

En resumen, la hipertensión, incluso en grado excesivo, que ha durado más de 8 años y que no está ligada a afecciones cardíaca o renal, no significa mal pronóstico; en realidad su probabilidad de vida no difiere en un promedio de menos de tres años de la normal.

Este tipo de hipertensión no suele evolucionar hacia la malignidad. En la serie objeto de este estudio, ningún caso pasó al curso maligno. Estas hipertensiones no están en relación con trastornos arteriolares, manifiestos por edema o hemorragias retinianas, ni con lesión renal, hallazgos todos ellos propios de las hipertensiones malignas.

La causa más frecuente de muerte en estos pacientes es la insuficiencia cardíaca y, en segundo lugar, la lesión cerebrovascular.

Cuanto más joven es el paciente en el momento en que empieza su hipertensión, menos probabilidad presenta de alcanzar el promedio esperado de vida. En las edades más jóvenes esta diferencia alcanza hasta 15 años menos.

El presente estudio se apoya en un grupo demasiado reducido para decidir respecto al pronóstico de la hipertensión en relación con el sexo.

Se sugiere que en los casos en que el médico se encuentre con un sujeto de menos de 50 años, afecto de hipertensión, debe ser examinado con bastante frecuencia para diagnosticar la progresión del proceso, sobre todo en lo que se refiere a los signos de trastornos cardíacos, renales o retinianos. En ausencia de los mismos, la indicación quirúrgica puede diferirse.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LA DIABETES EN EL EMBARAZO *

Dres. PAUL M. RIKE y ROBERT M. FAWCETT

Pittsburgh, Pa.

En estas líneas se trata de los factores perturbadores de la diabetes en el embarazo, según el estudio derivado de las observaciones en el Elizabeth Steel Magee Hospital, prolongadas durante 10 años hasta junio de 1946. Durante dicho lapso se contaron 31.544 partos de los cuales, en 55, o sea el 0,174 %, el embarazo respectivo estaba complicado de diabetes, en un número de 46 mujeres.

Intervalos entre los embarazos

Siete de nuestras pacientes pasaron dos embarazos y una, tres embarazos. El intervalo entre las gestaciones varió entre 1 y 4 años.

Edad

La edad de este grupo se extendía entre los 16 y los 45 años, con una edad promedia de 31 años. Es curioso presentar el dato de que la edad prome-

* "Amer. J. Obst. & Gynec", septiembre 1948.

dia de todas las pacientes asistidas durante 10 años en el hospital, ha resultado ser de 23 años. La probable conclusión de esta disparidad es la de que la diabética no concibe hasta edad más avanzada, a causa de posible infertilidad, de matrimonio diferido o de las tentativas de evitar la gestación a causa de miedo o de incomprensión.

Hospitalización

La hospitalización antes del parto varió entre la admisión el mismo día del alumbramiento y 68 días antes del mismo. Los períodos más largos se debieron a la diabetes complicada de toxemia.

Duración de la diabetes

El reconocimiento de la diabetes varió entre el diagnóstico precisado durante la gestación y el revelado 22 años antes. La duración promedio de la diabetes antes del embarazo resultó de 6.3 años.

Los 13 casos descubiertos durante el embarazo forman el 23.6 % de todo el grupo de gestantes diabéticas. Una de estas pacientes quedó diagnosticada de diabetes durante el primer mes; 4 en el sexto mes; 1 en el séptimo mes; 4 en el octavo mes y en 4 no pudo precisarse este dato. Es probable que un número considerable de estas pacientes pueden haber sido potencialmente diabéticas antes de la gestación, cuyo incidente la agravó y pudo ser entonces más fácilmente diagnosticable. De las 12 gestantes cuya diabetes se reveló durante el embarazo, 11 presentaban síntomas de poliuria, polidipsia y polifagia; la restante no presentaba síntoma subjetivo alguno.

Cantidad de azúcar

Todas estas pacientes diabéticas, con la excepción de 10, presentaron glucosuria en algún momento de su hospitalización; en algunas la eliminación de azúcar por la orina fué extremada, en contraste con la cifra de glucemia dentro de los límites normales, hecho que se explicó por un bajo umbral renal, de etiología hormonal para el azúcar durante el período de gravidez.

Shock y coma

Diez de las pacientes registraron durante la gestación una historia de shock insulínico; siete otras sufrieron coma; una padeció los dos incidentes. En bastantes el coma fué la causa que decidió la hospitalización.

White ha declarado que, según su experiencia, las eventualidades de coma y de hiperglucemia no han sido motivos comprobados de casos fatales en el momento del parto. Esta opinión contrasta con los hechos registrados en nuestras estadísticas; en tanto que no pudo atribuirse ningún caso de muerte fetal directamente derivado del shock, 4 casos de coma terminaron con la muerte del fruto. En uno de estos casos, en un embarazo de ocho meses, el coma llevó a la muerte a la madre y al hijo.

Complicaciones

Las complicaciones registradas en estas pacientes grávidas con diabetes, fueron: 4 pielitis, 3 hidramnios, 2 cardiopatías reumáticas, 1 caso de cardiopatía

congénita con iritis y catarata, 1 caso de estenosis cervical, 1 caso de tic doloroso, 1 de sífilis, 1 de nefritis, 1 de neumonía y 1 de meningioma. Creemos que ninguna de estas complicaciones, con la posible excepción de los hidramnios, puede ser atribuida a la diabetes.

Frecuencia. — Es bien conocido el hecho de que la toxemia es mucho más frecuente en los embarazos complicados de diabetes que en las gestaciones normales. En nuestro estudio, 18 de las pacientes diabéticas (el 32,7%) se clasificaron como afectas de toxemia hipertensiva. Estas 18 se subdividieron en 2 (11%) con hipertensión esencial: 3 (16,6%) con toxemia nefrítica: 12 (66,6%) con estado premonitor de la eclampsia, y 1 (5,5%) con eclampsia verdadera.

Distribución. — La edad promedio del grupo de las pacientes toxémicas se calculó en 32,2 años. El número de embarazos anteriores demostró ser variable entre las primigrávidas y las que presentaban la novena gestación. El 61% de todas las diabetes descubiertas durante el embarazo estuvo complicado por alguna forma de hipertensión, a cuyo hecho no hemos podido dar explicación satisfactoria. La posibilidad de que ocurra una cifra tan elevada, sería la de que las pacientes hipertensas fueran estudiadas con más detalle, de modo que se hubieran apreciado las circunstancias de la diabetes durante el período gestante. También en este grupo quedan comprendidas las pacientes con diabetes de mayor duración.

Duración. Parto. Peso fetal. — Los embarazos llegaron a término, con la excepción de uno de siete meses y medio y otro de siete semanas, el cual fué interrumpido por histerectomía. Los partos fueron espontáneos en 7, con aplicación de fórceps en 3, con versión en 1 y con cesárea en 6. Los pesos de los hijos nacidos de madres toxémicas se comparan favorablemente a los de nacidos de madres diabéticas.

Muertes fetales. — Se registraron 3 muertes fetales, lo que corresponde al 16,6%. Dos de estos casos fueron de muerte intrauterina con maceración; el restante, nacido normal, presentaba una peritonitis por perforación, comprobada por la autopsia, pero de etiología desconocida.

Tratamiento. — Sólo una de las pacientes con toxemia fué sometida a pruebas hormonales. Otras 3 se trataron con estrógenos y progesterona. En 1 la toxemia evolucionó desfavorablemente y tuvo que interrumpirse la gestación por cesárea. Parece cosa deseable que en todas las pacientes diabéticas se determinen sus condiciones hormonales para fundamentar el tratamiento apropiado. Si estas determinaciones no son posibles, deberá comenzarse el tratamiento con estrógenos y progesterona al observar los primeros indicios de toxemia. Este es el método más seguro de poder concluir favorablemente la gestación y de conseguir niños viables.

Duración del embarazo

Los momentos de la gestación en que terminó la misma, espontáneamente o inducida, fueron los siguientes:

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| 2 a los 2 meses | 2 a los 7 meses |
| 1 a los 2 meses y medio | 1 a los 7 meses y medio |
| 1 a los 4 meses | 10 a los 8 meses |
| 1 a los 6 meses | 11 a los 8 meses y medio |
| 1 a los 6 meses y medio | 22 a los 9 meses |

Parto

En el grupo de enfermas diabéticas se contaron 15 partos espontáneos, 16

aplicaciones bajas de fórceps, una extracción de nalgas, 6 cesáreas clásicas, 8 cesáreas cervicales, 1 craniotomía con versión y extracción, 1 histerotomía y 3 evacuaciones por vía vaginal. Se podrá observar que únicamente se contó con una presentación de nalgas, lo que significa una proporción escasa, contra lo que se suele afirmar de que este tipo es frecuente en las diabéticas. La histerotomía y los raspados se llevaron a cabo con el propósito de interrumpir el embarazo, sin que, en nuestra opinión, la diabetes sea por sí sola una indicación para tal interrupción. En 2 circunstancias se practicó la ligadura tubal en el momento de la sección. De practicar la ligadura sola, debe hacerse durante las primeras horas del puerperio, para correr el menor riesgo. Somos de la opinión de que la esterilización debe practicarse en las diabéticas después de haber dado a luz dos o más hijos (1). En nuestras intervenciones obstétricas empleamos el óxido nitroso, el éter, la anestesia local, la raquianestesia y el pentotal, a veces combinados.

Peso fetal

Los pesos registrados de los recién nacidos fueron los siguientes:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|---|-----|---|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|---|-----|-----|
| Peso (Kg) | 1.2 | 2 | 2.5 | 3 | 3.2 | 3.5 | 3.7 | 4 | 4.2 | 4.5 | 4.7 | 5 | 5.2 | 5.5 |
| Niños | 2 | 1 | 2 | 2 | 6 | 8 | 5 | 8 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 |

Mortalidad fetal

Entre los 52 partos se contaron 15 muertes fetales, lo que significa una proporción del 28,8%. Estas muertes fetales, clasificadas según el momento de ocurrir, se expresan así:

| | |
|-------------------------|--|
| 2 a los 2 meses | 2 a los 7 meses; (1 con fórceps) |
| 1 a los 2 meses y medio | 2 a los 8 meses; (1 con fórceps) |
| 1 a los 4 meses | 2 a los 8 meses y medio; (1 con fórceps) |
| 1 a los 6 meses | 3 a los 9 meses; (2 con fórceps) |
| 1 a los 6 meses y medio | |

Muertes maternas

En nuestra serie se lamentaron 2 muertes maternas, ambas en casos de toxemia.



OFTALMOLOGIA

EMPLEO DE LA BACITRACINA EN LAS INFECCIONES OCULARES *

Dres. JOHN J. BELLOWS y CHESTER J. FARMER

Chicago

Ha quedado demostrado que la bacitracina puede ser empleada sin peligro en la superficie exterior del globo del ojo a concentraciones superiores a 1.000 unidades por 0.1 c.c. de suero salino. La bacitracina no penetra a través de la córnea normal en cantidades apreciables, pero llega al humor acuoso si el epitelio corneal queda lesionado por agentes físicos, químico-

(1) Ya es sabido que esta opinión no la pueden compartir los médicos católicos (N. de la R.)