

#### IV FACTORES PREDISPONENTES

A través del tiempo y en la búsqueda de factores predisponentes de la Toxemia, después de una importante serie de observaciones se han clasificado en tres grupos de acuerdo con Azcárate Sánchez:

- 1.— Causas inherentes al embarazo.
- 2.— Enfermedades maternas.
- 3.— Factores constitucionales y ambientales.

#### CAUSAS INHERENTES AL EMBARAZO

Embarazo múltiple:

a).— Es notable el aumento en la frecuencia con que se presenta la Toxemia en el embarazo múltiple; la observación estadística es que la Eclampsia ocurre con frecuencia de 4 a 1 en el embarazo múltiple en relación a la gestación única lo que ha inducido a pensar a diversos autores que la sobre distensión uterina sea la causa de la isquemia utero-placentaria y la liberación de sustancia presora. (HISTEROTONINA).-

b).— POLIHIDRAMNIOS: Tomando en consideración los reportes de Harris que encuentra esta asociación en un 44%. Murray dá cifras de 6.1%; se concluye que por sí solo no es un factor predisponente.

c).— Mola Hidatiforme: La Mola es una masa carnosa informe que se desarrolla en el útero, por la degeneración o hidropesía de las vellosidades del corion y la placenta. Se identifica por racimos de vesículas, desde un milímetro; hasta varios centímetros, que contiene un líquido claro en su interior. Se caracteriza por: 1) Degeneración hidrópica del estroma veloso que llega hasta la formación de quistes. 2) Ausencia o escasés de vasos sanguíneos en las vellosidades. 3) Proliferación variable de trofoblasto.

Se refieren índices de asociación que varían del 4.5 al 33.3%, las manifestaciones clínicas, aparecen antes de las 24 semanas de gestación, y los hallazgos patológicos por biopsia renal son similares a los observados a la Toxemia del tercer trimestre.

La enfermera recomendará una vigilancia dedicada sobre el aumento excesivo de peso, por considerarse un signo precoz de toxemia.

Durante el embarazo, es normal un considerable aumento de peso especialmente durante los últimos seis meses, debido al crecimiento del feto, placenta, líquido amniótico y aumento de tamaño del útero, así como la acumulación de grasa en los tejidos maternos.

Un aumento de peso superior a 2.5 Kgs. en cualquier mes del embarazo; debe considerarse como un posible aviso del comienzo de una toxemia. También se puede presentar una toxemia sin ningún aumento anormal de peso.

## ENFERMEDADES MATERNAS

a) **HIPERTENSION ESENCIAL.**- En pacientes con hipertensión esencial pero con funcionamiento cardíaco y renal normales, el embarazo no agrava la hipertensión; así lo demuestran los estudios realizados por Martini y James, quienes observaron que es necesario una deficiencia en la capacidad funcional de estos órganos, y de presentarse la toxemia, deberán valorarse otros factores predisponentes. Brian en sus estudios, concluye que la toxemia no es causa de enfermedad vascular crónica, y esto mismo ha sido comprobado en pacientes eclámpticas por Bryans.

La incidencia de toxemia sobreañadida a un estado de enfermedad vascular hipertensiva es de un 44.4% a 66.5% según diversos autores en pacientes mayores de 30 años.

Normalmente, durante el embarazo la presión arterial no se eleva. Un aumento de 30 mm o más en la presión sistólica o de 15 mm o más en la presión diastólica por arriba de los niveles normales en una embarazada, se considera un signo de toxemia. O sea, que una madre cuya presión arterial normalmente es de 110/80, se considera que tiene signo de toxemia si presenta una presión arterial de 140/80 o 140/95 o más elevada. Una presión arterial de 140/90 en cualquier embarazada, se considera como signo de toxemia, a menos que se sepa que la paciente ha sido hipertensa antes de embarazarse.

La hipertensión arterial esencial ligada a otros factores como la edad, paridad y diferentes complicaciones inherentes a estas entidades, hacen que no pueda hablar de la hipertensión como una entidad aislada y predisponente de la toxemia. Es de tener en cuenta el factor hereditario de hipertensión previa, ya que la toxemia no puede revelar el estado hipertensivo en etapa temprana.

b) **NEFRITIS:** La glomerulonefritis aguda o crónica ,aumenta la frecuencia de la Toxemia sobre todo en pacientes hipertensos, y la incidencia es proporcional al daño renal.

Las características del síndrome nefrótico (hipertensión, proteinuria, edema, lipoproteinuria y coesterolemia) origina frecuentemente sea confundido con toxemia.

c) **DISRITMIA CEREBRAL:** Parece ser que es importante en la aparición de la Toxemia. Ya que se observa una mayor frecuencia de convulsiones en pacientes con alteraciones electroencefalográficas previas al padecimiento.

d) **DIABETES MELLITUS:** Cuando no se controla produce daño vascular generalizado, que obviamente afecta la circulación placentaria; provocando hipoxia y liberación de sustancias presoras. Es elevado el número de complicaciones que del inadecuado control derivan, macrosomía fetal, polihidramnios; malformaciones congénitas, hipertensión, etc.

Procesos estos que elevan la Toxemia en un 52% y que disminuyen a un 8% con el control de la diabetes.

#### FACTORES CONSTITUCIONALES Y AMBIENTALES

a) Edad.- La Toxemia va en relación con la edad y la paridad y los datos obtenidos varían entre los diferentes autores.

La inmadurez biológica del organismo materno, frente a los cambios del embarazo y aumento de la actividad hormonal y metabólica, condicionados por la juventud, son atribuibles como causas que predisponen en la joven a la Toxemia.

b) Paridad.- La paridad al igual que la edad, van generalmente unidas. En las multíparas la edad condiciona por razones naturales, enfermedades diversas y en especial del Aparato Cardiovascular que elevan la frecuencia de la Toxemia en la primigesta muy joven y en la añosa. Encontramos la más alta incidencia de asociación a este padecimiento.

c) Factores Psicológicos.- Se piensa que el Stress del embarazo y la poca adaptabilidad de la madre al embarazo, sobre todo si son jóvenes y solteras, sean factores predisponentes.

d) Factores Socio-Económicos.— Castelazo Ayala en sus observaciones nos dice que existe una incidencia mayor en mujeres con deficiencia alimenticia, tanto en cantidad como en calidad, principalmente en proteínas, riboflavina y ácido nicotínico, así como un daño hepático asociado a la desnutrición.

Es observable además que el padecimiento es más común en clases sociales indigentes, muy notablemente por el factor nutricional deficiente ya mencionado.

e) Clima.- No existe un acuerdo general y algunos autores reportan mayor frecuencia en verano y otros en invierno. Randall dice que es más frecuente cuando el clima es lluvioso, es decir húmedo con presión barométrica baja.