



Eclampsia

¿Qué es la eclampsia?

Se define como la aparición de una o más convulsiones tónico-clónicas generalizadas en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo, sin que exista otra causa médica subyacente.

La eclampsia suele ser más común antes y durante el parto, pero una proporción significativa de casos (20-30%) ocurre en el período posparto.

Por lo tanto, la vigilancia médica debe mantenerse durante el puerperio para detectar y tratar oportunamente cualquier signo de eclampsia.

Fisiopatología

-  **Disrupción de la Barrera Hematoencefálica (BHE):** La autorregulación cerebral esta alterada, lo que aumenta la permeabilidad de la BHE y altera su funcionabilidad.
-  **Alteración en la regulación del flujo sanguíneo cerebral:** En la eclampsia, disminuye la resistencia vascular a nivel cerebral, aumenta de la presión hidrostática y genera daño microvascular.
-  **Neuroinflamación y activación de la microglía:** El aumento de la permeabilidad de la BHE, activa la microglía, esta libera citocinas proinflamatorias, disminuyendo el umbral convulsivo y favoreciendo la aparición de convulsiones.
-  **Lipoproteínas oxidativas:** Durante la preeclampsia, el daño placentario genera un ambiente de estrés oxidativo que promueve la conversión de LDL en oxLDL (LDL oxidativas). Las oxLDL contribuyen a la disrupción de la barrera hematoencefálica





Puntos clave

Sospecha de una convulsión eclámptica

-  **Convulsiones:** Las crisis son de tipo tónico-clónico generalizadas.
-  **Contexto de preeclampsia:** Generalmente se presenta en mujeres que ya han sido diagnosticadas con preeclampsia.
-  **Ausencia de otras causas:** Es fundamental excluir otras posibles etiologías de las convulsiones, como epilepsia, infecciones del sistema nervioso central o trastornos metabólicos.

En el contexto de la gestación, cualquier paciente que presente un episodio convulsivo:

“Es una eclampsia hasta que se demuestre lo contrario”.



Características de las convulsiones eclámpticas

-  **Inicio súbito, sin aura previa:** Pueden ir precedidas por cefalea intensa, alteraciones visuales (escotomas, visión borrosa) o dolor en epigastrio, pero estos síntomas son inespecíficos.
-  **Convulsión tónico-clónica generalizada:** Fase tónica: Rigidez muscular y apnea transitoria. Fase clónica: Movimientos de sacudida bilateral sin patrón rítmico definido.
-  **Estado postictal con recuperación variable:** Puede haber somnolencia, agitación o confusión transitoria, pero algunas pacientes pueden despertar rápidamente.
-  **Resolución espontánea y ausencia de antecedentes previos**

1 Manejo de las convulsiones

1. **Vía aérea:** Garantizarla con cánulas de mayo, decúbito lateral, oxígeno (mascarilla con reservorio 10-15lat/min).
2. **Canalice accesos venosos**
3. **Evite trauma materno**

1. **Obtenga laboratorios:** Hematología completa, perfil hepático, perfil renal, tipiaje sanguíneo.
2. **Monitoreo fetal**

0-5
min

10-15
min

15-20
min

 Control de diuresis con sonda de Foley.

 Contar con gluconato de calcio

1. **Neuroprotección: Sulfato de magnesio:** Impregnación y mantenimiento.
2. **Manejo de la crisis hipertensiva**



Dosis de sulfato de Magnesio:

IMPORTANT

- **Impregnación/bolo:** Administrar 6g de sulfato de magnesio, diluidos en 100cc de solución 0.9%. A pasar en 30 minutos.
- **Mantenimiento:** Administrar 6g de sulfato de magnesio, diluidos en 500cc de solución 0.9%. A pasar 1 gr/hora, por 24horas.

2 Manejo de la crisis hipertensiva

Da click aquí, y revisa el número de crisis hipertensiva

Click aquí

BOLETÍN PARA LA SALUD MATERNA

**MANEJO DE LA CRISIS
HIPERTENSIVA**



Repetir dosis de bolo de sulfato de magnesio.

Considere necesidad de intubación si no responde.

Convulsión recurrente

Estable

Prepare todo para el nacimiento.

Si se encuentra en un centro de menor complejidad, refiera a la paciente a un centro capacitado.

Manejo luego de la convulsión

La presencia de eclampsia indica la necesidad de finalizar el embarazo, **pero no implica necesariamente que se deba realizar una cesárea de inmediato.**

La elección entre parto vaginal o cesárea debe basarse en:



Edad gestacional.



Estado del feto (sufrimiento fetal, restricción del crecimiento etc).



Puntuación de Bishop.



Evolución del trabajo de parto.

Una vez que la madre y el feto estén estables, se puede considerar la inducción del trabajo de parto si la paciente está en fase activa en las siguientes 8-12 horas.



Considere una cesárea cuando:



Edad gestacional <30 semanas.



Bishop desfavorable



Deterioro materno



Sufrimiento fetal



Después de la resolución del embarazo, mantener control de signos vitales y diuresis, hasta por lo menos 72 horas.

Mantener sulfato de magnesio por 24 horas posterior al nacimiento o del último episodio convulsivo.

¿Es necesaria la resonancia magnética?

No es necesario indicarla de forma rutinaria, solo si:



Signos neurológicos focales.



Convulsiones recurrentes a pesar del tratamiento con sulfato de magnesio



Pérdida de conciencia prolongada



Presentación atípica de convulsiones



Sospecha de hemorragia intracraneal



Persistencia de síntomas neurológicos tras la recuperación de la crisis



Puntos claves

- La eclampsia es una complicación grave de los trastornos hipertensivos del embarazo, caracterizada por convulsiones en ausencia de otras causas neurológicas.
- El manejo inmediato incluye sulfato de magnesio como tratamiento de primera línea, control de la hipertensión severa y estabilización materna antes de la resolución del embarazo.
- La finalización del embarazo es el tratamiento definitivo, pero la vía del parto debe individualizarse según la condición materno-fetal y la maduración cervical.
- El seguimiento postparto es esencial debido al riesgo de recurrencia en embarazos futuros.



En este código QR, está descargada toda la bibliografía y artículos utilizados para la elaboración de este boletín.

Haz click o escanea el código

¡¡¡GRACIAS POR LEERNOS!!!



Haz click o escanea el código

¡REVISANUESTROS OTROS NÚMEROS AQUÍ!!