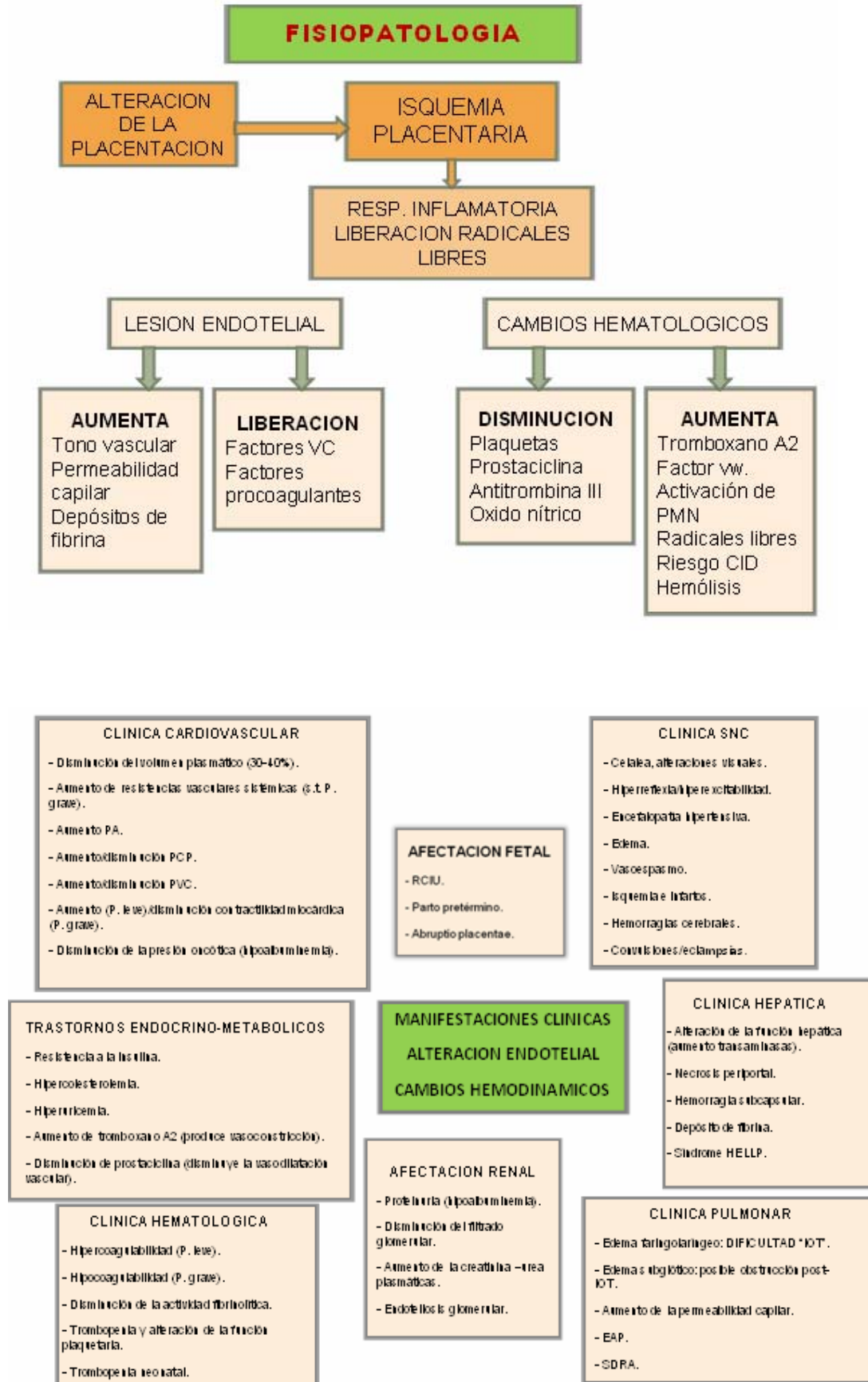




## PROTOCOLO DE ANESTESIA EN DILATACION Y PARTO DE LA PACIENTE QUE DESARROLLA PRE-ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Dra. M<sup>a</sup> Luisa Sapena; Dra. Lourdes Navarro



## PROTOCOLO DIAGNOSTICO

**HTA crónica:** TA > 140/90 mmHg. antes de la semana 20 de gestación o HTA durante el embarazo no resuelta tras el parto.

**PRECLAMPSIA:** TA > 140/90 o TAM > 110 mmHg con proteinuria > 300mg/día +/- aparición de edemas.

**P. SEVERA:** TA > 160/110 mmHg con proteinuria > 5g/24h. Riesgo de complicaciones como EAP, HELLP, afect. hepática, renal, trombopenia, etc.

**ECLAMPSIA:** aparición de convulsiones (tónico-clónicas) y/o coma hasta 4 semanas postparto.

**PE. superpuesta a HTA crónica:** HTA conocida o de aparición antes de la semana 20 en la que aparece proteinuria, aumento transaminasas, trombopenia o empeoramiento TA.

**HTA gestacional:** TA > 140/90 mmHg diagnosticada durante la gestación sin proteinuria.

## PROTOCOLO DE ACTUACION

### VALORACION CLINICA

Examen físico: VIA AEREA (riesgo edema faringolaríngeo).

Analítica: hemograma, coagulación, proteínas orina, perfil hepático, BUN, creatinina, magnesemia, pruebas cruzadas.

Evaluación estado cardiovascular, fluidoterapia.

- **1.- MONITORIZACION ESTÁNDAR** "siempre".
- **2.- Sondaje vesical permanente** (tanto a. general como a. regional)
- **3.- Vía arterial:**
  - PE severa (inestabilidad HDN)
  - EAP (gasometrías)
  - Mal control PA embarazo
  - Uso VD acción rápida
  - Dificultad obtención PANI
  - Ventilación mecánica
- **4.- PVC**
  - Edema pulmón
  - Dificultad manejo fluidos intraparto
  - Enfermedad renal severa
  - HTA refractaria tratamiento
- **5.- Catéter arteria pulmonar**
  - Edema agudo pulmón
  - Enfermedad cardíaca/valvular
  - HT pulmonar
  - Oliguria que no mejora con tratamiento

## PROTOCOLO DE ACTUACION

**P. LEVE:** control ambulatorio por obstetra con vigilancia de peso, TA, control fetal, analíticas periódicas, no restricción de sal ni diuréticos.

### P. GRAVE:

#### -Tratamiento antihipertensivo

- Labetalol: 5-10 mg/iv/10 min. (máx. 1-2mg/kg/h). Indicado en estados hiperdinámicos.
- Hidralacina: 5-10 mg/iv o im/15 min. (máx. 20 mg/iv o 30mg/im). Indicado en estados de bajo gasto cardíaco. Riesgo de hipoT.

#### -Profilaxis anticonvulsivante

- Sulfato de magnesio: efecto anticonvulsivante, analgésico y VD. Prolonga bloqueo NM. Disminuye la agregación plaquetaria. Efecto tocolítico.  
Dosis: 4-6 g/iv en 20 min.+ perfusión 2g/h hasta las 24 h. postparto.  
Dosis terapéutica: 4-7 mEq/l.  
Monitorizar: magnesemia (cada 6-12h), reflejo rotuliano (3h), diuresis (>0,5-1 ml/kg/h), frecuencia respiratoria, ECG.  
Si toxicidad: suspender administración+ Gluconato cálcico 10% (10 ml en 2 min.)

## PROTOCOLO DE ACTUACION

### ECLAMPSIA: “en caso de aparición de convulsiones y/o coma”

- Pentotal sódico: dosis fraccionadas de 50-100 mg/iv.
- FENITOINA  
Dosis profiláctica: 100mg/6h iv.  
Dosis terapéutica:  
dosis carga 15-18 mg/kg/24h.  
perfusión.: 4-7 mg/kg/24h (mantener días postparto).
- DIACEPAM: 5-10 mg iv (repetible cada 10 min: máx. 100 mg/24h).
- MIDAZOLAM: 5-10 mg iv.
- FENOBARBITAL: 6-8 mg/kg iv (repetible c/5-10 min): máx. 480 mg/24h
- Instaurar tratamiento con Sulfato de Magnesio si no lo lleva previamente.

### SIEMPRE

Adecuada oxigenación-ventilación.  
Corregir acidosis metabólica.  
Mantener TA dentro de los límites de autorregulación cerebral (curva de desplazamiento desviada a la derecha).

## MANEJO ANESTÉSICO

### DE ELECCION

Parto vaginal.  
Anestesia peridural.

### VENTAJAS A. PERIDURAL

- 1.- Suprime la respuesta metabólica al estrés del parto.
- 2.- Suprime la hiperactividad simpática y ↓ niveles catecolaminas.
- 3.- Suprime la vasoconstricción arterias placentarias: **mejora 70% flujo utero-placentario.**
- 4.- Analgesia.
- 5.- ↓ respuesta hemodinámica /neuroendocrina ante estrés en cesárea, comparada con a general.
- 6.- Apgar mayores que con a general.
- 7.- Mantiene reflejos vía aérea. Mantiene ventilación espontánea

### INCONVENIENTES

- 1.- Inicio lento.No indicada si cesárea urgente.
- 2.- Posibilidad de CPPD.
- 3.- **No indicada** si: sufrimiento fetal agudo, alteración de la coagulación (C.I. si trombopenia<70.000), abrupcio placentae, hemorragia cerebral, eclampsia, EAP, cardiopatía severa).

## DECISIÓN TÉCNICA ANESTÉSICA

### TRABAJO DE PARTO Y PARTO

**Epidural continua** (previo cristaloides, con precaución)

Si ↓ TA: efedrina dosis bajas (5-10 mg) + cristaloides

### CESAREA

**NO URGENTE:** a.epidural secuencial o a.intradural (igual eficacia/seguridad)

**EMERGENTE:** a.general

### ANESTÉSICOS LOCALES CON VASOCONSTRUCTOR CONTRAINDICADOS