

552 CASOS DE ECLAMPSIA TRATADOS EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTÁ*

Dr. Roberto Páez Vargas

Del Instituto Materno Infantil de Bogotá.

INTRODUCCION

Desde la época más remota, cuando la inyección retromamaria de yoduro de potasio y aire, la mastectomía radical, la decapsulación renal, la trepanación del cráneo, la venisección masiva y la punción lumbar con extracción de gran cantidad de líquido cefalorraquídeo eran los procedimientos usuales en el tratamiento de la Eclampsia, hasta nuestros días cuando una gran cantidad de fármacos ha enriquecido la terapéutica, han sido numerosos los tratamientos propuestos para el control de la gestosis en su etapa convulsiva. Pese a ese caudal de medicamentos, en otros medios científicos, el tratamiento de la toxemia aguda no ha disminuído los porcentajes estadísticos de morbi-mortalidad por tan grave complicación.

La mayor parte de los planes terapéuticos tienen como fundamento fisiopatológico un terreno hipotético y por consiguiente se resienten de empirismo. Casi todos tienden a controlar la toxemia desde un punto de vista sintomático sin adentrarse en las

razones etiopatogénicas del cuadro clínico. Los vacíos en cuanto a la esencia o causa fundamental de la toxemia explican en parte este planteamiento. Sin embargo, las modernas adquisiciones que ha aportado la endocrinología y la medicina psicosomática, han permitido la resolución de algunos de los interrogantes planteados desde tiempo inmemorial dentro de la averiguación etiológica de la preeclampsia-eclampsia.

Las nuevas técnicas de investigación nefrológica: Bacteriológicas, radiológicas e histopatológicas, han permitido deslindar cuadros nosológicos clasificados otrora dentro de los padecimientos propios de la gestación, para concretar así los verdaderos aspectos orgánicos de la toxemia del embarazo.

A la par con la investigación puramente clínica ha marchado la farmacología en tal forma que hoy se dispone de una serie de medicamentos que han ampliado el campo de acción terapéutico, modificándose, como se verá más adelante, de una manera radical y promisoría el oscuro pronóstico del más grave padecimiento inherente a la gestación.

* Trabajo presentado para ingreso a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Con fines ilustrativos hemos de recordar, de acuerdo con Dieckman, citado por Walker (1) los períodos y procedimientos seguidos a través de muchos años en el tratamiento de la Eclampsia.

Primer Período: Comienza en 1745 y dura aproximadamente 100 años. Se caracterizó por la administración de purgantes drásticos, sangría y sedantes.

Período Segundo: Se inicia en 1845 y dura 50 años: Utilización del veratrum viride y apresuramiento del parto mediante dilatación manual del cuello.

Tercer y Cuarto Períodos: Son sucesivos y se consideran ultrarradicales, se extienden desde 1895 hasta 1915; cesárea abdominal, histerotomía vaginal y parto forzado, caracterizan esta etapa.

Quinto Período: Se extiende desde 1915 hasta 1927; la administración de glucosa hipertónica, la sedación, la estimulación de la eliminación y la introducción por Titus en 1920 del sulfato de magnesio por vía parenteral en el tratamiento de la toxemia, individualizan este período.

El último período se inicia en 1928 y se extiende hasta la actualidad. Se caracteriza por una mejor atención obstétrica y el aprovechamiento de los procedimientos de los períodos anteriores con prescindencia de los medios que pudieran resultar peligrosos para la supervivencia fetal.

Es nuestra intención fundamental presentar un análisis estadístico de los diversos tipos de tratamiento empleados en el curso de los últimos años en el INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTA.

La inusitada frecuencia de la toxemia de la gestación en nuestro me-

dio, impuso la creación de un Servicio dedicado a su control y tratamiento, dentro de la Institución mencionada. De sus archivos hemos obtenido gran parte del material recopilado en el presente estudio. Los resultados estadísticos que exponremos adelante permitirán hacer un análisis y mostrarán la evolución a través de los últimos tiempos. Nos abstendremos de entrar en detalles clínicos, fisiopatológicos y evolutivos que han sido tratados de manera extensa en comunicaciones y trabajos de personal de dicho servicio (2) (3), con anterioridad.

Nuestro análisis comparativo se establece entre 4 grupos de tratamientos empleados a partir de 1954. Los resultados obtenidos antes de dicho año fueron dados a conocer en su oportunidad (4) y nos servirán para parangonar las cifras al final de este trabajo.

Veremos en detalle los distintos grupos y tipos de tratamiento empleados.

PRIMER GRUPO

Se utilizó durante los años 1954 y parte de 1955. Comprende tres tipos de Tratamiento empleados de acuerdo con la gravedad del caso o por fracaso del anterior.

Tratamiento N° 1. A base de: Dextrosa más Clorpromazina vía I.V. y Sulfato de Magnesio I.M. Ocasionalmente se adicionaba de Dolosal o Morfina de acuerdo con la severidad del proceso.

Tratamiento N° 2. Se suministraba por fracaso del N° 1 así: Dextrosa más Pentotal por vía intravenosa.

Tratamiento N° 3. Se limitaba a la intervención cesárea. A ella se recurría casi de manera sistemática aún antes de ensayar los tratamientos 1 y 2. En otras ocasiones se apelaba a

ella por fracaso con los tratamientos anteriores. Al analizar los distintos tipos de parto veremos la enorme incidencia de la cesárea como procedimiento terapéutico de la Eclampsia y sin que para su ejecución mediara factor obstétrico diferente.

SEGUNDO GRUPO

Se utilizó desde mediados de 1955 hasta el final del año 1956. Consistía en la inyección intrarraquídea de sulfato de magnesio.

TERCER GRUPO

Fué puesto en práctica durante el año de 1958 y los primeros meses de 1959. Comprendía los siguientes tipos:

Tratamiento Nº 1. Dextrosa al 10 o 33% más 50 a 100 mlgrs. de Clorpromazina, vía I.V.

Tratamiento Nº 2. Indicado en la Eclampsia del preparto o del parto. Consistía en la Inyección intrarraquídea de 3 c.c. de Sulfato de Magnesio al 20% más 50 mlgrs. de Clorpromazina en 500 c.c. de Dextrosa al 10%.

Tratamiento Nº 3. Indicado en la Eclampsia del preparto o del parto con feto muerto in útero así como también en la Eclampsia del postparto: ½ a 1 gr. de Pentotal sódico en 500 a 1.000 c.c. de Dextrosa al 10% más inhalación simultánea de oxígeno.

Estos tratamientos se empleaban en la mayoría de los casos de manera combinada o cuando se fracasaba con uno de ellos. Así: Primero administración del Nº 1 y luego el Nº 2. Se pasaba al Nº 3 por fallecimiento del feto.

CUARTO GRUPO

Es el Tratamiento "I.M.I." utilizado en la actualidad. Se puso en prác-

tica desde Marzo de 1959. Su sistematización quedó planteada en una publicación de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (3) y reafirmada en el Tercer Congreso Uruguayo de Ginecología en el año 1960. Consiste en la aplicación inicial y simultánea de: 200 miligramos de Fenobarbital por vía venosa y 200 mlgrs. por vía intramuscular, 4 a 6 miligramos de Acepromazina por vía intramuscular y 15 c.c. de Sulfato de Magnesia al 20% por vía venosa. Posteriormente se administra Clorotiazida por vía oral. La medicación se repite y combina de acuerdo con la evolución clínica y las necesidades de cada paciente. Los cuidados generales, el suministro de Oxígeno y la buena conducción obstétrica son fundamentales. Las bases fisiopatológicas del método fueron ampliamente expuestas (3).

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración de este trabajo consultamos los Archivos del Instituto Materno Infantil y del Servicio de Toxemias del mismo Instituto. Hallamos un total de 552 casos de Eclampsia de Enero de 1954 a 31 de Diciembre de 1962 correspondiendo a cada uno de los grupos de tratamiento el siguiente número de casos y haciendo la salvedad de que durante el año 1957 no se contabilizaron casos por fallas en los Archivos.

Grupo Nº 1	98 casos
Grupo Nº 2	41 "
Grupo Nº 3	67 "
Grupo Nº 4	346 "
TOTAL	552 casos

En las páginas siguientes veremos los resultados con cada uno de los Grupos de tratamientos para hacer luego el estudio comparativo.

PRIMER GRUPO

TIPO DE ECLAMPSIA	Anteparto	Intraparto	Postparto	Mort./Global
Total de Casos	38	56	4	
Feto vivo al ingreso	33	51		
Feto muerto al ingreso	0	5		
Abortos	5	—		
Repitieron convuls. desp. trat.	19	24	0	
NO repitieron convuls. desp. trat.	19	32		
PARIDAD Primíparas	23	44	2	
Secundíparas	6	5		
Tercíparas y más	9	7	2	
PARTOS Espontáneos	18	16		
Inducidos	1			
Fórceps	3	14		
Cesáreas	9	22		
Ventosas	1	0		
Sin parto	6	0		
Peso Fetal 1.000 a 1.500 grs.	3	0		
1.501 a 2.000 "	8	8		
2.001 a 2.500 "	9	14		
2.501 a 3.000 "	7	20		
3.001 a 3.500 "	4	6		
3.501 a 4.000 "	0	3		
Sin dato	7	0		
Feto al nacer VIVOS	27	45		
MUERTOS	6	11		17 = 18.08%
Mortalidad Perinatal	8	7		15 = 16.80%
Mortalidad Fetal Global	14	18		32 = 34.04%
Mortalidad Materna	7	10	1	18 = 18.36%

PRIMER GRUPO

Como se observa, **La Mortalidad Materna** para este primer grupo es de 18.36% y las causas se detallan en los siguientes resúmenes de las historias clínicas:

ECLAMPSIA ANTEPARTO: 7

1) **Historia N° 3.888**, paciente primigestante que muere a las 48 horas de su ingreso, presenta ataques subintrantes que no ceden al tratamiento, entra en coma y muere 15 horas después sin haberse efectuado el parto. Embarazo de 32 semanas.

2) **Historia N° 4.288**, paciente secundigestante que fallece a las 8 y media horas de su ingreso. Presenta numerosos ataques que no ceden al tratamiento. Coma y muerte.

3) **Historia N° 4.470**, paciente secundigestante que ingresó en preeclampsia, hizo un ataque después del tratamiento. Coma y muerte a las

5 y media horas de su ingreso. Embarazo de 28 semanas.

4) **Historia N° 8.577**, paciente multigestante que muere a las 42 horas de su ingreso. Numerosos ataques. Coma y muerte.

5) **Historia N° 8.399**, paciente secundigestante con embarazo de 22 semanas que hace tres ataques antes del tratamiento y 10 después. Coma y muerte. Permaneció en el Instituto 10 días.

6) **Historia N° 10.297**, paciente multigestante, que presenta 5 ataques antes del tratamiento y 1 después; coma y defunción a las 14 horas de su ingreso. Embarazo de 28 semanas.

7) **Historia N° 11.772**, paciente que presenta 3 ataques antes del tratamiento y 2 después. Entra en coma y muere a las cinco horas veinte minutos de su ingreso. Embarazo de 28 semanas.

ECLAMPSIA INTRAPARTO: 10

1) **Historia Nº 4.182**, paciente que ingresó con signos neurológicos de hemorragia cerebral. Defunción. Cesárea Post mortem.

2) **Historia Nº 6.006**, paciente que presentó numerosos ataques antes del ingreso, presentó signos de hemorragia cerebral y fallece a las 12 horas después del ingreso.

3) **Historia Nº 14.816**, paciente que presentó numerosos ataques y cuyo número no se pudo precisar, entra en coma y fallece. No autopsia.

4) **Historia Nº 17.745**, paciente que hizo 3 ataques antes del tratamiento. Coma y defunción.

5) **Historia Nº 19.996**, paciente que presentó 7 ataques antes del tratamiento y 1 después. Coma y muerte a las 20 horas de su ingreso.

6) **Historia Nº 19.322**, paciente que ingresó en coma y falleció a las 20 horas de su ingreso.

7) **Historia Nº 20.711**, paciente que presentó 1 ataque antes del tratamiento y 6 después. Coma y defunción.

8) **Historia Nº 20.588**, paciente que presentó 8 ataques antes de la cesárea raquianestesia. Apnea y muerte. Cesárea Post mortem.

9) **Historia Nº 23.465**, paciente que presentó 6 ataques antes del tratamiento y 2 después. Parto espontáneamente y muerte 3 horas después.

10) **Historia Nº 29.588**, paciente que ingresó en coma, presentó numerosos ataques antes del tratamiento. Muere a las pocas horas de hospitalizada.

ECLAMPSIA POSTPARTO: 1

1) **Historia Nº 6.028**, paciente que tiene parto gemelar, presenta un ataque y muere.

SEGUNDO GRUPO

TIPO DE ECLAMPSIA	Anteparto	Intraparto	Mort./Global
Total de Casos	21	20	
Feto vivo al ingreso	19	29	
Feto muerto al ingreso	2	0	
Repitieron convulsiones	16	16	
No repitieron convulsiones	5	4	
PARIDAD Primíparas	16	16	
Secundíparas	2	3	
Tercíparas y más	3	1	
PARTOS Espontáneos	11	8	
Inducidos	1	0	
Fórceps	5	10	
Cesáreas	3	2	
Sin parto	1	0	
Peso Fetal 1.000 a 1.500 grs.	2	1	
1.501 a 2.000 "	8	2	
2.001 a 2.500 "	3	11	
2.501 a 3.000 "	2	2	
3.001 a 3.500 "	3	3	
3.501 a 4.000 "	2	1	
Feto al nacer VIVOS	13	15	
MUERTOS	7	5	12 = 29.26%
Mortalidad Perinatal	7	3	10 = 24.39%
Mortalidad Fetal Global	14	22	22 = 53.65%
Mortalidad Materna	2	4	6 = 14.63%

OBSERVACIONES

Al analizar este primer grupo de tratamiento encontramos: 1) de 98 casos, 43 pacientes repitieron convulsiones lo cual dá un 43.89% de fracaso inicial desde el punto de vista terapéutico. 2) respecto al tipo de parto podemos observar que 31 casos fueron intervenidos con cesárea, o sea, un 31.63% índice bastante alto si se tiene en cuenta que la intervención quirúrgica se practicó con la exclusiva indicación de la eclampsia sin que mediara justificación obstétrica diferente. 3) la mortalidad materna global fué de 18.36% correspondiente a 18 pacientes. 4) la mortalidad fetal global fue de 34.04% pues 32 fetos fallecieron.

SEGUNDO GRUPO

Las causas de esta mortalidad materna de 14.63% se detallan a continuación en las síntesis de las historias clínicas:

ECLAMPSIA ANTEPARTO: 2

1) **Historia N° 23.905**, paciente que presenta 4 ataques antes del tratamiento y numerosos después. Coma y defunción.

2) **Historia N° 35.197**, paciente que presenta 2 ataques antes del tratamiento. Coma y defunción.

ECLAMPSIA INTRAPARTO: 4

1) **Historia N° 24.884**, paciente que presenta 9 ataques antes del tratamiento y 2 después. Coma y defunción.

2) **Historia N° 23.949**, paciente que presentó 2 ataques antes del tratamiento y 2 después. Ocho días después fallece por edema pulmonar.

3) **Historia N° 23.099**, paciente que presentó 1 ataque antes del tratamiento y numerosos después. Muere a las 36 horas de su ingreso.

4) **Historia N° 33.285**, paciente que fallece por coma urémico y glomerulonefritis supurada (datos de autopsia).

TERCER GRUPO

TIPO DE ECLAMPSIA	Anteparto	Intraparto	Postparto	Mort./Global
Total de Casos	22	39	6	
Feto vivo al ingreso	17	35	0	
Feto muerto al ingreso	5	4		
Repitieron convulsiones	11	23	3	
No repitieron convulsiones	11	16	3	
PARIDAD Primíparas	14	29	6	
Secundíparas	3	5	0	
Tercíparas y más	5	5	0	
PARTOS Espontáneos	10	14		
Fórceps	1	18		
Cesáreas	8	4		
Ventosas	0	2		
Peso Fetal 1.000 a 1.500 grs.	5	4		
1.501 a 2.000 "	4	5		
2.001 a 2.500 "	4	7		
2.501 a 3.000 "	3	17		
3.001 a 3.500 "	2	4		
Feto al nacer VIVOS	11	31		
MUERTOS	11	8		19 = 31.14%
Mortalidad Perinatal	5	2		7 = 10.44%
Mortalidad Fetal Global	16	10		26 = 42.62%
Mortalidad Materna	4	3	0	7 = 10.44%

OBSERVACIONES

El análisis de este segundo grupo nos demuestra: 1) 32 pacientes repitieron las convulsiones lo cual equivale al 78.04% de fracaso en el tratamiento inicial. 2) Se intervino mediante cesárea al 12.19% de las pacientes, índice alto si se tiene en cuenta que la indicación de la operación fué solamente la toxemia. 3) La mortalidad materna fué de 14.63% correspondiente a 6 pacientes fallecidas.

TERCER GRUPO

Obsérvense los datos de mortalidad fetal y materna (42.62 y 10.44% respectivamente). Las causas de las defunciones maternas se resumen en las siguientes historias clínicas:

ECLAMPSIA ANTEPARTO: 4

1) **Historia Nº 31.824**, paciente que presentó un ataque y entró en coma. Fallece 47 horas después de su ingreso por accidente cerebrovascular.

2) **Historia Nº 54.903**, paciente que presentó 4 ataques antes del tratamiento, entra en estado de coma y muere a las 23 horas de haber ingresado. Autopsia: Hemorragia intrapeduncular del puente y edema pulmonar.

3) **Historia Nº 57.650**, paciente que presenta 4 ataques antes del tratamiento y 2 después. Fallece. Punción lumbar: (líquido hemático) (¿Hemorragia cerebral?).

4) **Historia Nº 56.128**, paciente que ingresa en coma, fallece y se le practica cesárea Post-mortem. Autopsia: Hemorragia cerebral extensa.

ECLAMPSIA INTRAPARTO: 3

1) **Historia Nº 28.597**, paciente que presentó 1 ataque antes del tratamiento y 2 después.

2) **Historia Nº 35.468**, paciente que presentó 6 ataques antes del tratamiento. Muere 6 horas después de su ingreso.

3) **Historia Nº 52.113**, paciente que presentó 1 ataque antes del tratamiento y 3 después. Muere 11 días después. Autopsia: Eclampsia "Grave".

CUARTO GRUPO

TIPO DE ECLAMPSIA	Anteparto	Intraparto	Postparto	Mort./Global
Total de Casos	180	121	45	
Feto vivo al ingreso	156	106		
Feto muerto al ingreso	24	15		
Repitieron convulsiones	26	32	6	
No repitieron convulsiones	154	89	39	
PARIDAD Primíparas	126	88	20	
Secundíparas	14	11	13	
Tercíparas	40	19	12	
PARTOS Espontáneos	108	54		
Inducidos	21	0		
Fórceps	36	51		
Cesáreas	13	15		
Espátulas	1	1		
Ventosas	1	0		
Peso Fetal 1.000 a 1.500 grs.	33	8		
1.501 a 2.000 "	34	9		
2.001 a 2.500 "	35	22		
2.501 a 3.000 "	30	38		
3.001 a 3.500 "	12	26		
3.501 a 4.000 "	3	8		
Fetos al nacer VIVOS	122	101		
MUERTOS	55	20		75 = 24.91 %
Mortalidad Perinatal	15	12		27 = 8.97 %
Mortalidad Fetal Global	70	32		102 = 33.88 %
Mortalidad Materna	9	4	4	17 = 4.91 %

OBSERVACIONES

Al analizar este grupo encontramos que: 1) 37 pacientes repitieron convulsiones lo cual corresponde a un 55.22% de fracaso inicial del tratamiento. 2) Se practicó la intervención cesárea a 12 pacientes lo cual equivale a 19.67% de frecuencia para este tipo de operación determinada solamente por el fracaso en el tratamiento médico de la eclampsia. 3) La mortalidad fetal global fué de 26 que corresponden a un 42.62%. 4) La mortalidad materna global fué de 7 pacientes a las cuales corresponde un porcentaje de 10.44%.

CUARTO GRUPO

Queremos hacer hincapié en el porcentaje de las mortalidades materna y fetal sobre cuyas cifras insistiremos adelante. Veremos en detalle las circunstancias y las causas de las defunciones maternas en los siguientes resúmenes de las historias clínicas correspondientes:

ECLAMPSIA ANTEPARTO: 9

1) **Historia Nº 58.452**, paciente que ingresó en estado de coma. Permaneció en el Instituto 55 minutos. Se practicó cesárea postmortem.

2) **Historia Nº 68.457**, paciente de 23 años que ingresó en estado de coma habiendo padecido 40 minutos antes un ataque. Fallece a los 50 minutos de su ingreso. Autopsia: Hemorragias múltiples en cerebro, hígado, corazón y diafragma.

3) **Historia Nº 68.729**, paciente que presenta 15 ataques antes de su ingreso. No repitió convulsiones en el Servicio. Muere a los 7 días de su ingreso en insuficiencia renal aguda. Autopsia: Hemorragia subaracnoidea, enfermedad vascular crónica hipertensiva.

4) **Historia Nº 38.831**, paciente que presentó 4 ataques antes de su ingreso. No repitió las convulsiones. Presentó en el puerperio accidente cerebrovascular. Autopsia: Hematoma intracerebral. Meningitis TBC.

5) **Historia Nº 72.894**, paciente que ingresó después de haber presentado 9 ataques no repitió las convulsiones pero permaneció en coma durante 8 horas y falleció por accidente cerebrovascular.

6) **Historia Nº 74.301**, paciente que ingresó en estado de coma por accidente cerebrovascular declarado luego de un ataque. Autopsia: Hemorragia subaracnoidea e intracerebral. Hipertensión arterial. Muere a las 6 horas.

7) **Historia**. Paciente que ingresa en estado de coma por accidente cerebrovascular. Se ignora la evolución previa. En el Servicio no hizo convulsiones.

8) **Historia Nº 27.012**, paciente que presentó 4 ataques antes del ingreso. No repitió las convulsiones. Falleció a las 9 horas por accidente cerebrovascular. Cesárea postmortem.

9) **Historia Nº 96.105**, paciente que presentó 1 ataque antes del ingreso y que fallece 7 horas después de hemorragia cerebral severa comprobada a la autopsia. Se practicó cesárea post mortem.

ECLAMPSIA INTRAPARTO: 4

1) **Historia Nº 61.270**, paciente de 22 años que ingresó en estado comatoso con signos de hemorragia cerebral y desprendimiento prematuro de placenta normoinserata. Murió a los 60 minutos de su ingreso.

2) **Historia Nº 76.454**, paciente que presenta 8 ataques antes del ingreso y 2 después. Parto gemelar con fetos muertos. Muere por necrosis tubular aguda. Autopsia: Hemorragias subpiales.

3) **Historia Nº 80.626**, paciente que hizo 7 ataques antes de su ingreso y 2 después del tratamiento, en el último hizo accidente cerebrovascular que provocó la muerte. Tratamiento I.M.I. insuficiente.

4) **Historia Nº 70.132**, paciente que presentó 2 ataques antes del ingreso y 5 después. Falleció 2 días después del parto. Autopsia: Bronconeumonía bilateral. Edema agudo del pulmón. Hemorragia cerebral en los núcleos grises izquierdos.

ECLAMPSIA POSTPARTO: 4

1) **Historia Nº 53.676**, paciente que ingresa después de numerosos ataques y parto en la casa. Coma y muerte. Autopsia: Hemorragia cerebral - Edema pulmonar.

2) **Historia Nº 76.242**, paciente que ingresa después de haber tenido su parto. Hace un ataque y accidente cerebrovascular. Fallece a las 11 horas de su ingreso.

3) **Historia Nº 76.025**, paciente que presenta muerte súbita. Autopsia: Insuficiencia renal aguda (sin diagnóstico clínico).

4) **Historia Nº 91.242**, paciente que presenta 20 ataques antes del tratamiento -ingreso presenta accidente cerebrovascular. Permaneció 3 horas hospitalizada. Autopsia: Hemorragia cerebral, inundación ventricular.

OBSERVACIONES

Debemos insistir en las siguientes deducciones: 1) De 346 pacientes tratadas por el método "IMI" sola-

mente 64 de ellas o sea el 18.49% repitieron las convulsiones una vez iniciado el tratamiento. Cabe anotar que en algunas de ellas el fracaso inicial se debió a la insuficiencia en la administración de la terapia. 2) Solamente se practicaron 28 cesáreas (9.30%) que tuvieron como indicación alguna causa obstétrica pura ya que no se efectuó ninguna de ellas por la Eclampsia. 3) En el 28.90% de los casos se aplicó el fórceps como medida profiláctica. 4) La mortalidad fetal global fué de 33.88%. 5) La mortalidad materna global fué solamente de 4.91%.

Análisis de la Mortalidad

Hemos querido hacer de este aspecto del trabajo un comentario general al respecto. A fin de observar comparativamente las cifras presentamos el cuadro siguiente que incluye los datos de los distintos grupos de tratamiento:

GRUPO	I	II	III	IV
Mortalidad Fetal	34.04%	53.65%	42.62%	33.88%
Mortalidad Materna	18.36%	14.63%	10.44%	4.91%

Deseamos hacer énfasis en el hecho de que estas estadísticas no han sido depuradas. Deliberadamente prescindimos de la depuración a fin de presentar hechos escuetos e imparciales. No hemos querido mostrar solamente la bondad de un determinado tipo de tratamiento sino también observar la trascendencia global desde el punto de vista pronóstico de la Eclampsia. Para confirmar lo anterior basta con observar cómo la mortalidad fetal con el tratamiento "IMI" (33.88%) se hubiera reducido a 20.93% solamente con excluir de la estadística aquellos casos de pacientes que

ingresaron al Instituto portando un feto muerto in útero. De igual manera se hubiera podido reducir aún más la mortalidad fetal dejando a un lado aquellos casos con fetos cuyo peso lindaba con la viabilidad o aún estaban por debajo de ella.

Procedimos de igual manera con la mortalidad materna de cuyas estadísticas hubiéramos podido excluir aquellos casos cuya gravedad intrínseca por las complicaciones a que hubieran dado lugar determinaban la muerte fuera cual fuera el tratamiento empleado y bajo cuyo pronóstico fatal ingresaron al Servicio.

A pesar de las circunstancias anteriores veremos en el cuadro siguiente cómo la mortalidad materna por

Eclampsia ha descendido de manera radical a través de los últimos 8 años en el Instituto Materno Infantil.

Año	Total de Partos	Número de Eclampsias	Incidencia de Eclampsias %	Pacientes muertas por Eclampsia	Porcentaje de mortalidad por Eclampsia
1954	7.004	55	0.78 %	10	0.14 %
1955	7.526	46	0.61 %	10	0.13 %
1956	8.738	53	0.60 %	7	0.08 %
1958	9.281	54	0.58 %	5	0.05 %
1959	10.648	84	0.78 %	2	0.02 %
1960	11.916	88	0.74 %	8	0.06 %
1961	13.165	102	0.77 %	3	0.02 %
1962	13.911	70	0.50 %	3	0.02 %

Obsérvese cómo en el año 1954 la mortalidad por Eclampsia era para un volumen de 7.004 pacientes de 0.14% mientras que en el año 1962 para 13.911 solamente fué de 0.02%.

* * *

El siguiente cuadro estadístico establece la comparación de resultados

obtenidos en trabajos tanto nacionales como extranjeros:

AUTOR	PAIS	Mortalidad Materna	Mortalidad Fetal
Ortiz y Gamboa y cols. (4)	Colombia	22.3 20.57 y 11.84% (*)	44 %
Dieckman (5)	U. S. A.	21.00 13.00 y 16.00% (**)	22 %
Aguero y cols. (6)	Venezuela	20.4 %	23 %
Olivares y cols. (7)	México	20.0 %	45.90 %
Sanz Aráoz (8)	Colombia	12.5 %	25 %
Silva y cols. (9)	Colombia	12.0 %	39 %
García y Bunster (10)	Chile	10.69 %	
Arcay Sola y cols. (11)	Venezuela	8.45 %	30.70 %
Mayorga y cols. (12)	Chile	6.9 y 10.2% (**)	18.1 y 35.7 %
Adams y cols. (13)	U. S. A.	6.8 %	23.5 %
Gómez Palacino (14)	Colombia	6.2 %	43.1 %
PUGA y cols. (15)	Chile	5.0 %	33.4 %
Páez Vargas	Colombia	4.91 %	33.88 %
Martínez y cols. (16)	Colombia	4.0 %	12.9 %

(*) Mortalidad preparto, intraparto y postparto.

(**) Con cesárea y con tratamiento médico.

* * *

Del estudio del cuadro estadístico anterior se concluye que los datos aportados en los trabajos nacionales son ampliamente satisfactorios puesto que demuestran dos hechos fundamentales: 1) Que la mortalidad tanto materna como fetal se ha ido reduciendo en forma progresiva y 2)

Que de las estadísticas consultadas dichos datos son los más reducidos. Las estadísticas publicadas por Martínez, Gómez, Sánchez y Silva, (16) cuyos resultados fueron obtenidos también con el tratamiento "IMI" al igual que las nuestras, son francamente alentadoras.

RESUMEN

Se hace un recuento de la evolución histórica de la terapia anticonvulsivante empleada en la Eclampsia a partir de 1745. Se esquematizan los diversos tipos de tratamiento empleados en el INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTA a partir del año de 1954. Se presentan los resultados obtenidos con dichos tratamientos. Se establecen las comparaciones estadísticas respectivas así como también con los datos obtenidos en publicaciones extranjeras.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento de la Eclampsia a través de los tiempos ha tropezado con los inconvenientes inherentes al desconocimiento de la razón íntima y fundamental del síndrome.

2. Las modernas adquisiciones y aportes de la medicina han permitido vislumbrar y aclarar algunos de los fenómenos, signos y síntomas de la toxemia gravídica.

3. El conocimiento de la fisiopatología de la Eclampsia ha permitido la modificación del criterio terapéutico haciendo racional y lógico su tratamiento.

4. El descubrimiento de medicamentos tales como los neuroplégicos ha hecho menos sombrío el pronóstico de la Eclampsia.

5. La fundación y organización de Departamentos o Servicios especializados dentro de las Instituciones asistenciales ha dado magníficos resultados.

6. La dedicación de personal médico a la investigación ha permitido el avance, conocimiento y divulgación de procedimientos cada vez más eficientes

en el control y tratamiento de la toxemia del embarazo.

7. La mortalidad materna ha descendido, de acuerdo con nuestra revisión de 18.36 a 4.91% en el corto lapso de 8 años.

8. La mortalidad fetal, no ha disminuído en la misma proporción pero los resultados a pesar de ello son satisfactorios.

9. En nuestro medio los resultados obtenidos con el tratamiento "I. M.I." son muy halagadores y demuestran la bondad elocuente de sus bases fisiopatológicas y método.

10. Del estudio comparativo hecho en este trabajo podemos concluir que el tratamiento "IMI" es el que mejores resultados ha dado en nuestro medio y por lo tanto es recomendable su uso.

11. La adopción de medidas profilácticas y una campaña educacional y sanitaria se imponen por parte de los organismos respectivos pues la incidencia de toxemia en nuestro país refleja graves fallas en el sistema.

BIBLIOGRAFIA

- 1 WALKER, W. and BAKER, Jr. A comparison study of antihypertensive drug therapy and the modified Stroganoff method in the management of severe toxemia of pregnancy. *Am. J. Obst. y Gynec.* 81: 16, 1961.
- 2 GOMEZ PALACINO, J. A. Etiopatogenia de la Toxemia Gravídica. *Rev. Colomb. de Obs. y Gin.* 10: 399, 1959.
- 3 SANCHEZ TORRES, F. Tratamiento de la Preeclampsia-Eclampsia. *Rev. Colomb. de Obs. y Gin.* 10: 410, 1959.
- 4 ORTIZ y cols. Mortalidad Materna. *Rev. Colomb. de Obs. y Gin.* 5: 95 1954.
- 5 DIECKMAN, W. J.: *The Toxemias of Pregnancy*, ed. 2. St. Louis, 1954, The C. V. Mosby Company.

- 6 AGUERO, O. y cols. Toxemias en la Maternidad. "Concepción Palacios" en 1954 Rev. de Obs. y Gin. de Venezuela. 4: 1.285, 1955.
- 7 OLIVARES, J. y cols. Avances en estudio y tratamiento de la Toxemia Gravídica. Rev. de Obs. y Gin. de México. 16: 479, 1961.
- 8 SANZ, MARIO. Tratamiento de la Eclampsia del Puerperio con Pentotal. Rev. Colomb. de Obs. y Gin. 8: 135, 1957.
- 9 SILVA y cols. Tratamiento de la Toxemia Gravídica. Rev. Colomb. de Obs. y Gin. 9: 261, 1958.
- 10 GARCIA y BUNSTER. Mortalidad Materna. Rev. Chilena de Obs. y Gin. 26: 472, 1961.
- 11 ARCA Y SOLA y cols. Toxemias del Embarazo. Rev. de Obs. y Gin. de Venezuela. 19: 313, 1959.
- 12 MAYORGA, L. y cols. Cesárea en la Eclampsia. Rev. Chilena de Obs. y Gin. 26: 294, 1961.
- 13 ADAMS, J. Q. and C. Meron. W. The management of Eclampsia. Am. J. Obst. y Gynec. 80: 253, 1960.
- 14 GOMEZ PALACINO, J. A. Sulfato de Magnesía Intrarraquídeo en el tratamiento de la Eclampsia. Rev. Colomb. de Obs. y Gin. 8: 141, 1957.
- 15 PUGA, J. A. y cols. El tratamiento de la Eclampsia convulsiva con perfusión prolongada de Pentotal Sódico. Revista Chilena de Obs. y Gin. 26: 434, 1961.
- 16 MARTINEZ C. y cols. Resultados en 125 casos de Eclampsia. Memorias del III Congreso Uruguayo de Ginecología. Tomo II: 193. 1960.

* * *

PRIMER CURSO DE CELIOSCOPIA EN GINECOLOGIA
SEGUNDO CURSO DE COLPOSCOPIA Y CITOLOGIA
EN GINECOLOGIA

del 12 al 17 de Diciembre de 1966

BARCELONA

Se llevará a cabo en el Instituto Provincial de Maternidad de Barcelona y en el Centro de Lucha contra el Cáncer de la misma ciudad.

Inscripciones:

Señorita M. TRIAS — C. L. C.
Instituto Provincial de Maternidad de Barcelona
Las Cortes - Barcelona

Valor del Curso: 3.000 ptas.