

Actuación de enfermería ante una paciente embarazada con crisis epiléptica en urgencias

Palabras claves:

Embarazo; epilepsia; tratamiento; urgencias.

Autores:

Marta Luisa Bandera López
Macarena Romero Gallardo

Resumen

La epilepsia es un trastorno del sistema nervioso central crónico, caracterizado por la repetición de dos o más crisis epilépticas no provocadas por una causa inmediatamente identificable. El embarazo no es considerado una contraindicación para aquellas mujeres con epilepsia conocida, no obstante, el control de las convulsiones en mujeres embarazadas con epilepsia es vital, debido a que cada crisis ocasiona daños en el feto y en la madre. En la actualidad, existen ciertas limitaciones de nuestros conocimientos en la atención a la embarazada con epilepsia.

Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos publicados en inglés y español con texto completo disponible en las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden Citation, Google académico. Para seleccionar los artículos fue preciso considerar la utilidad y la relevancia del tema estudiado y la credibilidad o experiencia de los autores en la temática.

Resultados

1. Estabilización
 - Monitorización (EKG, Saturación, PA)
 - Proteger vía aérea
 - Administrar Oxígeno si saturaciones menores de 90%
 - Aspiración de secreciones
 - Valorar si tolerancia a guedel
 - Acceso venoso
 - Análítica de sangre (electrolitos, glucosa, calcio, magnesio, función renal)
2. Control de convulsiones:
 - Benzodiazepinas (periodo latencia corto como el lorazepam a 0.1 mg/kg hasta, 2mg/min o 0.2 mg de diazepam hasta 5 mg/min IV, se pueden repetir las dosis cada 5 min.
3. Si persiste el EE a los 20 min se inicia la infusión de DFH 15 a 20 mg/kg en solución salina a 0.9%, (este fármaco es incompatible con soluciones glucosadas), a una velocidad no mayor de 50 mg/min en adultos y 1 mg/kg en niños; debe mantenerse la monitorización con ECG y la cuantificación de la presión arterial, durante la infusión de la fenitoína.
4. Si no se controla el EE con la dosis de DFH, se pueden administrar otros 5 mg/kg hasta un máximo de 30 mg/kg.
5. Si en el EE persiste un patrón de convulsiones, inyectar 20 mg/kg de fenobarbital IV, teniendo en cuenta la posibilidad de que el paciente presente depresión de la ventilación.
6. Si persiste el EE con el mismo patrón, administrar fármacos a dosis anestésicas, como fenobarbital, pentobarbital, ketamina, tiopental, etomidato e isoflurano.

Introducción

La epilepsia se trata de un fenómeno clínico el cual por sí solo, así como en el tratamiento utilizado para su control, son considerados teratógenos, aunque son más negativos y perjudiciales la presencia de crisis en el embarazo¹.

Por ello el control de las mismas es vital ¹, ya que puede ocasionar daños tanto en la madre como en el feto. Aquellos daños engloban: alteraciones en el desarrollo cognitivo, malformaciones congénitas, mortalidad intraútero, neonatal o perinatal, hemorragia neonatal, epilepsia, entre otros.^{2,3,4,5}

Así mismo pueden ocasionar complicaciones en la madre entre las que se encuentran: hemorragia vaginal, hiperemesis gravídica, toxemia, inducción del parto, ruptura prematura de membranas, cesárea, crisis comiciales, entre otras.⁶

Objetivos

El objetivo principal de nuestro trabajo es investigar y conocer las medidas de actuación ante una embarazada con crisis epiléptica en el servicio de urgencias.

Conclusiones

La epilepsia en mujeres embarazadas puede ser controlada con el tratamiento individualizado y con un adecuado control y seguimiento multidisciplinario entre los neurólogos, pediatras y los obstetras. Según los estudios publicados, existe probabilidad de existencia de crisis convulsivas durante el embarazo, las cuales provocan daños futuros en el feto y puede ocasionar complicaciones a la madre incluso en el momento del parto. Es por ello que debe existir un adecuado manejo por parte del personal sanitario de las crisis epilépticas en la mujer embarazada para así disminuir los daños.

Referencias

1. Donoso B, Oyarzún E. Embarazo de alto riesgo. Med Wave. [Internet] 2012. [Citado 10 septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/junio2012/PDF2/10.5867/medwave.2012.05.5429.pdf>
2. EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry. Neurology. 2006; 66(3): 354-60.
3. Meador KJ, Pennell PB, Harden CL, Gordon JC, Tomson T, Kaplan PW, et al. Pregnancy registries in epilepsy. A consensus statement on health outcomes. Neurology. 2008; 71: 1109-1117.
4. Harden CL, Meador KJ, Pennell PB, Hauser WA, Gronseth GS, French JA, et al. Management issues for women with epilepsy-focus on pregnancy: II. Teratogenesis and perinatal outcome. Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society. Epilepsia. 2009; 50(5): 1237-46.
5. Bistre M, Vázquez R. Epilepsia en el embarazo. Arch Neurocién Mex, 2013; 18(2): 82-9.
6. Harden CL, Hopp J, Ting TY, Pennell PB, French JA, Allen Hauser W, et al. Management issues for women with epilepsy-focus on pregnancy: I. Obstetrical complications and change in seizure frequency. Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society. Epilepsia. 2009; 50(5): 1229-36.