

## **Tratamiento de la Toxemia Gravídica**

*Estudio sobre 199 casos de toxemia efectuado en el "Servicio de Toxemias" del Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta.*

*Trabajo presentado al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología reunido en Ibagué del 4 al 7 de Diciembre de 1956, por los doctores:*

Carlos R. Silva Mojica, *Profesor Agregado de Clínica Obstétrica. — Jefe del Servicio de Toxemias.*

Jaime Ramírez Sánchez, *Asistente de Cátedra de Clínica Obstétrica.*

Jesús A. Gómez Palacino, *Asistente de Cátedra de Clínica Obstétrica.*

Bogotá, D. E.

*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 fué 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 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 fué 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 fué 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 mg. 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 mg.), cada 12 horas u 8 horas. (1), (2), (3). En algunos casos, con grandes edemas, se agregó acetazolamida.

*Tratamiento II:* Indicado en eclampsia del preparto y del parto, consistente en Sulfato de Magnesia al 20% (de la casa Cup) intraraquídeo 3 c.c., seguido de aplicación intravenosa de clorpromazina 50 mg. 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 postparto, consistente en la aplicación intravenosa de 0.50 gr. a 1 gr. de pentothal disuelto en 500 c.c. a 1.000 c.c. de Dextrosa al 10% en agua e inhalación simultánea de O<sub>2</sub>.

*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 postparto.

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

*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 de enero de 1956 a 30 de septiembre de 1957).

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

Nº 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 estadísticos.

Nº pacientes: 49.

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

Edad	{	15-19 años: 9 casos
		20-24: 12 casos
		25-29: 15 casos
		30-34: 7 casos
		más de 35: 6 casos

Edad de Embarazo	{	9 meses: 33 casos
		8 meses: 10 casos
		7 meses: 5 casos
		6 meses: 1 caso

Tipo de Embarazo	{	Embarazo único: 43 casos
		Embarazo gemelar: 6 casos

*Datos sobre TA:*

Mx. superior a 160: 35 casos.

Mx. de 160 o menos: 14 casos.

Mayor frecuencia de TA Mx: 170: 11 casos.

TA Mx. de 200 o más: 9 casos.

Mayor frecuencia de TA Mma: 100: 11 casos.

TA Mma. de 80 o menos: 5 casos.

Edemas	{	No apreciable: 7 casos	{	leve: 18 casos
		Apreciable: 42 casos		mediano: 9 casos
				grande: 15 casos

Proteinuria	{	Sin examen: 7 casos	
		Huellas: 5 casos	
		Menos de 50 gr: 9 casos	
		Mayor frecuencia: 0.50 gr. - 1.49 gr.: 20 casos	
		{	Límite máximo: 6 gr. 1 caso

Cilindruria (c. granulosos): 28 casos (en 42 exámenes).

Azoemia: 47% en 1 caso. Normal en el resto.

Uricemia: 8% en 1 caso. Normal en el resto.

*Parto:*

Espontáneo: 31 casos

Inducción: 8 casos

Forceps: 7 casos

Cesárea: 2 casos (desproporción y sufrimiento fetal).

Versión interna: 1 caso.

Embriotomía: 1 caso (Pr. hombro con feto muerto).

No hubo parto: 1 caso (salió en mismo estado obstétrico).

En un caso de inducción se hizo también aplicación de forceps.

*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 grs. o más) : 34 casos.

Prematuros (menos de 2.500 grs.) : 21 casos.

*Estado del niño al nacer*

Bueno : 41 casos

Regular : 6 "

Malo : 4 "

Mortinato : 3 "

No hubo parto : 1 caso

*Anestesia empleada en el parto*

Se aplicó anestesia : 9 casos	{	éter : 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 "

Sin dato: 1 "

*Datos sobre los niños muertos:*

- 1 — Murió a los 15 días. (prematureo 7 meses).
- 2 — Muerte in útero a pesar del intenso tratamiento. Mortinato. (embarazo de 7½ meses).
- 3 — Murió a los 3 días por bronconeumonía. (embarazo de término).
- 4 — Feto muerto in útero al ingreso. Presentación de hombro.
- 5 — Muerto in útero a los 10 días de tratamiento (embarazo de 7 meses).
- 6 — Murió a los 14 días. Gemelo. (8½ meses de embarazo).
- 7 — Feto muerto in útero al ingreso. (7½ meses de embarazo). Mortinato.
- 8 — Murió a los 20 días por neumonía y oclusión intestinal. (8 meses de embarazo).
- 9 — Murió a los 7 días por neumonía aspiratoria (embarazo de 7 meses).
- 10 — Murió a los 10 días por neumonía. (embarazo de término).
- 11 — Cesárea por sufrimiento fetal. El niño murió a las 2 horas. (feto de término).
- 12 — Gemelo, murió a las 24 horas. (prematureo de 7 meses).
- 13 — Muere in útero a pesar del tratamiento. (Embarazo de término).

*NOTA:* Tan sólo en 3 casos el tratamiento falló en cuanto a evitar la muerte del feto in útero (Nos. 2, 5 y 13).

En otros dos muertos in útero (Nos. 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 preeclámpicas:

13 casos (27%).

#### *Mortinatalidad*

Por preeclampsia: 3 casos (5.5%).

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

### ECLAMPSIA

#### *Datos estadísticos*

Nº de casos: 137.

Eclampsia del embarazo: 32 casos: 24%.

Eclampsia del trabajo: 59 casos: 43%.

Eclampsia del trabajo y postparto: 20 casos: 15%.

Eclampsia del post-parto: 26 casos: 18%.

#### *Edad de las pacientes:*

Menos de 15 años: 2

15-19 " 52

20-24 " 42

25-29 " 11

30-34 " 11

35-40 " 9

Sin dato: 10

Mayor frecuencia: 18 años. (22 casos).

#### *Paridad:*

Primíparas: 91 (66%).

Múltiparas: 43

Sin dato: 3

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

9 meses:	44	casos
8½ "	24	"
8 "	25	"
7½ "	8	"
7 "	10	"
6½ "	2	"
6 "	4	"
5½ "	1	"
Puerperio:	19	"

*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 grs.: 11 casos.

Mayor frecuencia: 0.50-2 gr.: 42 casos.

Límite máximo: 8.50 gr.: 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 postparto).

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:*

Nº 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

Forceps: 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)

Nº 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 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:*

20 minutos:	1 caso.
menos de 12 horas:	18 casos.
1 a 13 días:	17 casos.
24 horas:	13 casos (mayor frecuencia).

*Datos del parto:*

Espontáneo:	21.
Forceps:	13.
Cesárea:	1 (desprendimiento de placenta n. i.).
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 24 horas: 5.

Mortalidad infantil global: 15 (36%).

*Observaciones sobre las 5 pacientes fallecidas (con trat. 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 sólo 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. A utopsia en 1 caso).

En 1 caso: desfallecimiento cardiovascular.

*Datos sobre la mortalidad post-natal:*

1º - Murió a los 18 días.

2º - Murió a los 16 días.

3º - Murió a los 13 días, por bronconeumonía.

4º - Murió a los 2 días por bronconeumonía.

5º - Murió a los 6 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.

Nº de casos: 45	{	eclampsia del embarazo: 31.
		eclampsia del trabajo: 14

*Estado físico del recién nacido:*

A término: 23.

Prematuros: 22.

Vivo 27 { Buen estado: 11.  
          { Regular: 16.

Mortinatos: 12.

Muertos in útero: 5.

*Duración del tratamiento antes del parto:*

1/2 hora: 1 caso.

Menos de 12 horas: 15 casos.

1 a 13 días: 29 casos.

Mayor frecuencia: 24 horas (16 casos).

*Datos del parto en eclampsia con trat. II.*

Espontáneo: 23.

Forceps: 12.

Cesárea: 3 (1 por sufrimiento fetal y 2 por fracaso del trat. 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 trat. 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 tri-lene. En 5 casos se aprovechó el efecto anestésico del Sulfato intrarraquídeo.

*Observaciones sobre las 5 pacientes fallecidas (con trat. II).*

- 1º — Embarazo de término con feto vivo. Eclampsia del trabajo. TA: 140/110. 7 convulsiones. Sepsis puerperal. Como urémico az.: 95). Murió a los 7 días del parto.
- 2º — 8 meses de embarazo. TA: 190/110. Proteinuria: 7.77. Cilindros granulosos. Líquido cefaloraquídeo hemático. Murió antes del parto.
- 3º — 7½ meses de embarazo. TA: 160/140. Convulsiones: 8. Líquido céfalo raquídeo hemorrágico. Murió antes del parto.
- 4º — Embarazo de término. Convulsiones 10. Coma. TA: 160/100. Bronconeumonía. Ruidos fetales dudosos. Muere antes del parto. Tratada por 3 días.
- 5º — Embarazo de 8 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 postnatal (eclampsia Trat. II).*

- 1º - Prematuro atelectasia pulmonar. Muere a los 3 días.
- 2º - Prematuro bronconeumonía. Muere a los 16 días.
- 3º - Prematuro bronconeumonía. Muere a los 7 días.
- 4º - A término bronconeumonía. Muere a los 21 días.
- 5º - Premauro. Atelectasia. Muere a los 2 días.

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

## CUADRO II

### TRATAMIENTO II

Largactil — Dextrosa — SO 4 Mg. IR.

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 Trat. II.
	}	1: Sufr. fetal.
Prematuros: 22 casos.		

### RESULTADOS DEL TRATAMIENTO III EN LA ECLAMPSIA

Pentotal Dextrosa . v. i. v.

	{	E. del embarazo: 1 (falleció).
		E. del trabajo: 2
Nº de casos: 24	{	
		E. del trabajo y parto: 2.
	{	E. del puerperio: 19. (1 falleció).

*Estado físico del recién nacido:*

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

*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.

Anestias en ningún caso.

*Mortalidad materna en eclampsia* (con trat. III); 2 (8%).  
(una eclampsia del embarazo y una del puerperio).

*Observaciones sobre estas muertes:*

1º — Primigestante de 8½ meses; ingresó en coma, con feto muerto in útero. 6 convulsiones. Tratada durante 6 horas. Fallece antes del parto.

2º — Paciente que ingresa en puerperio. TA: 130/60. Azohemia: 60. Tratada durante 5 días. Fallece.

*Observaciones sobre la mortalidad post natal:*

2 prematuros que mueren al 2º y tercer día con atelectasia pulmonar.

### CUADRO III

#### TRATAMIENTO III

Pentotal — Dextrosa i. v.

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

24 Eclampsias	{ Puerperio: 19
	{ Emb. y Trabajo: 5
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 ésta 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 trat. II (sulfato de mg. intraraquídeo.

Tratamiento I - II Nº 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 6 días y el otro a los 16).

Datos del parto: { Espontáneo: 7.  
                          { Forceps: 4.

*Mortalidad materna* (trat. I - II): 3 casos.

*Observaciones sobre la mortalidad materna:*

1º - **Múltipara** de 8½ meses. Ingresa en estado eclámptico. Muere el feto in útero. E nel puerperio presenta psicosis; fallece súbitamente al tercer día. La autopsia revela: bronconeumonía. Hipertrofia cardíaca y comunicación congénita interauricular.

2º - **Secundípara**. Ingresa con ataques. Se insiste con tratamiento I a pesar de seguir con ataques. Se aplica luego trat. II. Inducción. Forcept. Feto mortinato. falleció 24 horas después del parto.

3º - 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 trat. I. Presentó 15 ataques convulsivos en total. Falleció a las 16 horas del parto.

*Tratamiento I adicionado del tratamiento III:*

Fué aplicado sobretodo en pacientes con eclampsia del parto y pos parto o del post parto sólamente.

Nº 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.  
 Forceps: 1.  
 Ventosa: 1.  
 Cesárea: 2 (en ambos casos el trat. 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 forceps.  
 Mortalidad materna: 0.  
 Mortalidad fetal: 0.  
 Mortalidad post natal: 1 (prematuro murió a los 7 días por hematoma producido por la ventosa).

*Tratamiento II adicionado del Tratamiento III:*

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

Nº 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 caso (sale en mismo estado obstétrico).

*Estado físico del recién nacido:*

Prematuros: 3.  
 A término: 2.  
 Mortinatos: 3.

Mortalidad post natal: 1 (murió a las 24 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 15 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 Trat. II).

#### *Resultados del tratamiento en la afección hipertensiva*

Tipo de tratamiento: trat. I (largactil) adicionado de hipotensores (apresolina, unitensin, vertavis, exametonio, etc.) y acetazolamida a veces. Un caso fué intervenido por cesárea debido al fracaso de los hipotensores y de 2 inducciones.

Nº de casos: 13 { con toxemia aguda agregado: 6  
                          { sin toxemia ag. ag.: 7

#### *Edad de los pacientes:*

19 años: 1. La edad de las restantes osciló entre 28 y 41 años.

*Edad del embarazo:*

De término: 1 caso

8 meses: 5 "

7 " 3 "

6½ " 2 "

4 " 2 "

*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

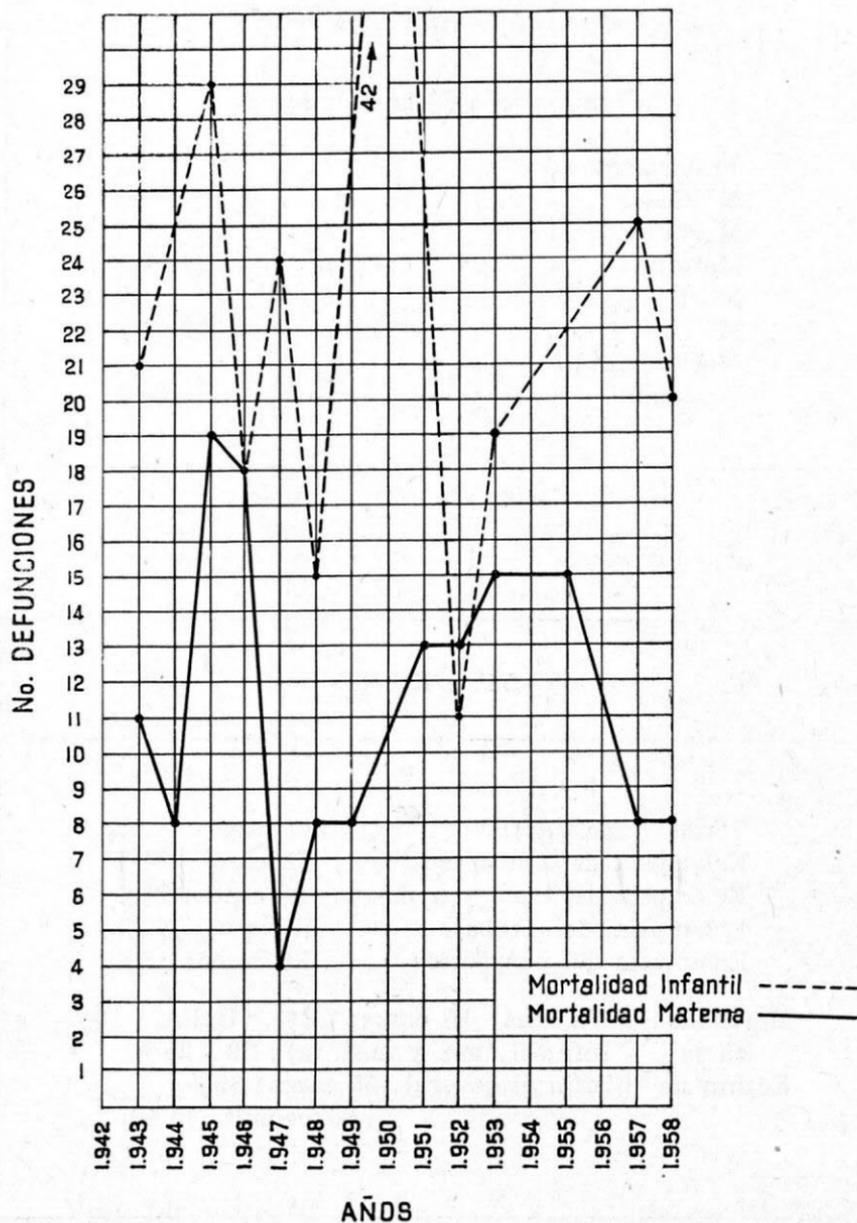
Tratamiento	:	I	II
Nº Casos	:	41	45
Mortalidad		5	5
Materna	:	(12%)	(11%)
Mort. Infantil	:	10	17
M. i. u. y mn.	:	(24%)	(37%)
Mort. Infantil			
Post-natal	:	5	5

*CUADRO VI*

Totales - Eclampsias:	137 casos
Eclampsia del embarazo:	32 casos: 24%
Eclampsia del trabajo y puerp.:	20 casos: 25%
Eclampsia del trabajo	59 casos: 43%
Eclampsia del puerperio:	26 casos: 18%

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

## CUADRO VII

MORTALIDAD MATERNO INFANTIL  
Por TOXEMIA EN EL INSTITUTO

## CONCLUSIONES:

1º — 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 prenatal especializada que contemple programas de educación para las embarazadas. En nuestra estadística, tan solo el 9% de las pacientes tuvieron algún control prenatal deficiente.

2º — 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.

3º — 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 10 años anteriores) (9).

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

5º — Posiblemente ésta sea la mayor experiencia presentada en Colombia sobre el tratamiento de la eclampsia con sulfato introrquídeo (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 recomendados otro tipo de tratamiento en la eclampsia, especialmente los basados en las modernas drogas neurológicas e hipotensoras.

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

7º — 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.

8º — El tratamiento de la Afección hipertensiva dió resultados buenos en cuanto a mortalidad pero malo o regular en cuanto a determinar descenso apreciable de la T. A.

9º — 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 toxemia, 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 postnatales; 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. 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: 1423. 1952.
- 4) ARNEDO RAMOS, R. *Sulfato de magnesia intrarraquídeo 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 intrarraquídeo 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.