

## PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA GESTOSIS TARDIA

Prof. Agdo. Dr. ALFONSO GIAMPIETRO

### GESTOSIS TARDIA — PRONOSTICO

L A gestosis tardía en sus múltiples formas tiene una evolución grave y a veces mortal si se abandona a sí mismo. Sea cual fuere la intensidad de la gestosis ella es progresiva.

Tratada convenientemente se evita la muerte. Hay cuadros clínicos y de pronóstico benigno como la albuminuria gravídica, el hidrops aislado, etc. Pero hay formas clínicas que por su brusquedad no dan tiempo a efectuar una terapéutica íntegramente eficaz.

Citamos entre ellas el shock obstétrico, la eclampsia, el ictus cerebral, desprendimiento retro placentario, todos cuadros de pronóstico severo y muchos de ellos una vez establecidos es difícil yugularlos. Según las estadísticas la incidencia mayor en la muerte materna y fetal en el estado grávido puerperal es la de las gestosis tardía. Debemos decir que el pronóstico inmediato es serio.

El pronóstico alejado puede dar secuelas con repercusión en el árbol vascular, riñón, hígado o cerebro. No hay duda que con la mayor atención que se presta a las grávidas siguiendo los preceptos de la higiene prenatal, por los controles sucesivos de las mismas, por las búsquedas minuciosas de los primeros síntomas y signos de la afección hacen que el pronóstico se haya mejorado en estos últimos tiempos.

Pero es necesario para ello un riguroso control de las pacientes y de una terapéutica dietética, y medicamentosa precoz, que muchas veces por razones sociales o de organización no se cumplen como sería lógico de hacerlo. Debemos considerar al hablar del pronóstico los dos factores que intervienen en el estado gravídico es decir, la madre y el feto. El estado evolutivo de la afección es decir, ya sea en el período pre-eclámptico o de la eclampsia.

La gestosis tardía, según su grado de intensidad, repercutirá en la madre y en el feto trayendo trastornos más o menos intensos según el toque que en los diversos sistemas tome la afección.

En la madre: puede como pronóstico inmediato llevar a esta paciente a la eclampsia o al hematoma retro-placentario o al ictus cerebral o al shock obstétrico o al coma o a las hemorragias hepáticas, etc., lo mismo, ya lo hemos dicho, a la muerte. Todas ellas etapas de una afección que entraña,

a no dudarle, la complicación que más incógnitas ofrece la obstetricia.

La pre-clampsia expone a la madre a alteraciones renales definitivas o a la hipertensión arterial, o lo mismo a la insuficiencia ventricular, o deja secuelas cerebrales o hepáticas de muy difícil reversibilidad. Esto no quiere decir que a veces tenga una restitución ad integrum.

El pronóstico fetal en la pre-clampsia es importante. El feto suele morir en el útero o puede nacer prematuramente, de allí que la mortalidad fetal se encuentre agravada porque en general estos fetos que nacen prematuros mueren posteriormente en el mayor número de los casos, quiere decir que la repercusión de la gestosis en ellos es de un pronóstico serio, no basta conseguir el feto vivo sino que es necesario que ese feto esté en las condiciones necesarias para poder solventar la impregnación gestósica que ha tenido antes de su nacimiento. El pronóstico fetal se explica por el arterioespasmo, por la anoxia materna, por la transmisión placentaria de valencias ácidas, por el desprendimiento prematuro de la placenta inserta en el útero y además por todos aquellos factores que intervienen sobre el prematuro en general y de la gestósica en particular.

**Eclampsia.**— De la eclampsia debemos decir que el pronóstico es sumamente grave para el binomio feto-materno. Entre los elementos a considerar debemos tener en cuenta: el momento de la aparición del ataque eclámpico, éste puede aparecer en el embarazo, en el parto o en el puerperio o empezar en cualquiera de los períodos y continuar siendo más grave el pronóstico de la eclampsia en la púérpera que en la embarazada o en el parto. Hay autores que consignan mayor frecuencia de la eclampsia en el parto. Se habla de la paridad dando más gravedad a la multípara que a la primípara, esto ha sido muy discutido. También se tiene en cuenta el número de ataques convulsivos, seguidos o no de coma o la persistencia del mismo. Se ha tenido en cuenta también para el pronóstico los elementos de juicio: coma, presión, pulso, temperatura, respiración, dándole valor como elemento de gravedad a la hipertemia, a la hipertensión, a la taquicardia (más de 120) o la disnea (35 o más) así como a la edad de la paciente, siendo más grave en aquellas de más de 35 años. Lo mismo que la existencia de elementos que indican repercusión visceral, hepática, renal, cerebral, cardíaca, etc. Debemos considerar en el pronóstico las complicaciones que trae la eclampsia, entre ellas tenemos las complicaciones cerebrales (ictus cerebral), complicaciones cardíacas, insuficiencia ventricular con edema pulmonar agudo o infarto del miocardio como obstrucción vascular, complicaciones pulmonares, cianosis persistente, trastornos mentales (psicosis), hemorragias genitales o procesos infecciosos del árbol urinario o genital.

Lo mismo el pronóstico es más serio en pacientes que tienen oliguria o anuria, lo mismo que la falta de edema. Si este cuadro, ya sea de gestosis

o de eclampsia se instala en una paciente con hipertensión anterior en general en multípara o lesiones persistentes vasculares cardíaca o renal a la aparición de la afección esos factores son signos de agravación de la misma. La eclampsia puede dejar secuelas, como ya hemos visto, en la gestosis tardías, estas secuelas son en general en el árbol vascular: hipertensión o en el riñón dando una glomérulo-nefritis o lesiones oculares de esclerosis tan importantes para el futuro de la paciente. La compulsa efectuada en las diversas estadísticas de alrededor de un 15 a un 10 % de letalidad materna.

**Pronóstico Fetal.**— El pronóstico fetal es siempre grave, tiene un alto porcentaje de mortalidad: influyen en ello la prematurez, la debilidad congénita, los traumatismos obstétricos, la asfixia. También pueden sucumbir en el útero por lesiones orgánicas, la hipertensión, las drogas tóxicas. Se da como cifra total de mortalidad fetal el 20 al 50%. Otro punto que deseamos poner en evidencia en este capítulo de la gestosis tardía o de la eclampsia es la probabilidad que tiene esta afección de repetirse en nuevos embarazos. Se dan como cifras incluyendo las formas graves y aún las benignas alrededor del 30%. La probabilidad que se repita la eclampsia a pesar del tratamiento eficaz es del 1% y de que quede la hipertensión arterial es más o menos del 10%.

Diekman da el 20% para la nefropatías crónicas.

También es aconsejable que las parturientas que han tenido una gestosis de consideración no se embaracen por lo menos dos años después de esta afección, siempre y cuando el control visceral especialmente vascular, renal, hepático u ocular, tenga una restitución completa. Es de gran responsabilidad dejar evolucionar una nueva gravidez en pacientes que le han quedado secuelas viscerales especialmente del árbol vascular o del riñón.

## TRATAMIENTO

Vamos a hablar ahora del tratamiento de los diversos cuadros clínicos que se presentan en la gestosis tardía y en el ataque convulsivo, es decir, de la eclampsia. Algunos de ellos son de poca intensidad, otros en cambio de una gravedad extrema. Pero los cuadros de poca intensidad es necesario evitarlos o tratarlos, porque no pueden llevar a cuadros clínicos de mayor consideración que evolucionan si no se tratan o si el tratamiento llega tarde a la muerte de la paciente o dejándolas con secuelas. Se ha sostenido en conversaciones anteriores especialmente cuando se habló de las consideraciones generales, anatomía patológica, fisiopatológica, la diferencia existente entre una mujer que adquiere una gestosis o una eclampsia, ya sea ella indemne de lesiones anteriores o de aquella otra que ya tenga alguna secuela sistemática, visceral, neurovegetativa, hormonal, biológica o metabólica. En

el primer caso el organismo reacciona mejor contra la injuria que el proceso le imprime, en la segunda la capacidad de reacción frente a la agresión está disminuída. Esto ha sido dicho con claridad, debemos retenerlo porque sucede lo mismo para el tratamiento. No es lo mismo la eficacia de la terapéutica en un organismo indemne de lesiones, que aquel que ya tiene comprometida parte de su economía.

Al clínico se le presentan estas pacientes en diversos períodos del estado grávido puerperal, es decir, en el embarazo, en el parto o en el puerperio y también llegan a nuestras manos con diversos cuadros de diferente evolutividad o de mayor o menor gravedad. Otras vienen en pleno ataque convulsivo o lo mismo en coma. El tratamiento de la gestosis tardía lo debemos dividir en dos grandes capítulos: uno la profilaxis del mismo, otro el tratamiento curativo. Este último a su vez lo dividiremos en el tratamiento médico y tratamiento obstétrico, englobando en este último el tratamiento quirúrgico.

**Profilaxis.**— La profilaxis de los diversos cuadros que se presentan en la segunda mitad de la gravidez, en el parto y en el puerperio, es decir, del estado grávido puerperal tienen gran trascendencia clínica. En general coadyuvan en este tratamiento los técnicos que en las diversas organizaciones, privadas, mutuales o de asignaciones familiares o de la clientela hospitalaria controlan a la grávida e inculcan las ideas sanitarias tan importantes para el buen éxito del embarazo, parto y puerperio. Para realizar una prevención completa es necesario conocer a la grávida en todas sus funciones establecidas como norma para mantener una higiene correcta en la vivienda, en el aseo personal (especialmente bucal y genital), alimentación, régimen de vida, hábitos y costumbres; es de hacer notar que la paciente debe tratarse la apreciación de las primeras anormalidades en el curso del embarazo. El control de ella debe ser periódico y minucioso, vigilancia del peso, presión, exámenes de orina y sangre lo mismo que el régimen higiénico y dietético, de esta manera evitaremos que los cuadros de gestosis repercutan en la madre y en el producto de la concepción. Sobre este punto nos podríamos extender pero es entrar en el gran capítulo de la higiene de la mujer en el estado grávido puerperal. Turenne decía sin temor a la exageración: podemos afirmar que la higiene del embarazo tiene una importancia profesional, individual y social.

**Tratamiento curativo.**— El objetivo terapéutico en los cuadros clínicos de gestosis tardía es:

- a) sedación.
- b) hacer bajar la presión arterial, producir vaso-dilatación y mejorar las condiciones circulatorias.

- c) aumentar la diuresis y evitar la retención de sodio y agua.
- d) corregir la hemoconcentración y normalizar el equilibrio electro-lítico.
- e) evitar la secuela permanente en la madre e intentar razonablemente conseguir la sobrevida del feto.

Dividimos nuestra exposición en dos partes :

En una de ellas reseñaremos los elementos y fármacos que poseemos para actuar en los diversos cuadros de la gestosis y de la eclampsia.

En la otra haremos el tratamiento de los cuadros clínicos tal como se presentan o entran en contacto con el médico.

Siguiendo el objetivo terapéutico que hemos mencionado daremos una lista de fármacos que usualmente utilizamos en la toxemia gravídica y en la eclampsia.

a) SEDACION : Como medicación sedante del sistema nervioso tenemos el sulfato de magnesio, este fármaco es depresor del sistema nervioso central, vaso dilatador periférico y diurético, además se elimina solamente por el riñón.

Vía de Administración : Subcutánea, intramuscular, endovenosa, se puede dar intratecal.

Soluciones a emplear : al 5%, al 10, al 15, al 20, al 25 o al 50%.

Las vías más empleadas son la vía intramuscular y la endovenosa. La vía intramuscular 20 cm<sup>3</sup>. por vez, cuatro o cinco veces en 24 horas de la solución al 25%. La vía intravenosa 3 a 10 cm<sup>3</sup>. lentamente en solución al 10%. Cuando se emplea la vía venosa debe hacerse lentamente en soluciones no muy concentradas.

Sirvió de asociación en esquemas terapéuticos el método de Stroganoff (1897) hoy se emplea muy poco. También se utilizó el Hidrato de Cloral en enema de 8 a 12 gramos por día, se ha dejado ya desde hace mucho tiempo por su toxicidad hepática.

Morfina (Scanzoni) (1859) (Veit 1899). Se ha empleado mucho esta droga, tiene peligro por sus efectos sobre el centro respiratorio y dada a grandes dosis parece determinar alteraciones electroencefalográficas, parece tener acción constrictora renal disminuyendo el rendimiento cardíaco.

Administración — Vía hipodérmica — 0 Grs. 015 a 0.030 repetir a intervalos no menores de una hora sin sobrepasar en 24 horas.

Dosis más pequeña se puede dar por vía endovenosa.

#### BARBITURICOS

Acción depresora del sistema nervioso produce vaso dilatación y discreta depresión del miocardio, reduce la diuresis.

Citamos Luminal (medio comprimido cada 4 horas) Amital sódico (0.25 a 0.50 por vez varias veces en 24 horas, cada 6 u 8 horas).

Vía de administración: subcutánea, intracuscular, endovenosa. Vía intramuscular 0.25 cada 6 u 8 horas.

### **Seconal.**

**Embutal** (Pento Barbitol sódico, hasta producir cierto grado de narcosis).

**Pentotal Sódico.**— Se da por vía endovenosa de 0.50 diluída en 10 cm<sup>3</sup>. de agua destilada con oxígeno a sobre presión cuando hay crisis (se puede hacer previamente a la solución de pentotal sódico de 2 a 3 G. por 1.000 cm. de suero glucosado al 5% en un período de 3 a 8 horas). Los autores ingleses utilizan entre su medicación terapéutica el Tribomo-metanol (Avertina) al parecer con éxito. La acción que presenta es aumentar la diuresis e impedir nuevas convulsiones.

**Anestesia raquídea o caudal.**— Se ha empleado también la anestesia raquídea o la caudal continua. Nosotros no tenemos experiencia en este procedimiento, en la eclampsia. El objetivo es bloquear las terminaciones nerviosas, renales y descender la presión. Se han ocupado mucho de ellos los norteamericanos. A veces se obtiene el resultado deseado. La medicación que prefieren es la Meticaina y otros la Pantocaina.

**Largatil.**— (4560 RP) (Clorhidrato de Cloro.— 3) Dimetilamino 3, Propil (10 Fenotiacina). En efecto es un simpaticolítico enérgico es vasopléjico y antiespasmódico. Sedante de los centro nerviosos central. Se le atribuye propiedad vaso dilatadora, así como antihistamínica y analéptica y una acción anticonvulsivante. Es un fuerte potencializador de anestésicos y analgésicos.

Las dosis probablemente más útiles son: 50 miligramos por vía venosa cada 6 a 24 horas o la vía intramuscular cada 6 a 12 horas. Las ampollas son de 5 cm<sup>3</sup>. y de 25 miligramos.

**Fenergan** (Prometazina).— Este fármaco como hemos dicho el anterior, tiene una acción parecida y se potencializan recíprocamente.

b) **HACER BAJAR LA PRESION ARTERIAL, AUMENTAR LA DIURESIS, EVITAR LA RETENCION DE SODIO Y AGUA —MEDICACION VASODILATADORA**— La dividimos en dos grupos principales las llamadas drogas de acción central y otras drogas con acción gangliopléjica. Estas drogas tienen por objeto evitar el espasmo arterio-capilar que hoy es el más aceptado como fundamento fisiopatológico de la gestosis.

Droga de acción central —VERATRUM VIRIDE— Su acción principal

es la estimulación de los núcleos vagales del bulbo. Trae disminución de la frecuencia cardíaca e hipotensión y en la periferia dilatación generalizada de las arteriolas y disminución de la hipotensión arterial cerebral (Este fármaco fue usado hace más de 100 años, ha resurgido luego debido a la purificación de los extractos, desde el año 1935).

Hidralacina y los alcaloides del Veratrum. Se administran por vía oral, intramuscular o endovenosa. Vía oral 6 a 9 miligramos por día en varias tomas. Vía intramuscular 0.2 a 0.5 Mg. cada 8 a 12 horas. Vía endovenosa, aún a dosis menores.

Origina náuseas, tialismo, ardor, pirosis, vómitos y diarrea y en grado mayor excitación psico-motora, intensificación de cefalea, gran hipotensión y colapsos.

En el comercio hay una solución intramuscular que está constituida por polvo de veriloil, solución de ácido acético, bisulfito de sodio, etc., que se llama el veriloil.

**Rauwolfia serpentina.**— Favorece el descenso tensional lento y duradero suave pero prolongado, tiene efecto tranquilizante y se acompaña de bradicardia ,originalmente se empezó a usar el extracto total que se llama Reserpina. (Vía oral, comprimidos de 0.25 a 0.10 mg., ampollas de 0.20 mg. sustancia seca y ampollas con disolvente).

Productos comerciales : Serpasol (CIBA). Se administra por vía oral, dosis de 25 mg. dos veces por día, puede aumentarse hasta 125 mg. diarios. Vía paraenteral, Intramuscular en dosis de 2.5 mg. a repetirse cada 12 horas, el efecto de la droga de 9 a 10 horas. Hay quien como Assali admite que la Reserpina introducida por vía venosa (5 a 10 mg.).

Es importante destacar que tiene acción potencializadora muy marcada para los barbitúricos y para los derivados del Veratrum. Los efectos colaterales que presenta son la somnolencia y la bradicardia que obliga a reducir la dosis. La utilización de ambas en menor dosis los hace más manejable, menos tóxico y más efectivo.

Otro hipotensor que empleamos es el ADELFIN (CIBA).

Sus componentes son el Serpasol y la 1-4-Dihidracinoftalacina (0.1 mg. y 10 mg. respectivamente por comprimido), además de su acción hipotensora produce una acción tranquilizadora y relajadora, además con la Ftalacina aumenta la irrigación sanguínea del riñón.

Dosificación : 1 comprimido dos o tres veces al día después de las comidas hasta 2 ó 3 comprimidos 3 veces al día.

**Raupen.**— (de Márquez Castro-Emar) Rauwolfia Serpentina.

**Raupen compuesto** (Rauwolfia Veratrum).

**Raulamina** (Rauwolfia mecamilamina).— Es un 3 metamilaminoisocan-

fano. La ventaja de este producto es que con menores dosis se obtiene la hipotensión buscada (medio comprimido a 2 comprimidos por día). Tiene acción central y ganglionar.

**Raudixin Squibb.**— Raíz íntegra de Rauwolfia Serpentina. Dosis inicial: 200 mg. 1 vez al día tabletas de 50 a 100 mg. de rauwolfia Canescens químicamente es 11 — Desmetoxireserpina. Dosis: 0.125 mg. media tableta después 1 al día es muy potente y de baja toxicidad. La ventaja es la poca incidencia de efectos secundarios.

**Simpático-Lítico de acción central.**— Entre ellos tenemos la 1-Hidrazinoftalafina o la 1-4-Hidrazinotalicina tiene acción reguladora del sistema nervioso central vaso-motora a través del mesencéfalo determina un descenso de la presión arterial paulatina y mejora aumentando la irrigación renal y es antagonista de ciertas sustancias hipertensivas como la hipertensina en el cerebro aumenta el flujo sanguíneo al disminuir la resistencia vascular y mejorar el rendimiento cardíaco.

Productos comerciales. Apresolina y Depresol CIBA. Administración: Vía oral: 2 a 4 comprimidos de 0.10 mg. por día ir aumentando luego paulatinamente a dosis simples hasta llegar a una grajea de 50 mg. como efectos colaterales (Anorexia, vómitos, náuseas, cefalea, urticaria) se aconseja darle Antihistamínicos, se puede aumentar la dosis.

Vía intravenosa: dosis de 20 mg. hasta 50 mg. repetida hasta 3 ó 4 veces tratando de normalizar la tensión, es uno de los pocos medicamentos antihipertensores probablemente el único que al reducir la presión arterial no compromete la circulación de los órganos vitales. Debemos destacar que esta droga tiene acción potencializadora sobre los principios del Veratrum pudiendo usar 20 mg. de Apresolina y 5 mg. de un alcaloide purificado del Veratrum (Crytenamina) dado en solución Glucosada 500 cms. 3. Se regula a 20 gotas por minuto controlando la presión cada 10 minutos durante dos horas y luego cada 15 minutos, también puede asociarse a la Rauwolfia o a las sales de metinio.

**Otros Simpaticolíticos de acción central.**— Son los derivados del Cornezuelo de centeno, la HIDERGINA asociación de la Hidroergocornina dihidroergocristina y dihidroergowriptina se administra vía oral, intramuscular y endovenosa. Vía oral: tabletas de 25 mg. 2 por día aumentando hasta llegar a 6 por día. En caso más serio vía intramuscular: 0.1 mg. (tercio de ampolla) aumentando todos los días hasta alcanzar a 0.3 mg. o sea una ampolla por hora. Vía endovenosa: 0.3 mg. en suero glucosado al 5% gota a gota.

Fenómenos que produce: náuseas, congestión nasal, espasmo de los músculos lisos. Este fármaco tiene su acción inhibidora, del centro vaso motor



central desciende el tono vascular.

**Drogas de acción Gangliopléjica.**— Estas drogas son capaces de bloquear los impulsos neurogénicos vaso-constrictores ya sean simpáticos y parasimpáticos al nivel de la Sinápsis pre y post ganglionar y ejercen acción curarizante. En estos últimos 8 ó 10 años se los ensayó abundantemente, son compuestos sintéticos de Hexametonio, Pentametonio, Tetraetilamonio y últimamente el polibromuro de Polimetónio (Pendiomit CIBA) es hoy el más utilizado. Son fármacos muy poderosos y por lo tanto peligrosos.

La administración se hace por vía intramuscular o por vía intravenosa, es conveniente empezar a dosis pequeñas para descubrir la sensibilidad de la enferma siendo especial en cada caso, el efecto más notable es la hipotensión marcada que debe ser controlada a intervalos regulares. En la dosis de administración no existe aún uniformidad, hay quienes prefieren la vía oral, otros prefieren la intramuscular. Vía oral: 100 mg. de Cloruro de Hexametonio 2 veces por día durante unos cuantos días, después 3 veces por día hasta una dosis de 1 a 4 grs. total diarios. Vía intramuscular: de 50 a 100 mgs. varias veces por día. La vía venosa también se emplea a dosis menores de 10 mgs. a intervalos de 20 minutos a 2 horas. Debemos destacar que estos productos atraviesan la placenta y pueden ejercer acción nociva sobre el feto.

**MEDICACION DIURETICA — TRATAMIENTO DE LA RETENCION HIDRICA Y SALINA.** El balance hídrico es paralelo al balance sódico, 7 a 8 grs. de Cloruro de Sodio retienen un litro de agua. En toda afección acompañada de retención hídrica estriba el limitar la ingestión de sodio y favorecer su eliminación.

**Resina Sintética.**— Se ha empleado con resultado la resina; mezclada en el estómago con alimentos y secreciones y con la presencia del ácido clorhídrico libera los iones de potasio y fija los de hidrógeno. Los iones liberados forman cloruros y compensan así los iones de potasio que la resina absorbe en su pasaje por el intestino. Tiene algunos inconvenientes, puede dar anorexia, pirosis, náuseas, diarrea o constipación. No reemplaza esta terapéutica al régimen hiposódico pero lo favorece. Se administra por vía oral alrededor de unos 50 a 80 grs. por día fraccionado en 4 ó 5 dosis de 10 grs. cada una, mezcladas con jugo de fruta, agua, gelatina, mermelada. Hay resinas y resinas, Carbóxicas, parecen más activas las primeras. Tienen el inconveniente del costo elevado, no tenemos experiencia en esta medicación. Otro procedimiento que se ha empleado como diurético es la administración de AGUA A GRANDES DOSIS por ejemplo, 4 a 6 litros en 24 horas, ya sea por vía oral o vía venosa, suero glucosado isotónico. Para el empleo de este procedimiento es necesario contar con un ri-

ñón suficiente que a veces no se tiene la completa seguridad de tal, además puede llevar al edema pulmonar agudo por sobre carga vascular. La eliminación del agua lleva a la eliminación de los electrolitos del tejido intersticial.

Otros diuréticos. Se emplea la ACETAZOLAMIDA obra diferentemente a los otros diuréticos, actúa como inhibidor de la Anhidrasa carbónica de la corteza renal. Esta es una enzima que se halla en la mucosa gástrica, en el páncreas, en los Eritrocitos y en la corteza renal. Origina supresión de la reabsorción de sodio y del agua, aumenta la diuresis y la eliminación de sodio.

En el comercio tenemos: el DIAMOX, que es un derivado sulfamida-do de la Acetazolamida, se administra por vía oral entre 250 mg. y 375 por dosis y por día. Viene en tabletas ranuradas y en ampulas de 500 mgs. se reserva la vía venosa en los casos de intolerancia gástrica en ampollas de 500 mgs. dosis única. Mantiene su actividad si el riñón se mantiene un tiempo en reposo.

**Diural Spefar.**— 5 mgs. de Acetazilamina por kilo de peso. La CLO-ROTIACIDA (En el comercio Clotride — Mersahip. y Dohme). Se determinó que 1 gr. diario de clorotiacida es por término medio la dosis efectiva por vía oral. Da una diuresis excelente, reduce el edema, reduce el peso, la presión sanguínea y la albuminaria. Es desprovista de toxicidad. Pertenece a la clase de compuestos heterocíclicos de las cuales el Benzo-1- 2,4 Tiadiazina, es el compuesto estructural de origen, la dosis recomendada es de 0.5 grs. 1 tableta 2 veces al día, en caso de edema mediano 0.5 a 0.75 (1 a 1 y media tableta 2 veces al día), en casos graves de 0.75 a 1 grs. 1½, 2 tabletas 2 veces al día.

**Clordiuril (Spefar).**— Clorotiacida 500 mgs. Vitamina B15, 10 mg. Ex ScP 1 comprimido (Acido pangámico — Pangamato de sodio). Comprimidos 1 a 3 por día.

**Diupresin Dispert.**— Cada tableta 500 mgs. de Clorotiacida.

**Tiaziden (Sadef).**— Cada tableta de 0.50, 1 a 4 tabletas por día.

Además de estos agentes diuréticos mencionaremos en primer término la Glucosa (Jacobson, 1910).

Suero Glucosado Hipertónico al 20 o a 50%. algunos indican cantidades grandes 100 cm3. cuidando el corazón. Hay autores que lo han usado ampliamente consiguiendo una amplia diuresis y nunca han encontrado lesiones histopatológicas renales atribuibles al uso prolongado de esta droga.

**Salas Acidificantes.**— Cloruro de Amonio 4 comprimidos de 0.50 por día.

**Clorhidrato de Papaverina** (Papaveril Fisher).— Medicamento, que pro-

duce descenso de la presión arterial, disminución de la resistencia vascular, aumento de la circulación encefálica e intensifica la utilización del oxígeno por el cerebro.

Vía de administración: Vía oral o parenteral. Vía oral: 0.20 por vez a repetir. Vía parenteral de 20 a 50 mgs.

**Novocaina Endovenosa.**— Tiene acción espasmolítica y vaso dilatadora, se inyecta al 1% 10 cms<sup>3</sup>. lentamente 3 a 4 veces por día. Se consigue descender la presión arterial y mejorar la diuresis, en nuestro medio el Prof. Rodríguez López la emplea desde 1948, sobre el sistema nervioso central el efecto es muy variable, depende de la cantidad de la droga, de su velocidad de introducción y de la sensibilidad y reactividad individual al medicamento. Sobre el sistema vegetativo periférico ejerce principalmente una acción gangliopléjica.

Otra medicación especial empleada son: Extractos tiroideos Esteroides (Aldosterona, Doca, Cortisona, ACTH).

Estrógenos, Medicación que reduce la irritabilidad nerviosa, citamos el calcio ya sea en forma de Lactato de calcio con vitamina D y la hibernación artificial que se ocupará de ella el Dr. Gortari.

En los casos de anuria grave se ha preconizado la infiltración del pedículo renal con Novocaína al 1% 25 cms<sup>3</sup>. para cada pedículo, también hay quien aconseja dar en estos casos novocaína endovenosa al 1%.

Todavía si esto fracasara está el recurso de la decapsulación renal (Son casos muy graves). No queremos dejar de mencionar algún procedimiento que ya no se emplea, pero que puede dar un recurso en alguna oportunidad.

**Sangría.**— De escasa acción hipotensora. Su uso está justificado como tratamiento de urgencia en una gran hipertensión rebelde al tratamiento médico o producido después del parto o en caso de insuficiencia cardíaca (600 a 1.000 cms<sup>3</sup>. suprime el peligro inmediato).

**Punción Lumbar.**— Reduce la tensión intracraneana, hoy se emplea muy poco.

c) CORREGIR LA HEMOCONCENTRACION Y NORMALIZAR EL EQUILIBRIO ELECTROLITICO.

CORREGIR LA RETENCION DE SODIO restringiendo el cloruro de sodio en la alimentación, administrando suero glucosado hipertónico endovenoso o algunos autores prescriben Resina Cambie-Cationes.

Corregir la deficiencia proteica, se aconseja la administración de plasma desprovisto de sodio o dar soluciones concentrada de albúminas (suero albúmina libre de sal) es conveniente la administración de aminoácidos siendo el más importante la metionina (hasta 10 grs. diarios por vía oral o en

solución glucosada intravenosa), como regulador de los capilares algunos aconsejan dar Rutin con vitamina C, y otros autores dan vitamina P. No hago más que citarlos.

d) EVITAR SECUELA PERMANENTE EN LA MADRE E INTENTAR RAZONABLEMENTE CONSEGUIR LA SOBREVIVENCIA DEL FETO.

Debemos decir que muy a menudo (ya ha sido dicho en las conferencias anteriores, profesor Crotogini) que sobre todo en la forma grave de Toxemia se menosprecia muy a menudo el feto, concentrando la mayor atención como es lógico en la madre, pero debemos valorar los dos factores del estado gravídico. Sobre este punto lo difícil de la valoración es en qué momento se debe poner fin al embarazo para evitar las secuelas en la madre y conseguir un feto en condiciones de sobrevivir a la impregnación gestósica. Podemos decir que no se puede dar una regla general, que cada caso es especial y dependerá de la evolución, de cómo responde al tratamiento médico, de la época de la gravidez, de los factores agravantes de la misma.

LOS CUADROS CLINICOS DE LA GESTOSIS TARDIA SON MUY VARIADOS desde las pequeñas manifestaciones hasta cuadros de gran consideración. Ya vimos el otro día en la conferencia dada por el Prof. Crotogini la diversa manera de manifestarse en la Clínica la gestosis tardía y su modo de aparición.

#### ALBUMINURIA GRAVIDICA

En general en esta manifestación clínica predomina el tratamiento profiláctico de la higiene y dietética de la gravidez teniendo una vez instalada, el papel más importante el régimen dietético e higiénico no haciendo abuso de alimentación, controlando la diuresis y los demás elementos del control de la grávida.

#### EDEMA GRAVIDICO (HIDROPS GRAVIDARUM)

El tratamiento de esta manifestación de la gestosis es la vigilancia estricta de la paciente. Control de peso, de la presión arterial, de la diuresis, los análisis, reposo en cama y un régimen hiperproteico, hipotóxico e hiposódico, restricción de líquido y restricción de sal. Para combatir la hipoproteidemia (leche, carne de vaca, huevos, carnes blancas, pollo) hidrato de carbono, fideos, papa y azúcar, cantidad moderada de grasa, abundantes vegetales y vitaminas.

Medicación diurética. En general empleamos los derivados de la Acetazolamida por ejemplo en el comercio, Diamox-Diuralo los derivados de la Clorotiazida por ejemplo en el comercio Clotride o Clordiuril, hay quienes

prefieren el suero glucosado hipertónico endovenoso y últimamente se están haciendo resinas sintetizadas fijadoras de iones.

### HIPERTENSION

El tratamiento en esta entidad clínica además de lo que hemos dicho del estudio del control de la paciente por los exámenes, controlando la diuresis, sometiéndola al reposo y a un régimen a base de restricción de sal y de líquidos daremos una terapéutica hipotensora, en general empleamos la rauwolfia serpentina por ejemplo, en el comercio serpasol (CIBA) el raudixin (SQUIBB) el harmonyl (ABBOTT), (DESERPIDINA), la raulamina emar que con menores dosis se obtiene la hipotensión buscada y últimamente el arfonad roche (Canfosulfonar).

Las Glomérulo-Nefrosis Gravídica Leve y Glomérulo-Nefritis Gravídica Leve.

En esta manifestación de la gestosis tardía se impone estrictamente la regla de higiene de la gravidez, en general se aconseja reposo psíquico y físico, con un régimen alimenticio dado en cantidad moderada de proteína alrededor de 80 grs. pero suficiente (leche desnatada, carne magra hervida o a la parrilla, rica en hidratos de carbono y pobre en grasas). Restricción de sodio a 1 o 2grs. por día, moderada restricción de líquidos, 1 a 2 litros por día, es muy importante en este tipo de paciente el descenso de peso, le agregamos sales minerales, calcio, magnesio y vitaminas. Como medicación terapéutica se deben dar sedantes del sistema nervioso, por ejemplo del tipo de los barbitúricos, luminal,  $\frac{1}{2}$  com. 3 por día o fenobarbital 2 o 3 veces al día, medicación laxante-suave, leche de magnesio o elementos aceitosos, Loriga, etc. Cloruro de Amonio 1 gr. cuatro veces al día en tres días con tres de intervalo entre ellos.

Y entramos ahora en los cuadros de gestosis graves, nos referimos a la pre-eclampsia y a la eclampsia, en estos cuadros clínicos por la importancia que ellos presentan los debemos considerar en su época de instalación, estas pacientes llegan en contacto con nosotros en el embarazo, en el parto o en el puerperio.

### EN EL EMBARAZO

El principal objetivo es evitar el desencadenamiento del ataque convulsivo y llevar a la paciente a las condiciones normales evitando si es posible las secuelas y en lo razonable tratar de conseguir la viabilidad fetal con un

producto de buena calidad. El tratamiento que realizamos es el siguiente: la paciente debe ser hospitalizada, reposo absoluto en habitación individual, bien ventilada y de paredes oscuras y alejada de los ruidos todo ello para evitar los estímulos sensoriales; luego obtener el estado evolutivo de la afección haciendo el control del peso, de la presión arterial, de la temperatura y de la respiración y la investigación de la proteinuria y los sedimentos en la orina y en la sangre además de los exámenes corrientes, el hematocrítico, el ácido úrico, proteína, reserva alcalina; investigación del fondo del ojo haciendo la curva del mismo como se hace para el peso y la tensión arterial (expresada en gráficas) y la diuresis de 24 horas.

**Régimen de base:** proteicos (hiperproteicos — 100 Grs. de proteína). Hidrato de Carbono, 220 a 230 Grs. Grasas, 100 Grs. moderada que sea hipotóxico e hiposódico. La restricción de líquidos no pasando de 1 lt. a 1 lt. y medio. La restricción de sodio no excederá de 1.50 a 2 grs. Regulación del tránsito intestinal a base de elementos aceitosos, como medicación terapéutica: se empleará la sedación a base de barbitúricos o de Largactil o de Fenérgán o mismo de Sulfato de Magnesia, se darán diuréticos ya sean derivados de la Acetazolamida o de la Clorotiazida y también hipotensores a base de rauwolfia serpentina o las hidracinotalazinas.

#### EN LA PRE-ECLAMPSIA

Hospitalización, reposo absoluto en cama, suprimir los estímulos sensoriales, presión arterial, pulso, temperatura, respiración, peso, control de sodio y de los líquidos ingeridos, investigación de la diuresis cada 24 horas, hematocrito, ácido úrico, proteínas, reserva alcalina, examen de fondo de ojo, control de feto. (Se obtiene de esta manera el estado evolutivo de la afección). Régimen adecuado: hiperproteico, hipotóxico, hiposódico, leche, vegetales, frutas secas, galletas, carne fría y pescado. Restricción de sal 0.5 a 1 gr. diario. Restricción de líquidos de 1 lt. a 1½ lts. Medicación, sedación, no es necesario que sea muy profunda, se puede realizar con barbitúricos, Fenobarbital 0.10 grs. 8 cada 6 a 8 horas, Luminal Amital, 0.20 cada 6 a 12 horas, también se da Largactil 0.25 cada 8 horas, Sulfato de Magnesia se da por distintas vías: intramuscular, endovenosa en soluciones del 0, 20, 25 y 50 %. En presencia de oliguria: Diuréticos, glucosa en solución hipertónica, 25 a 50 %, 200 a 250 cms. cada 6 a 8 horas. Derivados de la Acetazolamida: Diamox, Diurel, dosis 250 mgs. (2 comprimidos por día) derivados de la Clorotiazida: Clotride; Cloruro de Amonio, 1 gr. 4 por día. Hipotensores: Veratrum Viride —Veriloid, Rauwolfia serpentina— Serpamol. Hidroclorotiazida, Apresoliná, regulación del tránsito intestinal a base de elementos aceitosos, interrupción del embarazo, indicado cuando en un plazo de observación con el tratamiento médico no

mejora. (Método de inducción o Cesárea).

Si el tratamiento médico no da resultado, es decir, que la paciente agrava su cuadro clínico, cuyo control lo hacemos con la valoración de los síntomas y de los signos y además con los auxiliares de la clínica, es decir, presión, peso, temperatura, fondo de ojo, pulso, diuresis, examen de orina y de sangre o la aparición de ictericia no es frecuente, también podría servir el control hormonal, por el momento no se utiliza pero es una medida a tener en cuenta. Estará indicada la interrupción de la gravidez —el plazo de observación variará de 24 horas a una semana—; esta interrupción se hará en el embarazo por inducción directa o indirecta, nos referimos al procedimiento de Krause (nos ha dado muy buenos resultados) o de inducción indirecta por Oxitocina endovenosa (Sintosín o Pitosín). Las dosis deben ser pequeñas porque las gestósicas tal como lo mostró en la gráfica el Dr. Caldeyro tiene una acción mayor que en la embarazada normal sobre la contracción uterina. Otro procedimiento de interrupción es la intervención por Cesárea.

El balance de un método u otro depende de las condiciones obstétricas pelvis, presentación, existencia de la inmadurez del cuello uterino, de la época del embarazo y del tamaño del feto.

#### EN EL PARTO

Tendremos que seguir las indicaciones ya dichas durante la gravidez pero se tratará, si es posible, acortar el parto en su período de expulsión de acuerdo a las condiciones obstétricas.

#### EN EL PUERPERIO

También se seguirán las disciplinas que hemos dicho en el embarazo y la terapéutica a dar será a base de sedantes, hipotensores y diuréticos. Una vez yugulado el proceso gestósico es conveniente un examen minucioso de la paciente, el examen funcional renal, fondo de ojo, control posterior de la misma durante un tiempo más o menos largo y además de eso tratar de precaver futuros embarazos como ya dijimos, por dos años.

#### ECLAMPSIA

Puede, como ya hemos dicho en la pre-eclampsia, aparecer en el embarazo, en el parto o en el puerperio. En el embarazo: debemos dividir el tratamiento de la crisis eclámpsica y el tratamiento de fondo. Tratamiento de la crisis: hospitalización urgente; reposo absoluto, evitar excitaciones,

cuarto oscuro, temperatura agradable, evitar el frío, impedir la caída de la paciente, impedir la mordedura de la lengua, aspirar las secreciones alojadas en las vías respiratorias altas, administración de oxígeno a permanencia, sonda uretral fija para recolección de la diuresis, vigilar la paciente constantemente e investigación del estado evolutivo de la enferma durante la crisis y posteriormente, pulso cada 3 horas, respiración cada 3 horas, temperatura dos veces al día, presión arterial cada hora, diuresis cada 24 horas o fraccionada en menos tiempo, número de crisis convulsiva o estado de coma, existencia o no de cianosis, importancia de los edemas, examen de fondo de ojo cada 24 horas, condiciones obstétricas por exámenes periódicos, época del embarazo, momento del parto y del puerperio, vitalidad fetal, viabilidad del mismo, exámenes de laboratorio completos y repetidos. Medicación terapéutica: Sedantes con el objeto de suprimir la crisis convulsivas empleamos el Largactil 25 mgs. cada 8 horas por vía intramuscular, o por vía venosa 0.50 mg. dados lentamente o sino hacer un goteo con una solución de Largactil, Fenegan y Demerol (50 mg. de Largactil, 50 mg. de Fenegan y 100 mg. de Demerol) controlando cuidadosamente la paciente; también se aconseja dar barbitúricos del tipo del Amytal 0.25 grs. por vía intramuscular cada 6 u 8 horas. No quiero dejar de decir que hemos empleado el Sulfato de Magnesia por vía intramuscular en solución al 20 a 25 %, 20 cms. 3 cada 4 ó 6 horas, o darlo por vía venosa en solución al 10 %. También se emplea la morfina repitiendo cada 6 a 12 horas de 15 a 20 mgs. Debemos agregar que a esta medicación sedante la medicación hipotensora. Rauwolfia, Apre-solina, derivados del Veratrum). La medicación diurética como ya hemos visto en la pre-eclampsia. Cuando la diuresis no se normaliza y las proteínas están bajas se aconseja administrar plasma concentrado, de preferencia desprovisto de sodio dando 250 a 300 cms<sup>3</sup>.

Hay autores, como los norteamericanos, que recomiendan el uso de la anestesia epidural continua. Si el tratamiento médico no nos da resultado se plantea el problema de la interrupción de la gravidez. La interrupción del embarazo, dicen la mayoría de los autores que, no debe hacerse en las crisis convulsivas ni en el coma, da elevada mortalidad, una vez pasado este período se balanceará cuál es el mejor tratamiento de los procedimientos que hemos mencionado en la pre-eclampsia.

#### EN EL PARTO

Debemos además de la medicación a base de sedantes, hipotensores y diuréticos, favorecer el nacimiento del niño, la conducta será según las condiciones obstétricas, evolutivas del parto, resolver el mismo ya sea por vía vaginal o por vía abdominal, en general es necesario evitar a la madre el



período de expulsión, la mayoría de los autores están de acuerdo en que no se debe intervenir en el momento de las convulsiones o del coma, una vez que ha pasado se determinará entonces cuál es la vía para efectuar la interrupción.

#### EN EL PUERPERIO

La eclampsia del puerperio es muy grave, la conducta a seguir es la medicación sedante, hipotensora, diurética, como ya lo dijimos en las otras etapas, y sino ir al tratamiento de la hibernación artificial.

Si la paciente llega a nuestras manos en coma se hace la sedación completa de la misma, en general empleamos el Largactil endovenoso lentamente o el Cocktail (Largactil, Demerol y Fenegán) es decir, colocar a esta enferma en estado de somnolencia o de hibernación.

Otras veces estas pacientes pueden presentarse ya sea con complicaciones cardíacas: insuficiencia, edema agudo del pulmón, en ese caso hay que tratar estas complicaciones (Ouabaína, sedantes, etc.).

En caso de complicaciones hepáticas, felizmente raras, ya ha sido citada por el Prof. Crottogini una hemorragia por rotura de la cápsula hepática, es aconsejable intervenir y taponar, efectuada con anestesia local.

También se nos puede presentar el caso de hipertendidas que hacen una gestosis, aquí puede plantearse en los primeros meses de la gravidez la interrupción del mismo y la esterilización, cuando está más evolucionado es más difícil el planteo y muy a menudo se deja evolucionar; todavía tenemos aquella forma de gestosis que se presenta en terrenos como obesas o diabéticas, habrá que tratar la gestosis como hemos dicho y además el tratamiento de fondo donde se desarrolla esa gestosis.

Terminamos diciendo que hemos querido dar una idea de cómo realizamos un tratamiento de la gestosis gravídica y de la eclampsia en nuestro medio.

---