital: 6.
Mortalidad post-natal: 2.

Anestesia: en ningún caso.

Mortalidad materna en eclampsia (con tratamiento III): 2 (8%) (una eclampsia del embarazo y una del puerperio).

Observaciones sobre estas muertes:

1. Primigestante de ocho y medio meses; ingresó en coma, con feto muerto in útero. 6 convulsiones. Tratada durante seis horas. Fallece antes del parto.

2. Paciente que ingresa en puerperio. TA: 130/60. Azohemia: 60. Tratada durante cinco días. Fallece.

Observaciones sobre la mortalidad post-natal:

2 prematuros que mueren al segundo y tercer día con atelectasis pulmonar.

TRATAMIENTO III

TRATAMIENTO III

Pentotal - Dextrosa i. v.

Indicación: Eclampsia con feto m. i. u. y eclampsia del puerperio.

24 Eclampsias { Puerperio: 19 casos. / Embarazo y trabajo: 5 casos.

Mortalidad { Materna: 2 casos. / Infantil: 3 casos. / (m. i. u. y mn.).

TRATAMIENTOS COMBINADOS EN LA ECLAMPSIA

Tratamiento I adicionado del tratamiento II.

Se debió esta modalidad a la ineficacia del tratamiento I en la eclampsia en cuanto a suspender las convulsiones, por lo cual nos vimos en la necesidad de aplicar el tratamiento II (sulfato de mg. intraraquídeo).

Tratamiento I-II
Número de casos: 11 { Eclampsia del embarazo: 4. / Eclampsia del trabajo: 4. / Eclampsia del trabajo y del parto: 3.

Estado físico del recién nacido:

Buen estado: 4.
Regular: 2.

Malo: 1.
Muertos in útero: 1.
Mortinatos: 3.
A término: 4.
Prematuros: 7.

Mortalidad post-natal: 2 (dos prematuros que murieron uno a los seis días y el otro a los dieciséis).

Datos del parto { Espontáneo: 7. / Fórceps: 4.

Mortalidad materna (tratamiento I-II): 3 casos.

Observaciones sobre la mortalidad materna:

1. Multípara V, ocho y medio meses. Ingresa en estado eclámptico. Muere el feto in útero. En el puerperio presenta psicosis; fallece súbitamente al tercer día. La autopsia revela: bronconeumonía. Hipertrofia cardíaca y comunicación congénita interauricular.

2. Secundípara. Ingresa con ataques. Se insiste con tratamiento I a pesar de seguir con ataques. Se aplica luego tratamiento II. Inducción. Fórceps. Feto mortinato. Falleció veinticuatro horas después del parto.

3. Ingresa en estado de preeclampsia grave. Luego hace eclampsia. Se trata primero con I y luego con II. En el puerperio hace gran depresión respiratoria y continúa con ataques. Se aplica tratamiento I. Presentó 15 ataques convulsivos en total. Falleció a las dieciséis horas del parto.

Tratamiento I adicionado del tratamiento III:

Fue aplicado sobre todo en pacientes con eclampsia del parto y post-parto o del post-parto solamente.

Número casos: 10 { Eclampsia del embarazo: 1. / Eclampsia del trabajo: 1. / Eclampsia del post-parto: 2. / Eclampsia del trabajo y post-parto: 6.

Estado físico del recién nacido:

Buen estado: 7.
Regular: 1.
Malo: 1.

Mortinatos: 0.
Muertos in útero: 0.
A término: 6.
Prematuros: 3.
Parto fuera del hospital: 1 (sin datos del niño).

Datos del parto:

Espontáneo: 5.
Fórceps: 1.
Ventosa: 1.
Cesárea: 2 (en ambos casos el tratamiento I no suspendió las convulsiones, por lo cual se acudió a la cesárea).
Parto fuera del hospital: 1.

Anestesia: Raquia en las cesáreas. General en el fórceps.

Mortalidad materna: 0.
Mortalidad fetal: 0.
Mortalidad post-natal: 1 (prematuro, murió a los siete días por hematoma producido por la ventosa).

Tratamiento II adicionado del tratamiento III:

Fue agregado el pentotal intravenoso en estos casos porque el sulfato intraraquídeo no suspendió las convulsiones o por la aparición ulterior de ataques en el post-parto.

Número casos: 6 { Eclampsia del embarazo: 2. / Eclampsia del parto y post-parto: 4.

Datos del parto:

Espontáneo: 4 casos.
Cesárea: 1 caso (desproporción).
No hubo parto: 1 (sale en mismo estado obstétrico).

Estado físico del recién nacido:

Prematuros: 3.
A término: 2.
Mortinatos: 3.
Mortalidad post-natal: 1 (murió a las veinticuatro horas).
No hubo parto: 1 (sale vivo in útero).

Mortalidad materna: 1 caso (eclampsia del parto y del post-parto. 20 convulsiones en total. Murió a las quince horas del parto.

Mortalidad fetal global: 4.

CUADRO IV

TRATAMIENTOS COMBINADOS

27 casos

I - II: 11 casos.
I - III: 10 casos.
II - III: 6 casos.

Mortalidad { Materna: 4. Infantil: 6. (m. i. u. y mn.).

Prematuros: 12.

Cesárea: 3 casos (inefectivo tratamiento II).

Resultados del tratamiento en la afección hipertensiva:

Tipo de tratamiento: tratamiento I (largactil), adicionado de hipotensores (apresolina, unitensen, vertavis, hexametonio, etc.) y acetozolamida a veces. Un caso fue intervenido por cesárea debido al fracaso de los hipotensores y de 2 inducciones.

Número de casos: 13 { Con toxemia aguda agregado: 6. Sin toxemia aguda agregado: 7.

Edad de las pacientes:

Diecinueve años: 1. La edad de las restantes osciló entre veintiocho y cuarenta y un años.

Edad del embarazo:

De término: 1 caso.
Ocho meses: 5 casos.
Siete meses: 3 casos.
Seis y medio meses: 2 casos.
Cuatro meses: 2 casos.

Datos del parto:

Espontáneo: 8.
Cesárea: 1.
Abortos: 2.
Salen en mismo estado obstétrico: 2.

Estado físico del recién nacido:

Buen estado: 6.
Regular: 2.
Mortinato: 1.
Abortos: 2.
A término: 2.
Prematuros: 7.

Puerperio:

Séptico 2 casos (normales los restantes).

Mortalidad materna: 0.

Mortalidad infantil: 1.

CUADRO V

CUADRO COMPARATIVO

Tratamiento de la eclampsia

Tratamiento	I	II
Número casos	41	45
Mortalidad	5	5
Materna	(12%)	(11%)
Mortalidad Infantil	10	17
M. i. u. y mn.	(24%)	(37%)
Mortalidad infantil Post-natal	5	5

CUADRO VI

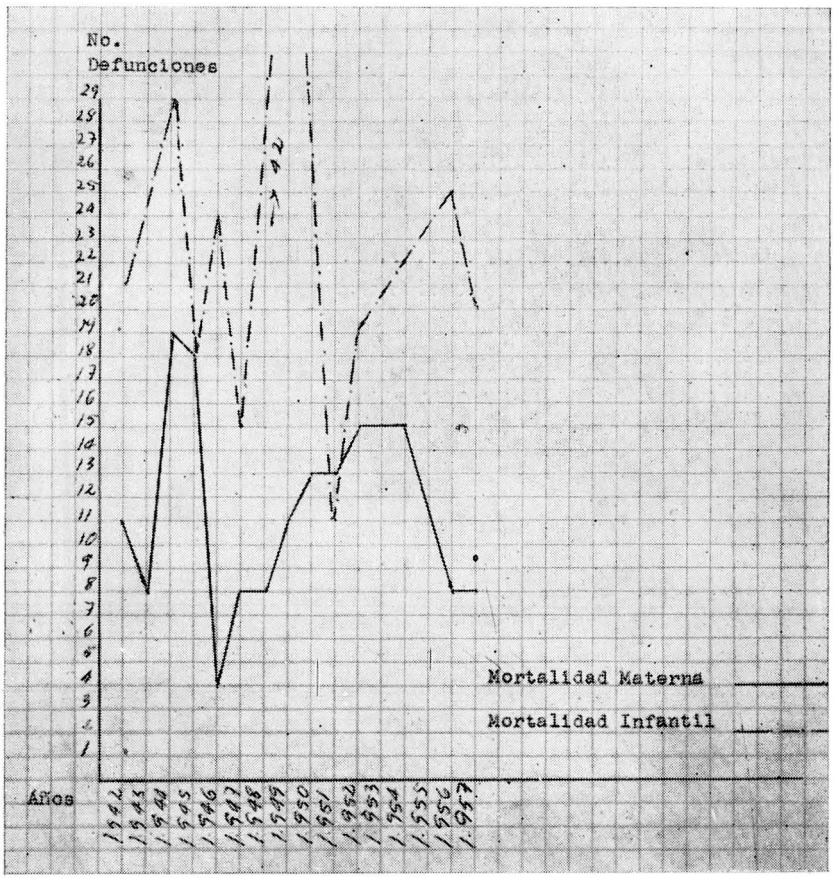
Totales. Eclampsia, 137 casos.

Eclampsia del embarazo	32 casos: 24%
Eclampsia del trabajo	59 casos: 43%
Eclampsia del trabajo y puerperio	20 casos: 15%
Eclampsia del puerperio	26 casos: 18%

Mortalidad en la Eclampsia	Materna: 16 casos: 12% (U. S. A.: 13%).
	Infantil (mn. y m. i. u.): 39; 28%.
	Infantil general: 55 casos; 39% (Greenhill: 40%).

CUADRO VII

MORTALIDAD MATERNO INFANTIL POR TOXEMIA EN EL INSTITUTO



CONCLUSIONES

1ª La reducción de la incidencia de toxemia gravídica y de mortalidad materno infantil producida por la misma no se consigue únicamente con la creación de servicios de toxemias, sino que se hace necesario además la organización de una consulta pre-natal especializada que contemple programas de educación para las embarazadas. En nuestra estadística, tan solo el 9% de las pacientes tuvieron algún control pre-natal deficiente.

2ª Por circunstancias ajenas a nuestra voluntad, algunos procedimientos indispensables en el estudio de la toxemia fueron practicados con una frecuencia ínfima: pruebas de funcionamiento renal, balance electrolítico, examen de fondo de ojo y autopsia (dos casos). En futuros trabajos procuraremos subsanar esta deficiencia.

3ª Es posible observar una neta disminución de mortalidad materna por toxemia en los dos últimos años (cuadro VII) que corresponden precisamente al funcionamiento del servicio de toxemias. Este descenso se aprecia mejor si tenemos en cuenta el mayor número actual de pacientes (más de doce mil por año, con ocho defunciones en cada uno de los dos últimos años), en comparación de los años de 1942 con 4.797 pacientes y 11 defunciones y de 1943 con 4.832 pacientes y 8 defunciones. Nos parece en cambio que el descenso de mortalidad fetal por toxemia es muy poco notorio. Esta conclusión no es segura, ya que las estadísticas anteriores sobre "recién nacido" en el instituto son deficientes (44.0% en 1952, dato correspondiente a los diez años anteriores) (9).

4ª Nuevamente se comprueba que el tratamiento I (clorpromazina) da resultados excelentes en la toxemia aguda. Además de efectivo es inocuo.

5ª Posiblemente esta sea la mayor experiencia presentada en Colombia sobre el tratamiento de la eclampsia con sulfato introraquídeo (tratamiento II: 45 casos). En las pacientes tratadas se observó notoria depresión respiratoria; en el 1/3 de los casos no suprimió las convulsiones; en dos casos se presentaron lesiones medulares bajas, que regresaron muy lentamente. Además se encontró la mortalidad fetal aumentada en relación con el tratamiento I. Ante estos resultados recomendamos otro tipo de tratamiento en la eclampsia, especialmente los basados en las modernas drogas neuroplégicas e hipotensoras.

6ª El trtamiento III (pentotal intravenoso), dio resultados ampliamente satisfactorios, aunque debería haber más selección y no aplicarlo en caso de coma o de depresión respiratoria.

7ª Los resultados en tratamientos combinados (I - II o I - III o II - III) son malos: 4 muertes en 27 casos, debido a iniciación tardía del tratamiento, o a acumulación de varias drogas, o a mayor gravedad de las pacientes.

8ª El tratamiento de la afección hipertensiva dio resultados buenos en cuanto a mortalidad, pero malo o regular en cuanto a determinar descenso apreciable de la T. A.

9ª El porcentaje de mortalidad materna (12%), es semejante al presentado por autores americanos.

La incidencia de la toxemia es de 9%° (de cada 1.000 embarazadas, 9 sufren toxemias; 22.445 casos por 199 casos de toxemia). Este dato no es exacto, por la reducida capacidad del servicio.

10. La mortalidad infantil en la toxemia es alta, 39% (dato global), cifra por demás semejante al de autores americanos. Anotamos que la verdadera mortalidad infantil es más baja en la toxemia, ya que se deben descontar las muertes post-natales; un buen número de casos no tuvieron que ver nada, ni con la toxemia ni con el tratamiento, pues fallecieron algún tiempo después del parto.

11. La prematurez en la toxemia fue del 45% (90 casos), lo cual explica en parte la mortalidad post-natal.

12. En la clasificación que seguimos debe suprimirse la diferenciación entre preeclampsia leve y grave. Nuestros hallazgos muestran que la toxemia es grave desde el comienzo.

13. Debe estudiarse una forma de tratamiento médico más elástica y más ceñida a las condiciones de la paciente (eclampsia del embarazo; del principio del trabajo; del trabajo más avanzado; estado de coma, con hiper o hipotensión etc.), y sobre todo, oportunamente deben estudiarse las condiciones que dan cabida a la cesárea en algunos casos (desproporción, persistencia de las convulsiones, oliguria, hemoconcentración, etc.).

BIBLIOGRAFIA

1. SILVA MOJICA, CARLOS ROBERTO.—Toxemias gravídicas. Multilith del Seguro Social. 1955.

2. RAMIREZ SANCHEZ, J.—Tratamiento de la preeclampsia grave con clorpromazina. Rev. Col. de Obs. y Gin. VII: 367. 1956.

3. LABORITT, H.—"Gazette Medical de France". 59: 1.423. 1952.

4. ARNEDO RAMOS, R.—Sulfato de magnesia intraraquídeo en la eclampsia. Rev. Col. de Obs. y Gine. 5: 243. 1954.

5. CARRILLO, E. y BARRETO, L.—Toxemias gravídicas. Multilith del Seguro Social. 1955.

6. GOMEZ PALACINO, J.—Sulfato de magnesia intraraquídeo en el tratamiento de la eclampsia. Rev. Col. de Obs. y Gin. VIII: 141. 1957.

7. AFANADOR RUIZ, JAIME.—Toxemias gravídicas. Multilith del Seguro Social. 1955.

8. GREENHILL, DE LEE.—Principles and practices of obstetrics. Ed. X: 349. 1951.

9. GUTIERREZ, A.; SABOGAL, E.; SANCHEZ, I.—Mortalidad fetal en las toxemias. Rev. Col. de Obs. y Gin. Vol. V: 98.