

PAUTAS TERAPEUTICAS

*Toxemia gravídica**

Definición

La toxemia gravídica es un proceso agudo, caracterizado en su forma completa por edemas, hipertensión y albuminuria, pudiendo llegar a las convulsiones y/o coma. Aparece en el embarazo después de las 24 semanas de amenorrea, durante el parto o el puerperio, en una mujer aparentemente sana. A veces se suma a una hipertensión esencial o una nefropatía crónica.

*Clasificación***

- I — Toxemias agudas del embarazo.
 - A) Preeclampsia (leve, severa)
 - B) Eclampsia.
- II — Enfermedad vascular hipertensiva crónica en el embarazo.
 - a) Sin toxemia sobreagregada.
 - b) Con toxemia aguda sobreagregada.
- III — Toxemia recurrente. Es la que se repite en embarazos sucesivos. No aparecen síntomas entre los embarazos o los signos no son evidentes 6 semanas después de la terminación del embarazo en el cual fue considerado el diagnóstico de toxemia recurrente.
- IV — Toxemias no clasificadas: los datos no son suficientes para el diagnóstico o no se encuadran exactamente en los grupos anteriores.

Criterios de diagnóstico

Preeclampsia leve

Aumento de peso: más de 500 g semanales después de la 24a. semana. Tiene más importancia el aumento súbito.

Edema. Generalmente en miembros inferiores. Alguna vez en manos y cara.

Albuminuria hasta 5 g en 24 horas. Su cantidad aumenta a medida que la situación se

* Clínica Ginecotológica "C". Director Prof. Dr. Y. Sica Blanco.

** American Committe on Material Welfare, 1952.

agrava. La orina debe ser obtenida por cateeterismo o de preferencia tomando la parte media de la micción, previa higiene perineal. Hipertensión arterial. Niveles de 140-90 hasta menos de 160-110 mm Hg. El aumento de 30 mm Hg sobre la máxima o 15 mm Hg sobre la mínima, en los casos en que no llegue a 140-90 mm Hg puede ser considerado como un criterio de hipertensión. Recordar que la hipertensión puede no ser el signo inicial de la toxemia. La presión arterial debe ser tomada en reposo y en decúbito lateral, corroborarse en dos tomas con 6 o más horas de intervalo y en lo posible basarse en la presión arterial previa.

Fondo de ojo normal o vasoespasmo discreto.

Preeclampsia severa

Si cualquiera de los siguientes signos están presentes.

Aumento de peso: más de 1000 g semanales después de la 24ª semana de amenorrea.

Edema. Marcado y generalizado.

Albuminuria: más de 5 g en 24 horas.

Hipertensión arterial. Por encima de 160 mm Hg en la sistólica ó 110 mm Hg diastólica.

Fondo de ojo normal (en el 30 % de los casos); vasoespasmo localizado o generalizado; a veces con exudados en la retina o exudados y edema en la papila (estrella macular).

Exámenes de laboratorio: hematócrito con tendencia a elevarse, uricemia de más de 6 mg % (los preparados con clorotiazida pueden elevar las cifras normales).

Las cefaleas, síntomas visuales, oliguria o anuria y dolor epigástrico, son síntomas que concomitantes o aisladamente, en especial el último, indican inminencia de eclampsia.

Eclampsia

Es la aparición de una o más convulsiones o coma en una paciente preecláptica embarazada o púérpera.

Enfermedad vascular hipertensiva crónica en el embarazo

Como elementos de diagnóstico en favor de enfermedad vascular hipertensiva crónica debemos señalar pacientes con:

—Hipertensión conocida antes del embarazo.

—Hipertensión que aparece antes de la 24ª semana de embarazo (excepto embarazo molar y múltiple).

—Hipertensión que persiste después del parto.

—Fondo de ojo con lesiones de angioesclerosis.

—Cifras tensionales muy elevadas a pesar del tratamiento.

Sin toxemia sobreagregada

En muchas mujeres con hipertensión el embarazo cursa sin que se exageren los signos vasculares, pero igual pueden aparecer complicaciones severas. La situación de hipertensión y embarazo se asocia con marcado aumento de la mortalidad perinatal y feto la mayor parte de las veces más pequeño que en un embarazo normal de la misma duración. Puede decirse según estudios estadísticos serios que la mujer que comienza su embarazo con cifras tensionales sistólicas de cerca de 200 mm Hg tiene solamente un 50 % de posibilidades de tener un niño vivo y sano. También, que la hemorragia cerebral es con más frecuencia causa de muerte materna que en la eclampsia. Cerca de las 2/3 partes de los casos de desprendimiento prematuro de placenta ocurren en estas pacientes, y la necrosis cortical renal aparece a veces en pacientes con hipertensión y desprendimiento de placenta normalmente incerta.

Con toxemia aguda sobreagregada

La signología y sintomatología descritas en la preeclampsia, aparecen en una embarazada con hipertensión arterial crónica. 30 a 40 % de mujeres con enfermedad vascular desarrollan signos característicos de preeclampsia. Esta complicación aparece con más frecuencia al final del segundo trimestre y está asociado con una elevada mortalidad materna y fetal.

Tratamiento

Preeclampsia leve

El tratamiento puede ser ambulatorio si la paciente es capaz de cumplir las indicaciones médicas. Debe controlarse con frecuencia, cada 48 a 72 horas. En caso contrario o que no mejora, se hospitalizará.

Tratamiento higienicodietético

El tratamiento higienicodietético, consiste en reposo en cama en decúbito lateral, debido a que existe influencia de la posición sobre la diuresis; el decúbito dorsal, en las últimas semanas de embarazo, disminuye francamente la filtración glomerular. Dieta de contenido calórico y vitamínico adecuado, hiposódica, hiperproteica, hipograsa, normoglúcida.

Debe procurarse la evacuación intestinal diaria, incluso mediante el uso de laxantes, como por ejemplo, sulfato de magnesio al 30 %.

Tratamiento medicamentoso

Si con las medidas establecidas en 24 a 48 horas no mejora el cuadro clínico se debe efectuar un tratamiento medicamentoso mediante el uso de las siguientes drogas: **Diuréticos:** hidroclorotiazida 50 mg (1 comprimido) diariamente o similar. Se debe tener en cuenta que su uso prolongado puede producir hipokalemia, que debe prevenirse aumentando la ingestión de potasio o administrando el diurético por períodos de 3 a 5 días, interrumpiendo durante 3 días. Si no hay respuesta diurética hay que suspenderlo.

Sedantes: Se usa fenobarbital (luminal) 1 a 2 comprimidos diarios de 0.10 g; prometazina (Fenergan) 50 a 100 mg por día, o diazepam (Valium) 10 mg 2 a 3 veces al día.

El éxito del tratamiento está dado por el control o remisión de la presión arterial, de la proteinuria, adecuada función renal y ausencia de síntomas, y disminución de peso. La evaluación debe hacerse sobre la base de más de un signo.

Control de evolución

Se debe determinar el peso diario, a la misma hora y en la misma balanza. También efectuar el registro diario de ingestas y diuresis. La medición de la presión arterial es necesaria por lo menos 1 a 2 veces por día. Tampoco debe descuidarse la evaluación de los edemas.

Exámenes complementarios

Se necesitan los datos que aporta el fondo de ojo, hematócrito, hemograma, glucemia, azoe-

mia, uricemia, albuminuria, estudio del sedimento urinario y urocultivo. Estos exámenes se repetirán de acuerdo a la evolución clínica.

Tratamiento obstétrico

Si después de 10 días de tratamiento no hay signos de mejoría, o la afección tiende a progresar hacia una forma más severa se indicará la inducción del parto. También si el crecimiento uterino se detiene o si la enferma se encuentra al término del embarazo o próximo a él (38 semanas).

Preeclampsia severa

Tratamiento higienicodietético

Se debe hospitalizar inmediatamente y realizar igual tratamiento higienicodietético que en la preeclampsia leve.

Tratamiento medicamentoso

Sedantes: Sulfato de magnesio más prometazina por vía intramuscular o intravenosa según la gravedad del cuadro clínico. De sulfato de magnesio se dan 20 cc al 20 % por vía intramuscular o intravenosa a repetir cada 4 a 6 horas según la repuesta clínica, o solución glucosada isotónica, 500 cc con 10 cc de sulfato de magnesio al 50 % en infusión gota a gota por vía intravenosa. La dosis máxima es de 20 g en 24 horas. Con oliguria marcada la dosis será menor. El control de esta medicación se hará por la determinación de la presión arterial y la exploración del reflejo rotuliano; el antídoto es el gluconato de Ca. Puede administrarse prometazina (Fenergan) 50 mg a repetir cada 4 a 6 horas o agregar igual dosis a la solución glucosada isotónica con sulfato de magnesio.

Diuréticos: hidroclorotiazida 50 a 100 mg diarios, o furosemida (Lasix) 20 mg, 1 ampolla, por vía intramuscular o intravenosa. Recordar las precauciones señaladas en la preeclampsia leve con respecto al uso de los diuréticos.

Antihipertensivos: el sulfato de magnesio usualmente es suficiente.

Control de evolución

Se deben efectuar iguales controles a los descritos en la preeclampsia leve, llevando los controles de presión arterial y diuresis y demás signos vitales 4 a 6 veces por día. No es aconsejable descender la presión arterial a valores muy bajos, aún dentro de los normales, dado que se disminuye peligrosamente el flujo renal.

Exámenes complementarios

Los enumerados en preeclampsia leve, sumándole ionograma y E.C.G.; la repetición de ellos depende de la evolución.

Tratamiento obstétrico

La terminación del embarazo es el único tratamiento etiológico de la preeclampsia severa. Todo tratamiento medicamentoso es sintomático.

Recordar que la mejoría de los signos clínicos puede deberse a la muerte fetal.

El momento de interrupción del embarazo depende del estado materno, estado fetal y edad del embarazo.

Si mejora luego de 24 a 48 horas de tratamiento, la indicación dependerá del tiempo del embarazo: después de las 38 semanas, se interrumpirá siempre; antes de las 38 semanas, dependerá de la maduración fetal. Si no mejora o empeora, se interrumpirá el embarazo.

En el parto y postparto inmediato continuar con las medidas descritas durante 72 horas o más, de acuerdo a la evolución de la paciente.

Eclampsia

El tratamiento se dirigirá a detener las convulsiones, disminuir la hipertensión, promover una adecuada función renal y terminar el embarazo con el menor daño para la madre y el feto.

Medidas generales

—La paciente debe situarse en un aislamiento y con asistencia continua.

—Prevenir los traumatismos de lengua colocando un tubo de Mayo o gasa doblada entre los dientes durante las convulsiones.

—Aspiración de secreciones, si fuera necesario, mediante equipo de intubación o traqueotomía.

—Oxígeno húmedo por sonda nasal.

—Sonda vesical a permanencia (de preferencia sonda de Foley).

—Posición acostada.

—Catéter venoso a permanencia (ungüento con antibiótico en la herida o lugar de punción).

—Dieta absoluta y aspiración gástrica, si hay vómitos.

Tratamiento medicamentoso

Control de convulsiones:

1º) Medicación de ataque (sucesivamente):

a) Valium 1 ampolla de 10 mg i/v lento.

b) Sulfato de magnesio 20 cc al 20 % i/v lento.

2º) Medicación de mantenimiento.

Infusión de 10 a 15 gotas por minuto de 1000 cc de suero glucosado isotónico al 5 %, más 20 cc de sulfato de magnesio al 50 %, y 100 mg de prometazina.

Si las convulsiones persisten, puede repetirse la dosis de Valium.

Diuréticos:

Furosemida (Lasix) 20 mg (1 amp.) i/v a repetir hasta obtener respuesta efectiva.

Control de evolución

—Registro horario del volumen de orina; no debe ser menor de 25 a 30 ml/hora.

—Determinación de la presión arterial cada media hora o menos. La disminución de la presión arterial no es un factor necesariamente importante en el tratamiento de la eclampsia. Caídas moderadas pueden comprometer en forma peligrosa el gasto urinario.

—Vigilancia de la respiración, cuidando que sean no menos de 16 por minuto; pulso y temperatura rectal.

—Exploración del reflejo rotuliano.

Tratamiento obstétrico

Interrupción del embarazo en cuanto lo permita el estado materno, es decir una vez lograda la estabilización de la presión arterial, satisfactorio flujo urinario y desaparición de las convulsiones durante 12 horas.

En ciertas circunstancias en que no se logra una respuesta satisfactoria con el tratamiento médico, debe plantearse la interrupción del embarazo.

El parto se inducirá con ocitocina y rotura artificial de membranas. La operación cesárea se realizará en aquellos casos que tengan contraindicado el parto vaginal o en quienes no pueda inducirse el parto.

Durante el parto y postparto se seguirán las mismas indicaciones descritas en la preeclampsia severa.

Forma comatosa

Se tratará como una eclampsia. Investigar la posible existencia de un accidente vascular encefálico.

Interrumpir el embarazo después de 24 horas de tratamiento, para mejorar el estado materno.

Profilaxis

Probablemente sea imposible prevenir la aparición de toxemia aguda hasta que se conozca su causa básica. Los estados más avanzados y graves de la afección pueden ser suprimidos si el médico detecta las más precoces evidencias de retención de líquidos o los cambios de presión mínimos en sus inicios. La medida preventiva más importante es probablemente indicarle a la grávida en las últimas semanas del embarazo, reposo en cama periódico.