

V S I N T O M A T O L O G I A

Signos de diagnóstico.— Los signos cardinales son hipertensión, proteinuria y edema, que aparece en el último trimestre del embarazo; estas tres características de la preeclampsia pueden ser observadas rápidamente por el examen prenatal minucioso.

Hipertensión.— Los límites superiores normales de la presión arterial son una cifra sistólica de 140 mm. de Hg y de otra diastólica de 90 mm. A veces, sin embargo, las cifras de presión menores de dichos niveles pueden guardar relación con un proceso toxémico, y cualquier aumento persistente de la presión (30 mm. de Hg o más), suele tener importancia. La cifra diastólica es guía más fidedigna en lo que respecta a la preeclampsia, y puede exceder de 90 mm. de Hg. cuando la cifra sistólica no es alarmantemente alta.

Proteinuria.— Este signo varía notablemente con la gravedad del proceso toxémico. Es la forma más benigna de la preeclampsia cabe advertir en la orina solo una cantidad ínfima de proteína. En el caso de la enfermedad más grave; puede demostrarse por la técnica de precipitación de Esbach la presencia de 6 a 8 g. o más de proteína por litro y se obtendrá una reacción cualitativa de 4 g.

Edema.— La misma paciente advierte el edema en forma de hinchazón de tobillos, cara o de dedos de la mano; esta retención de agua en los tejidos se acompaña de elevación anormal del peso; el aumento de más de medio kilogramo de peso por semana puede indicar preeclampsia inminente. Hay que medir con gran minuciosidad y vigilar los cambios de peso, pues esta medición sencilla a menudo constituye un signo de alerta temprana de problemas futuros. Puede estar presente el edema generalizado y no es necesario para el diagnóstico. En casos de preeclampsia fulminante, por otra parte, la retención de agua puede ser extraordinaria y dichas pacientes pueden aumentar 4.5 kgs. o más de peso en una semana.

Cefalalgia.— La cefalalgia frontal u occipital puede ser indicación de inminencia de convulsiones. El examen post-mortem del cerebro de las eclámpicas suele mostrar trombosis y necrosis fibrinoide de vasos pequeños al igual que hemorragias microscópicas o macriscópicas. A menudo se ha señalado la presencia de edema, pero Sheehan ha puesto en duda su presencia en el cerebro de personas examinadas muy poco después de morir.

Dolor epigástrico.— No es claro el origen de este tipo de dolor; puede depender de estiramiento de la cápsula de Glisson (del hígado) por hemorragias pequeñas o posiblemente tenga origen central.

Alteraciones Oculares.— Pueden variar desde borramiento moderado de la visión hasta la ceguera total. La retina puede demostrar espasmo arteriolar localizado o contricción generalizada, edema de la

papila y rara vez, desprendimiento. Las hemorragias y los exudados indican vasculopatía crónica.

Oliguria.— Este signo posiblemente sea el resultado de alteraciones patológicas y cambios funcionales en los riñones. La lesión renal incluye los siguientes signos:

- 1.— Hinchazón del citoplasma de células endoteliales.
- 2.— Aumento en el número de células intercapilares.
- 3.— Depósito amorfo entre la membrana basal y el citoplasma de las células endoteliales.

La corriente sanguínea por el riñón es casi la misma que en la mujer no embarazada, pero el flujo no es menor que el que correspondería a la embarazada antes de las semanas finales del embarazo. El índice de filtración glomerular disminuye en las preeclámpsicas, lo que posiblemente produzca retención del sodio, pues no hay disminución correspondiente en la resorción tubular de este elemento.

Cambios funcionales y bioquímicos.— El espasmo arteriolar generalizado es un signo importante de la toxemia y explica muchas de las lesiones observadas en diversos órganos, pero no hay prueba alguna que el árbol vascular anormal cause la enfermedad.

A pesar del espasmo vascular extenso no se ha podido demostrar que disminuyen los índices de flujo sanguíneo por hígado, cerebro, músculos del brazo y piel.

E C L A M P S I A

Además de lo señalado acerca de la preclampsia, hay algunas reglas que conviene formular respecto a la paciente en quien la toxemia ha evolucionado al punto de aparecer convulsiones clónicas y tónicas. La eclampsia se ha vuelto una alteración muy poco observada. Excepto a zonas en que la asistencia prenatal es inadecuada. La crisis convulsiva inicial puede aparecer antes del parto, durante el mismo o en el puerperio (en término de 24 horas del parto) y es seguida por un período variable de coma. Otras convulsiones pueden aparecer en intervalos irregulares, con recuperación de la conciencia o sin ella, después de cada ataque. Raras veces después de una crisis convulsiva aislada aparecen coma duradero y muerte.

La paciente típica de eclampsia mostrará hipertensión notable, respiración rápida y estertorosa, proteinuria intensa, hematuria, cilindros en orina, oliguria o anuria, y edema masivo. Las que mueren de eclampsia muestran edema pulmonar extenso. A veces la muerte ocurre súbitamente por hemorragia cerebral.

El ataque eclámptico puede presentarse en cualquier momento, incluso mientras la paciente duerme. Pueden existir signos primarios de ataque eclámptico. Y la enfermera debe conocer y vigilar estrechamente a la paciente que presente síntomas de preeclampsia, para evitar que la paciente llegue a un estado eclámptico.

En la crisis convulsiva se distinguen cuatro periodos (4,10).

1).— Iniciación o Invasión.- Se caracteriza por una expresión fija de los ojos, y el giro de la cabeza hacia un lado, iniciando las convulsiones alrededor de la boca en forma de contracciones faciales, existiendo miosis en la mayoría de los casos, siendo de una duración de 10 a 15 segundos.

2).— De Contracción Tónica.- El cuerpo se pone rígido debido a una contracción muscular generalizada, existe distorsión de las facies, exortalmos, los brazos se encuentran en flexión, las manos se cierran fuertemente y las piernas están rígidas. Este periodo es de 15 a 20 segundos de duración.

3.— Periodo de contracción clónica o convulsiva.- Se caracteriza porque las mandíbulas empiezan a cerrarse y abrirse violentamente, al igual que los párpados, seguido de los músculos faciales, luego todos los músculos del cuerpo, los cuales se contraen y se relajan de manera alterna en rápida sucesión. Son tan fuertes que el paciente puede caerse de la cama, morderse la lengua, el rostro se congestiona apareciendo cianosis. La duración de este periodo es de uno a tres minutos, siendo el de más duración.

4).— Periodo comatoso.- La paciente queda en estado de coma, y se va recuperando poco a poco no recordando nada de lo ocurrido. Puede también morir en este estado.

El pulso es acelerado, ahora ya en forma constante, pero en ocasiones puede ser débil y rápido. La presión arterial se eleva a cifras de 180/110 mm. de Hg. aproximadamente. Puede haber hipertermia por arriba de 38°, debido a perturbaciones de los centros termo reguladores por el edema cerebral.

La respiración casi siempre está aumentando su ritmo y es estertorosa, llegando en ocasiones hasta 50 por minuto lo que provoca grave alteración del equilibrio ácido básico.

La albuminuria es muy intensa y puede llegar hasta 30 grs. por litro. Hay oliguria, y en ocasiones anuria.

El edema está presente en casi todos los pacientes con eclampsia, pero existe un 10-15% que permanece oculto, por no ser demostrable superficialmente. El trabajo de parto suele instalarse poco después de iniciadas las convulsiones.

El primer signo de mejoría puede ser la excreción urinaria, que alcance niveles normales. El edema y la proteinuria desaparecen en unos cuatro a cinco días, la presión arterial puede tardar hasta dos semanas, o más, en recobrar sus valores normales.

El coma tiene duración de horas o días y las convulsiones tienden a disminuir entre las 12—24 horas después del parto.

Pueden presentar ceguera por edema papilar y cerebral con duración variable de horas a semanas.