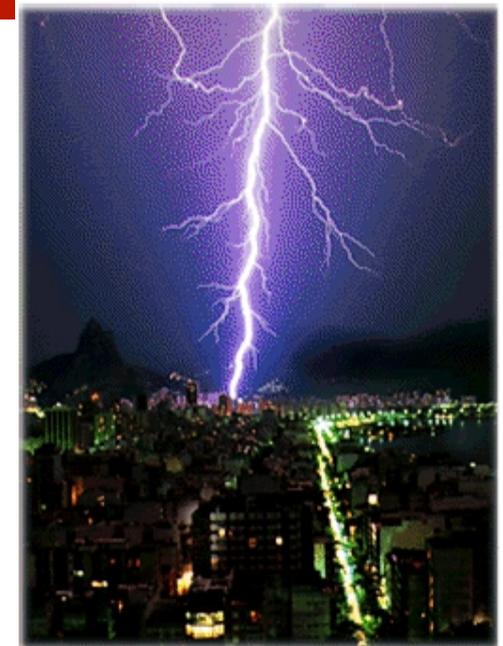


Corso di Laurea in Ostetricia
C.I. “Medicina pre e perinatale, pediatria”
Rosaria Cappadona

**MANANGEMENT DELLA CRISI
ECLAMPTICA**



Eclampsia da eclampsion: fulmine a ciel sereno



ECLAMPSIA

Comparsa di convulsioni tonico-cloniche generalizzate non in rapporto con la GRAVITA' dell'ipertensione e/o della proteinuria.

50% in gravidanza

20% in travaglio

30% in puerperio (tra 48 ore e 4 settimane)

Mortalità materna 0-1.8% (occidente);

Mortalità perinatale 90-230:1000

ALGORITMO MANAGEMENT CRISI ECLAMPTICA



ECLAMPSIA

1° Operatore:

- **Chiama aiuto**
- Contiene la paziente
- La posiziona sul fianco sx

Arrivo del **2° operatore:**

- Carrello dell'emergenza
- Eclampsia box

Insieme attuano misure assistenziali di emergenza durante la crisi

Terminata la crisi

1° e 2° OPERATORE

A (airway)

Piano rigido, dislocare l'utero (se EG > 20 settimane), inserire cannula di Guedel, aspirazione secrezioni

B (breathing)

Se non c'è ripresa della respirazione iniziare ventilazione con ambu e somministrare O₂

C (circulation)

Controllare polso e PA, se polso assente iniziare RCP, assicurare 2 accessi venosi

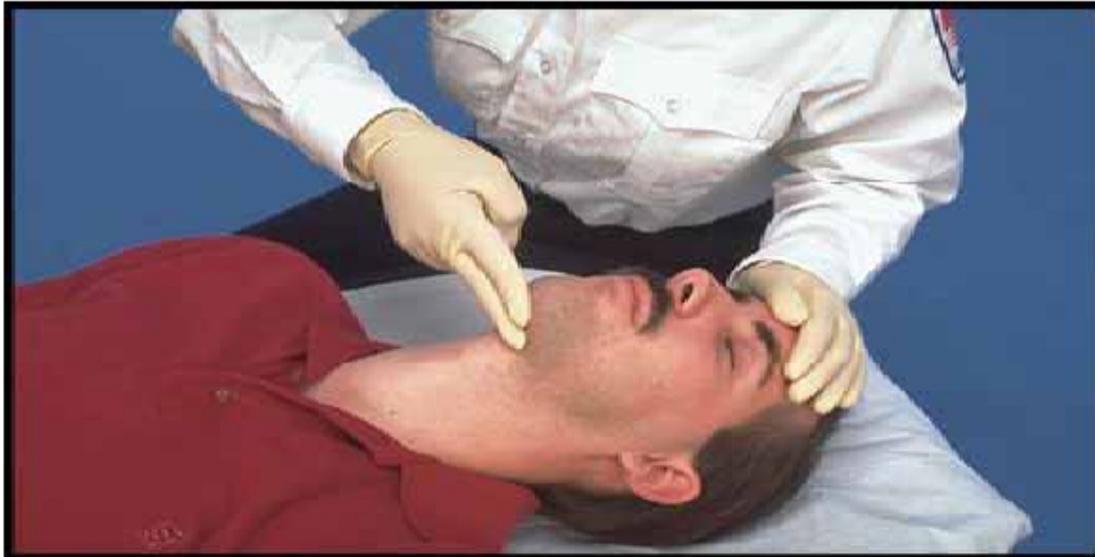
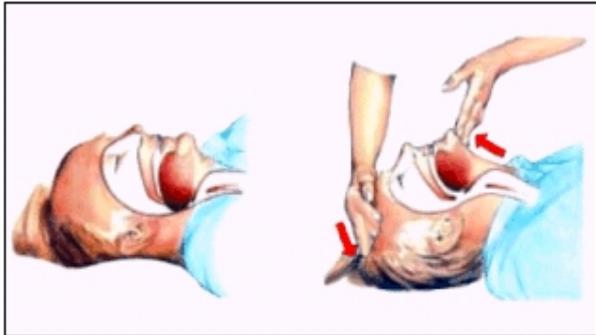
3° OPERATORE

- 1) Diluizione **MAGNESIO SOLFATO** e predisposizione pompa infusione;
- 2) Preparazione e somministrazione tp antipertensive secondo prescrizione.

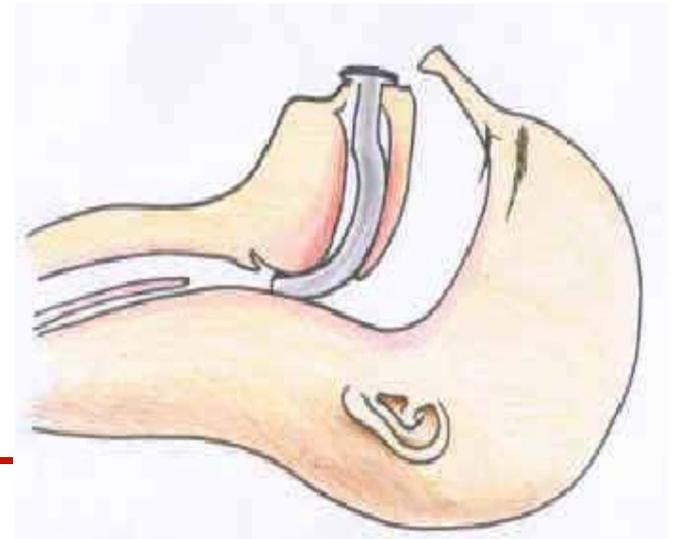
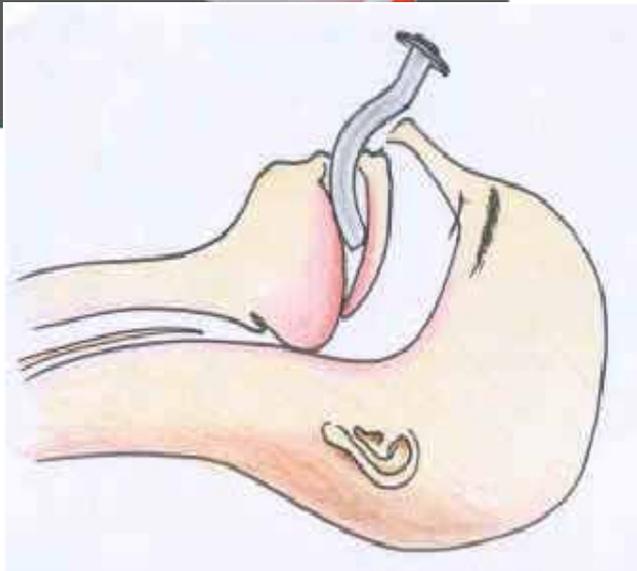
4° OPERATORE

Assiste gli altri 3 operatori per il materiale:
Aspiratore, ossimetro, monitor, ctg, foley.

BLS - A
Apertura delle vie aeree (1)



Si effettua mettendo una mano sulla fronte e l'altra sotto il mento in modo da estendere la testa all'indietro e sollevare il mento.



Convocare immediatamente l'anestesista

Porre la paziente in decubito laterale sinistro

Mantenere libere le vie aeree (aspirare secrezioni e vomito)

Inserire spatola imbottita o cannula tra i denti (per evitare lesioni alla lingua)

Evitare traumi alla paziente (se possibile elevando e imbottendo le sbarre di protezione)

Somministrare ossigeno mediante maschera (8-10 l/min)

Inserire catetere a permanenza per il controllo della diuresi oraria

Cardiotocografia se la gravidanza è in corso

Posizionare ossimetro transcutaneo

Perfusione di solfato di magnesio in bolo come da preparazione rapida

Se, durante la perfusione di solfato di magnesio, si verifica un nuovo attacco è possibile somministrare un ulteriore bolo di 2 g di solfato di magnesio in 3-5'

Somministrare diazepam 10 mg ev in bolo (se l'attacco eclamptico si verifica in gravidanza non somministrare più di 30mg complessivamente per i potenziali effetti negativi sul feto)

Nel caso di "male eclamptico" intubazione, curarizzazione e trasferimento della paziente in terapia intensiva

•escludere crisi convulsive dovute a epilessia, isterismo, accidenti cardiovascolari patologia cerebrovascolare, tumori cerebrali, ipoglicemia e iponatriemia, vasculite cerebrale, porpora trombotica trombocitopenica e farmaci.

ABBASSARE LENTAMENTE
LA PRESSIONE

L'ATTACCO ECLAMPTICO CONTENERE L'INFUSIONE
DI LIQUIDI

TRATTAMENTO ANTIPERTENSIVO E GESTIONE LIQUIDI

- *Trattare con valori di pressione sistolica >160mmHg e diastolica >110mmHg, da normalizzare entro 4 ore (Grado C)*
- *Usare il farmaco più familiare*
- *Inserire catetere vescicale a permanenza per controllo orario diuresi*
- *Mantenere infusione totale liquidi (Ringer L) non oltre 85-100ml/ora (Grado C)*
- *Con oliguria, non superare oltre 30ml la diuresi dell'ora precedente*
Evitare diuretici tranne che nel rischio di edema polmonare

MgSO₄

Monitoraggio :

1. riflesso patellare
2. SaO₂
3. frequenza respiratoria
4. magnesemia a 1 e 6 h

Range terapeutico : (1,7 – 4 mmol/l) **oppure** (4 – 8 mg/dl)

•**3,8 - 5mmol/l**: Flushing, diplopia, riduzione fluidità del linguaggio

•**4 - 5mmol/l**: diminuzione riflesso patellare

•**6 – 7,5 mmol/l**: depressione respiratoria

•**> 12 mmol/l**: arresto cardiaco

Sospendere l'infusione in caso di riduzione dei riflessi patellari

In caso di ALT > 250 e/o oliguria aumento della tossicità

Controindicazioni: blocchi cardiaci/cardiopatie

In caso di sovradosaggio: Ca gluconato (10 ml ev in 10')

Bilancio idrico

Non lasciare mai sola la paziente: una crisi convulsiva seguita dalla aspirazione di vomito può causare la morte della gravida e del feto posizionare il catetere vescicale per controllare attentamente la diuresi e la proteinuria;

•mantenere un perfetto **bilancio** idro-elettrolitico, controllando la diuresi e i liquidi infusi per prevenire il sovraccarico **idrico**;

Se la diuresi oraria è inferiore a 30 mL/ora bisogna:

-Sospendere il solfato di magnesio e infondere per via endovenosa soluzione fisiologica o Ringer lattato, nella misura di 1 L in otto ore;

-Controllare che non si sviluppi un edema polmonare;

-Ascoltare le basi polmonari frequentemente, allo scopo di svelare i rantoli indicativi di stasi polmonare.

-Valutare lo stato della coagulazione con gli esami di laboratorio, ma anche con un semplice tempo di coagulazione al letto della gestante.

L'ATTACCO ECLAMPTICO

IL PARTO

- *Non eseguire un TC in emergenza senza aver prima stabilizzato madre e feto*
- *Frequenti le anomalie CTG dopo l'attacco*
- *Prima di procedere all'espletamento del parto, instaurare profilassi con magnesio, correggere l'acidosi materna, controllare coi farmaci la pressione, eventualmente attendere la normalizzazione del tracciato*
- *Considerare sempre la possibilità di un parto vaginale*
- *Non indugiare comunque nella interruzione della gravidanza*
- *Nessuna controindicazione per l'uso di prostaglandine o di ossitocina (anche concomitante al magnesio)*
- *Possibile l'anestesia e l'analgesia peridurale o spinale (Grado A)*

ATTENDERE 2-4 ore

CON SCORE GLASGOW >14

ATTENDERE 6-8 ore

CON SCORE GLASGOW 9-13

(MOODLEY Hypert.Preg.2006)

GLASGOW COMA SCORE

APERTURA OCCHI	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1
RISPOSTA VERBALE	Orientata	5
	Confusa	4
	Parla inappropriata	3
	Suoni incomprensibili	2
	Nessuna	1
RISPOSTA MOTORIA	Obbedisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Retrae al dolore	4
	Flette al dolore	3
	Estende al dolore	2
	Nessuna	1

Obiettivi anestesiológicos nel travaglio della paziente preeclámptica

- Ottenere e mantenere la stabilità emodinamica (controllare l'ipertensione & evitare l'ipotensione)
 - Fornire una eccellente analgesia in travaglio
 - Prevenire le complicazioni della preeclámpsia:
 - 1.emorragia intracerebrale
 - 2.Insufficienza renale
 - 3.edema polmonare
 - 4.eclámpsia
 - Fornire velocemente una efficace anestesia per il taglio cesareo.
-

Emergenza Ostetrica: strumenti

- Carrello dell' emergenza
- Defibrillatore
- Eclampsia box
- Set cesareo perimortem

Durante un' emergenza ostetrica la performance è legata chiaramente alla formazione, al setting e agli strumenti e che i professionisti hanno a disposizione.

La STANDARDIZZAZIONE degli *strumenti* e delle *procedure* crea percorsi agevolati da seguire durante un' urgenza-emergenza, situazione dove il professionista è coinvolto emotivamente, ma deve comunque saper essere performante.

Il carrello dell' emergenza è uno strumento fondamentale all' interno di ogni UO. La sua organizzazione, ubicazione, contenuto

i controlli sono regolamentati da apposite procedure di UO,

oggetto di accreditamento.

Carrello Emergenza

- Il carrello deve contenere le check-list necessarie a svolgere i controlli giornalieri, settimanali e mensili.
 - Tutti i professionisti operanti nella UO (medici, ostetriche, infermieri, oss) devono sapere dove si trova il carrello e la distribuzione degli strumenti al suo interno.
-

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI

**ECLAMPسيا =
EMERGENZA MEDICA
(NON CHIRURGICA!)**

- L'obiettivo principale dell'assistenza dopo l'attacco eclamptico è quello di stabilizzare le condizioni della gestante (**livello C**)
- La profilassi della preeclampsia con magnesio solfato riduce il rischio di eclampsia (RR: 0,41 CI:0,29- -0,58) (**livello A**)
- Il farmaco di scelta per il trattamento dell'eclampsia (prevenzione delle ricorrenze) è il solfato di magnesio (**livello A**)
- La terapia antipertensiva andrebbe usata solo in caso di ipertensione grave (valori $\geq 160/110$) (**livello C**)
- L'infusione de liquidi deve essere controllata e non superare 85 - 100 ml/ora (**livello C**)
- L'analgesia peridurale e l'anestesia spinale sono forme sicure ed indicate in caso di eclampsia (**livello A**)
- E' utile mantenere un monitoraggio intensivo delle condizioni materne per almeno 24 ore dopo l' attacco elcamptico (**livello C**)
- TAC o RMN sono necessari solo quando persistono segni neurologici, coma o nelle forme tardive di eclampsia (**livello C**)