MANEJO DE LA ECLAMPSIA EN LA EMBARAZADA

Pablo Almendral Jimena, Ana Isabel Martín Corrales
Enfermero, Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos son la segunda causa de muerte materna, a nivel mundial esto representa sobre el 14% de casos.
Alrededor del 10% de los embarazos cursan con algún síndrome hipertensivo (preeclampsia, eclampsia, HTA gestacional, HTA crónica)
La eclampsia es la presencia de convulsiones generalizadas en una mujer embarazada con preeclampsia, en ausencia de otras afecciones cerebrales preexistentes como la epilepsia, la meningitis o la sepsis y excluyendo otros diagnósticos diferenciales de posibles causas de convulsiones relacionadas con el embarazo, estos incluyen el síndrome de encefalopatía reversible posterior, el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, la trombosis del seno venoso cerebral, la púrpura trombocitopénica trombótica, la embolia de líquido amniótico y la embolia aérea.
Alrededor de un 1,9% de mujeres preeclampsicas sufrirán eclampsia, y en un 4% si el embarazo es múltiple.
Pueden ocurrir de mayor a menor probabilidad en las siguientes etapas: durante la gestación, en el puerperio o durante el parto.
Las convulsiones durante el embarazo se asocian con un aumento de morbilidad y mortalidad materna y perinatal aguda y a largo plazo.

OBJETIVOS

Analizar las evidencias disponibles en la literatura sobre los cuidados de enfermería a las mujeres con eclampsia para aumenta la concienciación y proporcionar un enfoque gradual del manejo de las convulsiones en el embarazo.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los cuidados de enfermería y el manejo de la eclampsia en sitios específicos de Guías de Práctica Clínica y en bases de datos PubMed, Cochrane ,CINAHL y SciELO.
La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés, español o portugués, del tipo de documento de guías de práctica clínica y estudios originales. Se utilizaron términos validados del MeSH.: Eclampsia, Pregnancy, Treatment, Nursing Care, Obstetric Nursing and Nursing. Y descriptores en ciencias de la salud: Eclampsia, Embarazo, Tratamiento, Atención de Enfermería, Enfermería Obstétrica y Enfermería. Los descriptores se combinaron de diferentes maneras con el objetivo de expandir la búsqueda de estudios y se limitó a la población mayor de 18 años. Según estos criterios fueron seleccionados tres estudios de revistas científicas.

RESULTADOS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LAS CONVULSIONES

A. Asegurar vía aérea
B. Permanecer con la paciente durante la crisis
C. Venoclisis. 2 accesos venosos catéter 16 o 18
D. Monitorización TA cada 30min, FC, SatO2, ECG, SVP
E. Administrar tratamiento anti convulsionante
F. Comprobar el estado neurológico, vigilar los signos vitales, registrar la duración de la crisis y registrar las características de ésta

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

- Control ventilación/oxigenación→ oxigeno de 5 L/min para saturación de oxigeno mayor a 95%,
- Monitorizar la frecuencia, la profundidad y el esfuerzo respiratorio.
- Pulsioximetría continua, gasometría y estudio de coagulación

Verificar la permeabilidad de la vía aérea, aspirando secreciones o extrayendo algún cuerpo extraño

Observar piel y mucosas para detectar cianosis y monitorizar los efectos de la sedación y los analgésicos en el patrón respiratorio.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO

Conocer dosis y vías de administración de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las pacientes con eclampsia

Tratamiento de elección en Eclampsia: **Sulfato de Magnesio**

4-6 gr Mg SO_4 (3-4 amp Sulmetin) IV >10min
Perfusión de mantenimiento: 16 amp en 80ml S. glucosalino a 10-20ml/h (1-2g/h) durante 24h.
Para convulsiones recurrentes, dosis adicional de 2-4 g en 5 min.

Controlar signos de intoxicación por Mg: ausencia de relfejo rotuliano, Frec Respiratoria <16rpm y oliguria
Tener preparado Gluconato cálcico 1g en 1oml como antídoto.

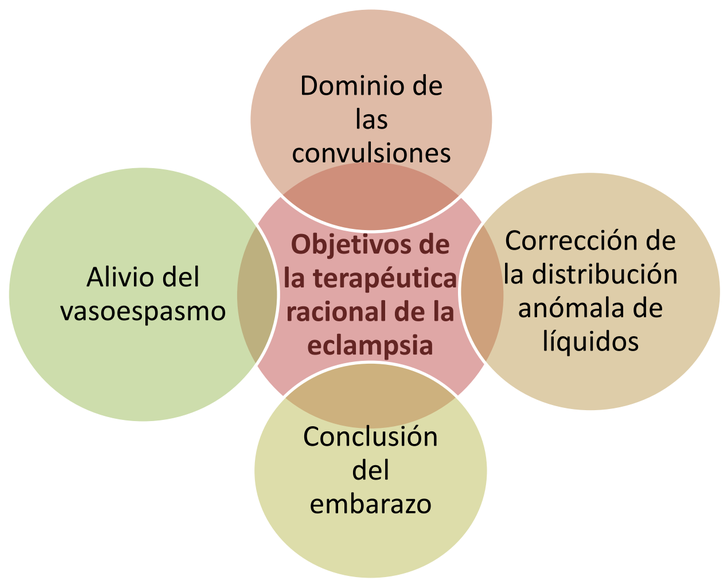
Si no hay respuesta se puede añadir alguno de los siguientes fármacos:
- Diazepam: 5-10mg iv en 1-2 minuto, hasta una dosis máxima de 30mg.
- - Fenitoína: 15 mg/Kg iv en 1h + 250-500 mg/12h vo o iv. Niveles terapéuticos: 10-20 µg/mL.
- Si las medidas anteriores fallan, se pueden utilizar barbitúricos de acción corta (Thiopental D:50- 100 mg i.v.) o intubación

Tratamiento del vasoespasmo:
•Labetalol (oral o intravenoso).
•Hidralazina (intravenoso).
•Nifedipino (oral).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Se recomienda individualizar el volumen a infundir de líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.

- Sondaje vesical permanente y registrar la diuresis horaria
- Registrar el llenado capilar
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, turgencia de la piel, pulso adecuado)
- Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolaridad de la orina).
- Monitorizar estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP Y PCPE, según disponibilidad.



RECOMENDACIONES EN EL CONTROL DE LA TA

Es fundamental que las enfermeras realicen la técnica correcta en la toma de la Tensión arterial de las pacientes para la detección y tratamiento de la hipertensión durante el embarazo y tras una eclampsia.
Por lo tanto, las recomendaciones son:

- Control de TA cada 30 min, el número de mediciones no debe ser inferior a 12 en 24 horas
- La medición diastólica de la tensión arterial es el indicador mas fiable para el diagnóstico y control de trastornos hipertensivos en el embarazo.
- La presión arterial siempre debe evaluarse en la posición sentada con el brazo a nivel del corazón. La presión medida en PLS puede conducir a un aumento significativo de 10-14 mmHg en los niveles de presión, debido a la mayor presión en el ventrículo izquierdo ejercida por la posición materna.
- Medición de la presión arterial diastólica en la quinta fase de Korotkoff (desaparición del sonido) con la lenta deflación para 2-3mmHg por segundo y la deflación completa en 30 segundos.
- Un brazalete que cubra al menos tres cuartos de la circunferencia del antebrazo y el brazo derecho
- Se recomienda como objetivo tener por debajo de 140 mmHg la presión sistólica y por debajo de 90 mmHg la presión diastólica

CONCLUSIONES

En las emergencias obstétricas las enfermeras suelen ser los primeros profesionales con los que la paciente tiene contacto por lo que es fundamental que la atención prestada se guíe por la evidencia científica actual, debiendo conocer las posibles etiologías de las convulsiones durante el embarazo y la importancia de un tratamiento precoz. La atención de enfermería se basa en el examen físico exhaustivo, detección precoz de los signos de eclampsia, controles analíticos, evaluación fetal, toma correcta de PA mediante estandarización de la técnica de medición, tratamiento de la crisis hipertensiva mediante protocolos, revisión de casos y procesos. Una atención de calidad en mujeres con eclampsia reduce el riesgo de mortalidad en un 50%, por lo que la creación de protocolos guiados basados en la evidencia científica para la práctica clínica diaria de enfermería y con un enfoque multidisciplinar pueden ser útiles para brindar una atención de calidad y segura.

REFERENCIAS

1. **Hernández-Pacheco JA, Espino-y Sosa S, Estrada-Altamirano A, Nares-Torices MA, Casitillo O, J VM de, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. Perinatol Reprod Humana. diciembre de 2013;27(4):262-80.**
2. **Ferreira MBG, Silveira CF, Silva SR da, Souza DJ de, Ruiz MT, Ferreira MBG, et al. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. Rev Esc Enferm USP. abril de 2016;50(2):324-34.**
3. **Seizures in the peripartum period: Epidemiology, diagnosis and management. Anaesth Crit Care Pain Med. 1 de octubre de 2016;35:S13-21.**