Tratamiento de la Preeclampsia

Profesor Agregado: Jaime Corral Maldonado. Jefe de Clínica: Eugenio Pérez Gómez.

Interno: Carlos Gaitán.

El tratamiento profiláctico de la preeclampsia y por consiguiente de la eclampsia está basado en la estricta vigilancia de las pacientes durante el embarazo, como quiera que es un hecho aceptado que la toxemia gravidica se evita mucho más efectivamente con medidas de higiene que con tratamiento medicamentoso; por lo tanto la vigilancia médica durante el embarazo no sólo debe extremarse, sino que debe iniciarse tan precozmente como sea posible y en cada consulta prenatal, que debe ser mensual durante los primeros 6 meses y quincenal en el último trimestre; ha de controlarse rigurosamente el peso de la paciente, la tensión arterial, la presencia de edemas, y la albuminuria posible. En cada consulta prenatal se instruirá a las pacientes sobre los signos y síntomas que habitualmente inician el estado preeclámptico, para que así ella consulte al médico oportunamente.

Cuando aparece el estado preecláptico, el cual se manifiesta por un aumento progresivo o brusco de la tensión arterial, acompañado generalmente de albuminuria y edemas, de aumento exagerado del peso de cefalalgias, perturbaciones visuales, dolor epigástrico, etc., etc., lo indicado es hospitalizar a la paciente, pero si ésto no fuere posible reducirla a reposo absoluto en la cama y someterla a vigilancia médica diaria. El control diario de la tensión arterial, del peso, de la albuminuria, de los edemas y demás síntomas, es esencial para poder juzgar sobre la evolución de la tensión y por consiguiente sobre la conducta que haya de seguirse, como quiera que un estado preecláptico aun leve debe determinar una eclampsia.

En los casos de preeclampsia leve, que muchas veces no se traduce sino por huellas de albúmina en la orina, aumento de peso semanal superior a 300 gramos, edemas ligeros y tensión arterial con máxima de 150 y mínima de 100, debe medirse rigurosamente la cantidad de orina eliminada en 24 horas como base para apreciar la cantidad de líquido que se puede admitir que ingiera la paciente, cantidad que debe ser siempre inferior al volumen eliminado. Durante las primeras 24 horas la dieta consistirá exclusivamente en 1.200 centímetros cúbicos de leche, periodo que según el caso puede prolongarse por uno o dos días, pasados los cuales se podrá permitir un régimen compuesto de 60 gramos de proteínas, 30 gramos de grasas, 400 gramos de hidratos de carbono, y como máximo 1,60 gramos de cloruro de sodio, régimen que suministra 2.000 calorías.

Como complemento del régimen, y como tratamiento medicamentoso se administrará por vía oral una solución saturada de sulfato de magnesia por copas repetidas cada una o dos horas, hasta producir diarrea serosa, la cual se mantendrá en los días siguientes con dosis más reducidas.

Por lo general con este simple procedimiento se logra hacer bajar la tensión arterial y hacer desaparecer los edemas. Si a pesar de dicho tratamiento la tensión arterial sube, aumenta la albuminuria, se acentúa la cefalalgia y las perturbaciones visuales o aparecen éstas si antes no existían, si persisten los edemas y aparece oliguria progresiva, signos que caracterizan la preeclampsia grave, se procederá sin pérdida de tiempo a obtener la sedación del sistema nervioso central y la estimulación de la diuresis.

En el Instituto se emplean desde hace muchos años el gardenal y el sulfato de magnesia por vía parenteral como sedantes del sistema nervioso y del espasmo muscular. El gardenal se puede administrar por vía oral en dosis de 0.10 a 0.30 gramos diarios o por vía parenteral en dosis de 0.20 gramos cada 12 ó 24 horas, según el caso. El sulfato de magnesia se administra por vía parenteral en dosis de 5 a 10 c.c. de solución al 10% administrados intramuscularmente o de solución al 20% administrados por vía intravenosa cada 8 a 12 horas según el caso. Para estimular la diuresis se emplean las soluciones concentradas de dextrosa, administradas por vía intravenosa, en la siguiente forma: Solución al 20%, 500 centímetros cúbicos, solución al 33%, 50 centímetros cúbicos, solución al 50%, 30 centímetros cúbicos, repetidas cada 12 ó 24 horas.

De ordinario con este tratamiento desciende la tensión arterial por lo menos se mantiene estacionada, aumenta la diuresis y disminuyen los edemas. Si a pesar de él la hipertensión se acentúa, la albuminuria aumenta, y los demás síntomas se agravan, en cualquier momento pueden aparecer las crisis convulsivas con todas sus graves consecuencias para la madre y para el niño. En tales casos habiendo sido atentamente vigilada y rigurosamente tratada la paciente, debe procederse sin dilación a provocar el parto mediante inducción médica o a extraer el feto por operación cesárea, ya que la preeclampsia grave que no cede al tratamiento médico es una de las afecciones que más seriamente amenaza la vida del feto y que además puede acarrear graves consecuencias para la salud presente y futura de la madre.

El resumen de los tratamientos empleados en el Instituto fue el siguiente:

Tratamiento médico	465	75.8%
Operación cesárea	29	4.6%
Aplicación de forceps	63	10.2%
Basiotripsia	1	0.1%
Extracción podálica	1	0.1%
Sin dato	63	10.2%
Total de casos	622	

Las aplicaciones de forceps en la mayoría de los casos, tuvieron como única indicación la preeclampsia, pero en algunos otros a esta se asociaron otras indicaciones; la cesárea se practicó casi siempre por distocias concomitantes del estado pre-eclámpico.