

## LA ECLAMSIA

Por el Dr. F, PROUBASTA.

La eclamsia es seguramente el cuadro patológico, producido por intoxicación gravídica, más grave que puede ofrecer una embarazada. En el mismo vómito pernicioso incoercible la muerte, si ilegal, lo hace con cierta lentitud, por etapas cada vez más grave; pero en la eclamsia, cuando estalla un ataque, nadie es capaz de pronosticar si con él se acabará la vida de la enferma. Ciertamente que la eclamsia va antecedida, generalmente, por otras alteraciones, y no en balde se llama modernamente al conjunto, complejo edema albuminuria-eclamsia, o complejo edema-nefrótico-eclámstico, que Seitz abrevia con el nombre de edneklosis, pero como para muchas embarazadas el estar edematosas aquellas no se tienen por graves, y el edema es un hecho corriente en el embarazo y no se estima nece-

parió el **examen** de orines, el tocólogo es solamente llamarlo al ofrecerse el ataque eclámstico en muchos casos,

La frecuencia de la eclamsia es de 1 por 300 partos, siendo raras las recidivas, a lo más un 2 por 100. Digno de recordación es el caso relatado por von Hulste, en el que una mujer tuvo ataques de eclamsia en cuatro embarazos seguidos. La eclamsia se presenta regularmente durante el embarazo y parto; pero no es una gran rareza el tener ataques, de ordinario después" de algunos minutos o pocas horas después del parto. Hay, sin embargo, en este último punto, excepciones. Tarnier vio un ataque de eclamsia veinte días después del parto; Bar, al mes; Baudeloeque, a las seis semanas; Simpson, a las ocho semanas. En el caso de Bar se practicó la autopsia y se halló el

riñon grande y blanco, propio de esta enfermedad, y la enferma ofreció en vida una ligera albuminuria después del parto.

Es enfermedad propia de la segunda mitad del embarazo; pero excepcionalmente puede ofrecerse antes, principalmente en casos de mole hidatídica.

Dentro de lo excepcionalmente puede citarse también la mayor frecuencia de la eclamsia en las nefrectomizadas y el poder ofrecer tal trastorno en los embarazos extrauterinos.

En el complejo edema nefrótico-eclámsico lo primero en aparecer es el edema, localizado preferentemente en **las extremidades inferiores**, paredes del vientre, manos y cara. **Con** la cinta métrica y la balanza se pueden **seguir** las fluctuaciones del edema. Toda embarazada cuyo peso au-

menta en una semana en cantidad mayor de lo corriente, debe ser estrechamente vigilada.

Después del edema, el otro síntoma que aparece es la albuminuria, que se ofrece en dos formas: una, en que la cantidad de albúmina es menor a 1 por 1.000: otra, en que es superior a dicha **cantidad**, y ofrece, además, la orina, cilindros. Las albuminurias de menos de 1 por 1.000, pueden no tener origen renal, procediendo de exudaciones vesicales por trastornos de compresión, albuminuria gravídica, etc.; pero deben ser, a pesar de su pequeñez, combatidas por un tratamiento dietético; lográndose, en muchos casos, su desaparición, si son de origen renal.

Essen-Müller fue el primero que comprendió la importancia de los síntomas que anteceden a la

eclamsia y que él reunió bajo la denominación común de eclamsismo, cuyo debido tratamiento puede evitar la aparición de la eclamsia con sus graves consecuencias. El eclamsismo comprende los siguientes síntomas: elevación de la presión arterial, albúmina en la orina en cantidad generalmente superior al 1 por 1,000 existiendo también en ella eritrocitos algunas veces; pero, de ordinario, solamente hay glóbulos blancos, células epiteliales degeneradas y cilindros hialinos y granulados. Existen, además, **en el eclamsismo**, malestar, a veces pertinaz insomnio; cefalalgia, preferentemente en la región frontal, tan violenta a veces, que la enferma casi se aloca; vómitos, tendencia a la diarrea y trastornos visuales, que pueden llegar a la ceguera. Los trastornos de la visión, dada la existencia de albuminuria, pueden hacer creer sean siempre provocados por alteraciones de la retina; pero su rápida desaparición inclinan al ánimo a sospechar que su origen sea debido, en muchos casos, a perturbaciones centrales.

Entre el eclamsismo y la eclamsia según Seitz, no hay fundamentalmente grandes diferen-

cias. La eclamsia es igual que el eclamsismo, con la adición de un estímulo cerebral que provoca el ataque, **estímulo** que no sabemos cómo y por qué se presenta. **Tanto** uno como el otro caso tardan lo mismo en curarse, y hay casos de eclamsismo en que la enferma muere sin haber tenido *un* ataque ecláptico. De este conjunto sintomático pueden faltar varios o casi todos los elementos; se dan casos de muerte por intoxicación gravídica, sin que la enferma haya tenido ataques convulsivos, pero ofreciéndose en la autopsia las mismas alteraciones que las presentadas por mujeres muertas en pleno ataque ecláptico. El síntoma que no falta nunca, es la elevación de la **presión** sanguínea, pudiendo deducirse con De Snoo, que todo ataque convulsivo acompañado de presión sanguínea normal, no es verdadera eclamsia. Seitz U! insiste, últimamente, como síntoma de gran valor, en la disminución de reacción a la corriente galvánica, fácilmente demostrable en el nervio mediano.

---

(1) L. Seitz: **Wie sollen wir-eclampsiebeobachtung and Eclampsiestatistik treiben** 2- Z, F, G. núm. 41, 1930.

Síntomas de mal **pronóstico**, y que, según Seitz, deben obligar al **tocólogo** a la interrupción del **embarazó**, son:

1) El estar la presión arterial durante muchos días sobre 200 ;n. m. de Hg. Bar dice que la pravedad de un caso está más en relación con la diferencia entre **máxima y mínima**, señalando la situación peligrosa que se ofrece **cuando** es menor de 4 a 5 mm.; sin **embargo**, fácil es comprender que a una presión **superior** a 200 **mm.**, la enferma está, además, **amenazada** de hemorragia cerebral y aun en el músculo cardíaco.

2) Descenso de la reacción galvánica por debajo de 3'5 M. A., **pues** es una prueba de peligrosas alteraciones del equilibrio celular y humoral.

3) Grave retinitis albuminuria.

4) Fuerte alteración de **los** sentidos y completa ceguera.

5) Intensos dolores de cabeza y abotagamiento de los sentidos como prueba de graves alteraciones cerebrales.

6) Aparición de fuerte ictericia, indicio evidente de serias alteraciones hepáticas.

Nosotros, en nuestra práctica, hemos visto dos casos de eclampsia sin albuminuria en primíparas. En el primero, se trataba de la hija de uno de nuestros mejores clínicos, ya fallecido, quien hizo examinar la orina a las nueve de la mañana del día del parto, por el laboratorio de su clínica, con resultado negativo, y a las tres de la tarde era la púérpera presa de un fuerte ataque de eclampsia. Terminé el parto con una aplicación de fórceps, sin ayuda de nadie, con la enferma tendida en la cama sin conocimiento; ignoro aún cómo pude hacerlo. El ataque se repitió atenuado a la salida de la placenta. La enferma murió años más

tarde de esclerosis cardiorenal, después de haber tenido otros dos partos sin incidentes.

El otro caso se refiere a una enferma que sufrió durante el embarazo una fiebre tifoidea grave. Por este antecedente, examiné en pleno parto su orina detenidamente a las once de la mañana, sin hallar rastro de albúmina. A las seis de la tarde, transcurridas dos horas del parto, se presentó un ataque violento de eclamsia, quedando la enferma durante muchas horas en profundo coma. Esta señora, a pesar del mucho tiempo transcurrido, goza de perfecta salud.

En ambos casos, después del ataque, había en la orina gran cantidad de albúmina.

Con toda seguridad, que si hubiese examinado antes del parto la presión sanguínea, en lugar de la orina, el aumento de presión hubiese sido suficientemente elevado para llamar la atención. Desgraciadamente en aquel entonces no se conocía el esfigmomanómetro para tales menesteres.

Si los medios terapéuticos empleados no logran la retrocesión del eclamsismo, la eclamsia aparece.

El ataque de eclamsia ha sido dividido por los clínicos en cuatro períodos:

En el primero aparecen convulsiones fibrilares de los músculos palpebrales y de la cara, que se extienden hacia el cuello y las extremidades superiores. Los ojos ruedan dentro las órbitas. La duración de este período es de medio a un minuto.

En el segundo período, llamado *tónico*, los músculos del tronco y extremidades se contraen persistentemente al máximo. La contracción de los músculos de la garganta y laringe impide la respiración, y la cara marca las señales de asfixia. En este período la enferma puede morir, y en su duración puede calcularse la gravedad del ataque, duración que no suele pasar de medio minuto, de ordinario de diez a quince segundos.

El tercer período, llamado de convulsiones clónicas, se inicia generalmente por una inspiración profunda. Sacudidas musculares lanzan a la enferma de un sitio a otro, pudiendo producirse fracturas y luxaciones si no se protege a la enferma. El pulso al comienzo fuerte y tenso, se hace

débil y rápido. La duración de este período es de dos a tres minutos, pudiendo llegar, en casos raros, hasta veinte minutos.

A este período sigue el coma, restableciéndose la respiración y quedando la enferma sin conocimiento.

Los ataques pueden ser de índole muy variada. En unos, el ataque es corto y el Coma desaparece en seguida; en otros, la conciencia no se desvela y los ataques se subsiguen. Nosotros recordamos un caso en que la enferma, al hacernos cargo de ella, llevaba doce horas de ataques continuos. Durante la operación cesárea, que le practicamos, tuvo siete ataques, pese a la anestesia. El feto, de sexo masculino, salió vivo; la enferma murió al tercer día, a pesar de **haberse** abierto el filtro renal, orinando gran cantidad de orina, últimamente casi sin albúmina, pero en pleno coma, que no cesó hasta su muerte. Seguramente se **produjo** una hemorragia **cerebral**.

La duración del Coma es muy

**importante** para el pronóstico. Si es muy breve, casi nulo, la mortalidad es de 5,7 *por* 100; si el coma es francamente existente, 10 por 100, y en las **profundamente** comatosas, el 44 por 100.

El número de ataques de eclamsia puede llegar a más de 300. Von Jardine cita un caso de 207 ataques, en que la enferma curó.

Después del ataque, la presión arterial llega al **máximo**, la temperatura se eleva (89-40\*), la cantidad de orina disminuye y, en cambio, la cantidad de albúmina aumenta, **pudiendo** llegar a 100 por 1.000 y más. Pueden presentarse amnesia y psicosis.

Como complicación grave, hay la desinserción prematura de la placenta.

Signos de buen pronóstico son: ataque breve, coma nulo, abundante sudoración al final. Nada hay, sin embargo, tan individual como la eclamsia, y, en términos generales, se puede decir que al estallar un caso de eclamsia es bien difícil pronosticar el resultado para madre e hijo.

El tratamiento de la eclamsia ha de ser, como siempre, preferentemente preventivo. En toda embarazada que se ponga bajo nuestra vigilancia, debemos poner en práctica todos los medios para evitar la nefropatía de las embarazadas. La alimentación ha de ser completa y variada, limitando algo los albuminoideos y las grasas. No olvidaremos tampoco de añadir a la alimentación determinadas sustancias absolutamente necesarias para el desarrollo fetal, como calcio, hierro, vitaminas. El ejercicio moderado, al aumentar la ventilación pulmonar, dificultará la acidosis de la sangre.

La eclamsia es el final de un complejo, que se inicia con edemas, y éstos deben, por tanto, combatirse. A toda embarazada que se presente a nuestra visita con edemas y éstos sean algo importantes, le recomendamos el reposo en cama durante tres días, aumentándose exclusivamente con leche declorurada. La leche, que hasta ahora había sido la panacea de la albuminuria y de los edemas, no obstante los buenos

resultados con ella obtenidos, ha sido definitivamente desechada, por contener 0'70 gr. de cloruro sódico por litro; pero como la industria proporciona hoy, y en nuestro país, leche sin sal, no tenemos inconveniente en utilizarla. Después de estos tres días, sometemos a la enferma a la dieta sin sal de Suoo, consistente en:

Almuerzo: pan, manteca, huevos, confituras.

Comida: sopa, pescado o carne, patatas, legumbres, compota de arroz sin leche o con leche declorurada.

Cena: manteca con pan y frutas.

Todo sin sal.

Como bebidas: té, café sin leche o con leche declorurada y con azúcar. El chocolate disuelto en agua es bien tolerado.

Si los edemas persisten o mejoran poco, puede intercalarse algún día en que las comidas consistirán exclusivamente en frutas, para dar variación al alimento, que deberá, en lo posible, continuar en la forma dicha.

La dieta sin sal es de un gran valor preventivo y superior al

antiguo procedimiento de la dieta láctea. Sin retención de cloruro de sodio no hay eclamsia (de Snoo)

La comida sin sal cansa pronto a las enfermas, aunque se agregue la llamada sal de régimen (Hosal y otras). Tampoco se puede continuar con ella durante muchos días impunemente. Es preciso, por tanto, después de algunos días, agregar pequeñas cantidades de cloruro sódico, comenzando por 1,50 gramos a 3 gr., hasta llegar a diez gr. diarios, si se obtiene mejora, que es lo general.

Sería inacabable citar las distintas alimentaciones que se han propuesto para las enfermas edematosas o albuminúricas con la cantidad de sal que, según los casos, puede permitirse. En la práctica, lo más sencillo es comenzar con el régimen sin sal y, si el caso es importante, limitando la absorción de líquidos, limitación que puede llegar a 900 cm. cúbicos al día, en forma de purés, papillas, etcétera.

En casos de eclamsismo, con

síntomas de gran relieve, *ladieta afamis*, propuesta por Vollhard, y que puede tener hasta tres días de duración, se impone.

Nunca debe olvidarse que el reposo en cama es un gran coadyuvante de toda dieta y tratamiento.

Si el eclamsismo no mejora, a pesar del tratamiento, y la presión vascular aumenta, síntoma el más importante y que el médico debe siempre explorar, el tratamiento a seguir es el mismo de la eclamsia, pues aunque no haya hecho su aparición, está a punto de hacerlo.

Tres tratamientos tiene el médico a escoger en caso de eclamsia: el expectante, el intervencionista y el de la línea media, según denominación de Edelman.

El tratamiento activo, consistente en la terminación del parto al primer atarime, tiene hoy numerosos y decididos partidarios. En un reciente trabajo, Wachtel dice: «Estamos hoy en el mismo punto de partida que en el año 1907, en que yo dije: la causa de

la eclamsia hay que buscarla en el metabolismo de la placenta, y la única terapéutica causa! es alejarla del cuerpo de la enferma, y esto únicamente se logra haciendo parir a la ecláptica inmediatamente-. La consigna en la clínica del profesor Franz Veber. a la que pertenece Wactel, es. **que**, después de un primer **ataque**, la enferma debe quedar libre de BU embarazo media hora **después**. acudiendo al procedimiento más rápido, la operación cesárea, si no hay manera de practicar una versión o hacer una aplicación de fórceps.

Dice Zangemeister: El vaciar la matriz es el mejor medio para obligara retroceder al proceso, aunque sea lentamente, pues una vez se ha desarrollado un **ataque** y se abandona el mal a las fuerzas naturales, nadie puede prever el resultado para la madre y el feto Freund, después de examinar-551 casos de eclamsia, termina diciendo: cuanto más precozmente se termina el parto, mejores resultados se obtienen, puesto que la mortalidad crece con la espera.

En la clínica de Bumm. la terapéutica expectante dio un 25-30 por 100 de **mortalidad**; en cambio, la **terapéutica** activa inmediata dio solamente un 1.8

Con el tratamiento expectante se intenta evitar toda intervención. Finan) Ka sido uno de **los** que más categóricamente se ha situado en este sentido al decir que jumas el tratamiento de la **eclamsia** debe ser quirúrgico.

El tratamiento oportunista se funda en terminar el parto así que el cuello tenga suficiente dilatación para hacerlo; y si la enferma no está en período de parto, practicar el tratamiento expectante, En casos graves, acuden también a la operación cesárea.

La base de la terapéutica expectante está en la sangría, y **el tratamiento** de Stroganow para lo.« **ataques**.

**La sangría**, introducida en la **práctica por Zweifel** y Lichtenstein, debe practicarse en caso de eclamsismo **grave** o al ser llamados para **combatir** un ataque de eclamsia. **Será abundante**, de 400-600 cm. cúbicos. Con ella se

logra un descenso en la hipertensión, un menor peligro de las extravasaciones **sanguíneas** y una mayor facilidad **en la circulación**, El peligro está en **que**, si se presenta el parto, no se sabe **nunca** la cantidad de **sangre** que **puede** perder la enferma y si la extracción de sangre hecha, junto con la que se pierde en el parto, será excesiva o no.

El procedimiento de Stroganoff es el siguiente:

En el momento de ser llamados para tratar una ecláptica, *inyec.* -taremos 0,01-002 gr. de morfina; una hora después, 2 gr. de hidrato de cloral por vía rectal; dos horas más tarde, 0,015gr. de morfina por la vía cutánea; cuatro horas más tarde, 2 gr. de **cloral**; seis horas después, 2 gr. de cloral; ocho horas más **tarde, 2 gr. más de doral**; después de otras ocho horas, 1,5 gramos de doral,

El doral seda en enemas, atendiendo a la siguiente forma:

Agua destilada. ....200 gr.  
Hidrato de cloral. .... 10 "  
Musilago de goma ..... 20 "

Cada 20 cm. cúbicos contienen 1 gr. de cloral. La cantidad a

inyectar en el recto, se mezcla con lechea partes iguales. La dosis de hidrato de cloral puede aumentarse o **disminuirse** en 0,5 gr, según la intensidad del ataque.

El procedimiento de Sfcroganoff no llega a convencer a los partidarios de la terapéutica activa. Señalan el hecho de que el mismo Sloganoff trató 16 casos de eclamisia en la clínica de Bumm. muriendo 7, o sea un 37 por 100 de mortalidad. Como dice oportunamente Michel Wachtel, tal mortalidad no es de extrañar. Una ecláptica es una mujer fuertemente intoxicada, que no puede siempre soportar la adicción de tóxicos, que en forma de cloroforno, morfina e hidrato de cloral, se le administran.

La lucha está hoy entre intervencionistas y expectantes. El criterio de la línea media ya no tiene razón de ser, pues ya no existe tocólogo que tenga un criterio absolutamente cerrado y no se adapte con más o menos inclinación a sus convencimientos, a las exigencias del momento. Dudamos, por ejemplo, que en el ca-

so por nosotros relatado, de una ecláptica en doce horas de estado comatoso y con una subintran-  
cia continua de convulsiones y en la que se había practicado una terapéutica completa, el médico más abstencionista no hubiera dejado de intervenir, estando el feto vivo; ni tampoco existe médico intervencionista que practique la operación cesárea si la ecláptica está en pleno trabajo, con dolores enérgicos y con una dilatación *de* una palma de mano.

La inmensa mayoría de tocólogos se deciden hoy por el tratamiento activo. El mismo Seitz, aun reconociendo que faltan estadísticas lo suficientemente elocuentes para decidirse, se inclina por la intervención. Los perfeccionamientos en la técnica de la operación cesárea, la probable seguridad de sacar con vida, al feto, son motivos para tal preferencia.

La situación cambia si el ataque ecláptico aparece una vez ha sido expulsada la placenta. En este caso las discusiones ya no tienen razón de ser. Hay que acudir al método de **Stroganoff** y a la sangría. Si con el proceder de Stroganoff no se obtiene me-

jora, cabe aún ensayar la escopolamina. **añadiendo** eucodal y efetonina para disminuir en su poder las acciones secundarias de dicha substancia. La casa Merck prepara inyecciones apropiadas, debiendo preferirse la solución débil, aunque debe repetirse (escopolamina  $\pm$  milígr., eucodal 1 cgr., 2/1 cpr. de efetonina).

En la **eclamsia post-partum** combatiremos también la **asidosis** de la sangre por medio de inyecciones intravenosas de solución (de Ringer, añadiendo un **5 gramos por 1000** de bicarbonato sódico, según el consejo de **Zweifel**).

**La sangría**, en tales casos, puede parecer tratamiento superfino, dada la cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento. En casos de **verdadera** gravedad, **no dudaremos** en utilizarla, practicando acto **seguido** una inyección intravenosa de la solución de **Ringer**.

Un tratamiento activo especial también tiene su razón de ser en estos casos, pues esta forma de **eclamcía** puede ser provocada y mantenido por algo retenido dentro de la matriz: taponamiento, trozo de placenta, coágulo adhe-

rente. Si se sospecha alguna de estas complicaciones, debe hacerse, con ayuda de la anestesia, un examen de la cavidad uterina y extraer lo retenido, con lo cual queda **yugulado** instantáneamente todo otro ataque.

Quedan por exponer los **cuidados** generales a que deben ser sometidas las eclámpticas.

Pocas enfermas hay como las eclámpticas tan sensibles a toda clase de excitaciones. Un estímulo, **por** insignificante que sea, puede provocar un nuevo ataque. Se colocará la enferma en una habitación alejada de todo ruido, de toda corriente de aire, de luz intensa. Una enfermera adiestrada será la única que cuidará a la enferma, sin permitir que penetren en la habitación los familiares de ella, cosa difícil de obtener. No se realizarán exámenes, cateterismo, inyecciones subcutáneas o intravenosas sin previa anestesia, dada con escrupuloso cuidado. Durante el ataque se introducirá entre los dientes una cuña de goma o el mango de una cuchara de madera envuelta con gasa o lienzo, para evitar las heridas por mordeduras, y protegeremos, sin acudir a la fuerza, a la enferma contra posibles traumatismos por medio de almohadas.

Al ser llamados para tratar a una eclámptica, inyectaremos, una vez terminado el ataque, el centigramo de morfina, utilizando la anestesia clorofórmica, si la enferma no está en pleno coma,

pues el solo pinchazo de la aguja puede repetir el ataque.

Si creemos conveniente trasladar a la enferma a una clínica, lo haremos previa una inyección de morfina, a la que se puede añadir medio miligramo de atropina para limitar las secreciones y evitar la mala influencia de los anestésicos (éter, cloroformo) en los centros respiratorios.

El corazón de las eclámpticas merece una especial atención, y se administrarán, en caso necesario, cardiotónicos apropiados, con excepción del aceite alcanforado, pues el alcanfor se descompone en el hígado y sería para éste una sobrecarga, dado lo alterado que está por la enfermedad.

Una inyección de lobelina puede prestar grandes servicios para restablecer la respiración, si ésta no se manifiesta con toda normalidad después de un ataque.

Unas cuantas gotas de cloroformo pueden detener un ataque incipiente.

En período de coma se evitará administrar líquidos por la vía oral. Si tal estado fuese de tan larga duración, que se creyera necesario dar sustancias líquidas a la enferma, se acudirá a la vía intravenosa, utilizando la solución de Ringer o el suero glucosado.

Con lo dicho, no termina cuanto se ha propuesto para combatir el estado **eclámptico**; creemos, sin embargo, haber citado cuanto puede interesar al médico práctico.

De *Revista Española de Medicina de Cirugía*.