LA EMBARAZADA ANTE LA SITUACION DE DESASTRE

POR:

WILSON QUINTERO RESTREPO

Médico Gineco - obstetra Universidad de Antioquia
Profesor Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Jefe Postgrado Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

LA EMBARAZADA ANTE LA SITUACION DE DESASTRE

En 1981, el porcentaje de nacimientos fue 16 por 1.000. Su base de esta relación se puede anticipar que por cada 1.000 desastres hay 18 a 20 embarazadas.

El Trauma Accidental durante el embarazo es común y único no solamente porque se trata de dos vidas, sino por los cambios naturales y la respuesta al mismo. Hoy las mujeres son más expuestas a los rigores y peligros de nuestra sociedad. Por las condiciones socio-económicas se requiere que la mujer trabaje fuera del hogar, sus tareas son duras, además, con desplazamientos en los cuales el peligro está presente.

Actualmente se ha incrementado la exposición de la mujer al trauma, participación en deportes. Además, la mujer no se aparta aunque esté embarazada. Ella será parte de un desastre.

Los cambios fisiológicos del embarazo influencian el tipo y la severidad del trauma; la evaluación y diagnóstico del problema y el manejo y respuesta al tratamiento. Cuando el trauma ocurre la responsabilidad del equipo de salud es determinar el estado de la madre y el feto e implementar el plan de cuidado. En algunas situaciones la madre y el niño son tratados como una unidad y uno puede asumir que es bueno por la madre y el niño; el reto de la embarazada es el manejo de dos pacientes en uno.

Comprender los cambios fisiológicos del embarazo y las alteraciones como respuesta al trauma pueden facilitar un plan de cuidado.

Por ejemplo estos cambios frecuentemente son considerados patológicos en pacientes no embarazadas; pero en el trauma estas manifestaciones pueden

confundir el cuadro clínico.

Existen cuatro factores que complican el trauma en la embarazada :

1. El hecho que la paciente embarazada puede alterar los patrones de severidad al trauma.

2. El embarazo puede alterar los signos y síntomas del trauma; y los resultados de laboratorio.

3. El manejo del trauma es necesario modificarlo debido a los cambios fisiológicos del embarazo.

4. El trauma es complicado por condiciones patológicas inherentes a él (Abruptio Placentae - Embolismo del Líquido Amniótico - Ruptura Uterina) o Enfermedades Coincidenciales con el Trauma (Eclampsia - Placenta Previa).

La paciente embarazada con trauma significativo debe ser cuidadosamente observada. Pacientes con menor trauma requieren breve atención que otras con sangrado vaginal, irritabilidad uterina, sensibilidad o dolor abdominal, evidencia de hipovolemia, cambios a ausencia de ruidos fetales o ruptura de membranas, los cuales requieren mejor observación.

Los manejos primarios están dirigidos a garantizar la salud materna antes que asegurar la salud del feto.

A pesar que el equipo carece a veces de los conocimientos anatómicos y fisiológicos del embarazo y el temor ante el inminente parto, es frecuente observar la mujer embarazada como una tragedia. El hecho que una mujer se encuentre en embarazo no altera el manejo inmediato, laceraciones, shock y fracturas que se tratan como en las mujeres no embarazadas.

Los signos, síntomas y laboratorio en la mujer embarazada pueden ser distintos por los cambios fisiológicos.

Por ejemplo la mujer embarazada con trauma abdominal complicada por pérdida sanguínea oculta, el feto puede presentar anoxia antes de la madre ser sintomática. Dudas en instituír el tratamiento puede incrementar la pérdida materna y fetal.

Es importante el manejo global de la paciente embarazada porque una paciente que escapa al trauma puede comenzar su Trabajo de Parto o presentar luego complicaciones de su embarazo.

Cuando una embarazada se encuentra en una emergencia la evaluación inmediata es la estabilidad respiratoria, circulatoria y neurológica.

El punto más importante es la estabilización de la madre, se ha observado que de ello depende el bienestar fetal.

Evaluación

Una rápida evaluación en los casos de amenaza de la vida en la mujer embarazada, es ligeramente diferente con respecto a la no embarazada.

Las mujeres en la fase temprana y media del embarazo pueden responder al Shock con vaso dilatación periférica por lo tanto no se encuentra la piel pegajosa y fría. El otro cambio es la pérdida de la defensa abdominal con la presencia de una hemorragia oculta.

Signos Vitales

Las alteraciones normales de los signos vitales en la mujer embarazada son considerados patológicos en la mujer no embarazada.

Se ha observado que la madre puede mantener la homeostasis a expensas del feto; ella puede mantener su perfusión y sus signos vitales estables con pérdida crónica de sangre 30 - 35% y de 10 - 20% en pérdidas agudas. Por lo tanto la presión sanguínea y el pulso deben ser evaluados para detectar cambios; el Shock se puede instalar rápidamente después de insignificantes cambios en sus signos vitales.

Historia

Después de su estabilización es necesario realizar una historia prenatal básica.

Nombre de la Paciente

FUM : Edad Gestacional :

Grávida : Para :

Grupo : Rh :

Problemas en este Embarazo :

Problemas en Anteriores Partos :

Tipos de Parto :

Peso de los Niños :

Luego se debe tener en cuenta los exámenes estrictamente necesarios :

Urianálisis : Glucosuria puede ser un hallazgo normal en el embarazo por el tratamiento de la filtración glomerular. Proteinuria puede ser un hallazgo anormal que puede indicar HIE - Células blancas en orina de 5.10 x AP En cambio hematuria microscópica indica daño o trauma en riñón.

Hematología : Durante el segundo trimestre hay un incremento en los niveles de volumen sanguíneos hasta un 45% y en eritrocitos y hemoglobina cerca de un 30%, éste mayor aumento del volumen con respecto al incremento celular hace que aparezca la anemia fisiológica del embarazo. La Hb y el Hto son de poco valor ante la hipovolemia.

Evaluación del Feto

Aunque la resucitación y estabilización de la madre es lo mejor en el bienestar del feto; su primer hallazgo es la presencia de la Fetocardia la cual se puede lograr con el estetoscopio. La frecuencia cardíaca oscila entre 120 - 160 latidos/minuto es posible escucharla alrededor de las 20 semanas; con ultrasonido es posible escucharla alrededor de las diez semanas.

Existen una serie de métodos los cuales no es posible en los sitios de desastre :

- Monitor
- Ultrasonido

En términos generales aquellos fenómenos traumáticos que afecten a la madre también comprometen el bienestar del feto; cuando en las primeras 24 horas no se halla presentado un signo de sufrimiento fetal (bradicardias) es probable que no haya ningún compromiso atribuible al trauma.

Manejo de la Madre

Drogas : Con raras excepciones todas las drogas que ejercen un efecto sistémico en la madre cruzan la placenta y provocan alteraciones en el desarrollo fetal sobre todo su embriogénesis; pero es necesario sopesar estos riesgos cuando se trata de la vida de la madre.

La lista de drogas necesarias

Analgésicos : Indometacina - Salicilatos

Anticoagulantes

Antibióticos

Diuréticos

Hipotensores

Sedantes : Barbitúricos

Anticonvulsivantes

Vasoconstrictores

Uteroinhibidores

Shock

El aumento de la volemia en el embarazo es un mecanismo necesario para proveer las demandas de perfusión en el útero y el riñón, el flujo a través de la arteria uterina al término es de 500 - 700 ml/min.

Los signos de Shock piel fría y pegajosa pueden no estar presentes en la paciente embarazada.

Cuando hay trauma en una paciente embarazada, se aumenta la secreción de catecolaminas, ello trae como consecuencia una vasoconstricción periférica y una marcada reducción en el flujo sanguíneo del útero, riñón e intestinos para tratar de proteger órganos vitales : cerebro y corazón. La reducción del flujo placentario trae como consecuencia una disminución de la PO_2 con bradicardia fetal, éste puede ser el primer signo de Shock hipovolémico en la paciente embarazada.

La madre puede tener pérdidas hasta un 20% de su volumen en una forma aguda y un 35% en forma crónica.

Signos Responsables del Shock : Disminución del gasto cardíaco y de la perfusión tisular, vasoconstricción en órganos no vitales; hipoxia, acidosis metabólica y muerte. Una taquicardia de 140 latidos/minuto y una presión sistólica de 80 mm Hg o menos pueden ser los signos cercanos de un Shock irreversible y ello es incompatible con la vida fetal; es decir la madre puede resistir más fácilmente que el feto. Crosby sugiere "la muerte fetal inexplicable puede ser debida a un Shock hipovolémico que pasó desapercibido".

El manejo del Shock hipovolémico está orientado a mantener el volumen sanguíneo, se contraindican los vasoconstrictores por los fenómenos deletéreos sobre el feto, los cuales complican su metabolismo.

Es necesario tener en cuenta la posición en la cual se encuentra la embarazada; en la posición supina después de las 24 semanas produce compresión de la vena cava inferior, disminución del gasto cardíaco resultando como consecuencia hipotensión materna (Sindrome Supino hipotensivo), disminución del flujo placentario e hipoxia fetal.

Otro riesgo en el Shock hipovolémico con prolongada hipotensión es el Sindrome de Sheehan la cual se trata de una necrosis de la hipófisis anterior con la pérdida de la producción hormonal presentando como consecuencia una sintomatología pluriglandular.

Hemorragia : La mujer embarazada es vulnerable a la hemorragia por los cambios hemodinámicos compresivos de sus miembros inferiores. Además, el crecimiento uterino la expone a cualquier trauma, y el incremento de la vascularidad pélvica expone la embarazada a hemorragias retroperitoneales, retroplacentaria e intraperitoneales, también es muy alto el índice de aumento de ruptura esplénica. El aumento del flujo uterino en la gestación hace que cualquier trauma provoque hemorragia con pérdidas rápidas de volumen.

La más seria de estas hemorragias es el desprendimiento placentario, sobre todo se sospecha en trauma directo del abdomen, ésto se caracteriza por sangrado vaginal oscuro, dolor abdominal persistente, tono uterino aumentado,

puede haber aumento progresivo del útero además, los signos de hipovolemia, se debe tener en cuenta que este fenómeno generalmente es de carácter progresivo y la muerte fetal puede sobrevenir en las primeras 48 horas, es importante recordar que el incremento del hematoma retroplacentario trae una disminución de factores sanguíneos VII · VIII y IX con circulación aumentada de activadores del plasminógeno presentándose una coagulación intravascular diseminada, ésto es necesario manejarlo con sangre o plasma fresco o crioprecipitado, a veces el problema se resuelve con la terminación del embarazo.

El tratamiento de la hemorragia en la paciente embarazada es semejante e inmediato al de la paciente no embarazada.

Cesárea Post Mortem Cuando una embarazada muere a veces se puede practicar Cesárea Post Mortem la cual debe ser inmediata en la cual no debe ser superior a diez minutos entre el momento de la muerte y la extracción del producto. En algunas partes se recomienda después de las 28 semanas. Considero en nuestro medio después de 30 - 32 semanas

Soporte Sicológico : Es este uno de los factores más importantes en los sitios de desastre la paciente hará las siguientes preguntas

¿ Estoy bien ?, ¿ El niño está bien ?, ¿ Mi familia está bien ?

Generalmente una respuesta directa no es fácil darla, es importante tener en

cuenta los siguientes datos para tranquilizar la madre y su familia :

- La morbilidad y mortalidad materna está en relación con la severidad del trauma.

- No parece haber aumento de pérdidas fetales en traumas no catastróficos.

- Durante el primer trimestre el embarazo es protegido por la pelvis ósea, el segundo trimestre por el Líquido Amniótico, músculos uterinos y el gas intestinal, en cambio en el tercer trimestre el contenido uterino está expuesto y es más probable el trauma.

- Los traumas fetales directos son raros. Sin embargo, las fracturas craneanas es más frecuente en el encajamiento fetal, sobre todo al término.

- La morbimortalidad fetal primaria es debida a trauma directo uterino, placentario y cordón umbilical y secundario a Shock - Sepsis y muerte materna.

Se debe tranquilizar las pacientes, informar sobre el estado del feto Ejemplo : el corazón está lento pero puedo oirlo o no se puede oír el latido cardíaco del bebé.

Dando la suficiente información se pueden ayudar la madre y su familia en la solución de la crísis y se obtendrá una mayor colaboración.

En la Situación de Desastre : En un desastre hay mujeres embarazadas en Trabajo de Parto, Aborto, traumatizadas que complican su embarazo a quienes se les debe tranquilizar, estas mujeres se les debe movilizar de acuerdo a la severidad del trauma; otras pueden ser asignadas a tercera prioridad y ser evaluadas por personal delegado. Verde sugiere que una área de maternidad ha sido establecida. El personal profesional sabrá delegar, supervisar la ayuda de acuerdo a la magnitud del desastre. Blanco sugiere que durante el desastre el Trabajo de Parto y el nacimiento son de baja prioridad y que la paciente puede tener mejor atención en su hogar, con el soporte familiar y menos riesgo de infección.

Soporte en Trabajo de Parto : El nacimiento es un proceso normal en el cual la ayuda del personal auxiliar es de soporte, es evidente que si los signos vitales maternos son estables de allí se desprende un adecuado bienestar fetal. Cuando el trabajo de parto se continúa se le debe advertir a la paciente sobre su duración y proceso. A veces no es necesario los tactos vaginales.

Existen algunos signos de parto inminente como :

- Involuntaria suspensión de la respiración
- Sensación de defecar
- Disminución del tamaño uterino
- Orificio anal entreabierto
- Abombamiento de periné
- Coronamiento de cabeza fetal

- La madre dice : "El niño ya sale"

Emergencia del Parto : Los signos de parto inminente, pujo, "sensación de ir al baño", ante ésto se debe precisar la persona que va a asistir a la embarazada. Se debe tranquilizar al personal sobre que es un proceso natural donde la intervención nuestra es escasa, además, es importante estas seis recomendaciones :

1. Proporcionar confianza
2. Proporcionar seguridad y cercanía
3. Control del Parto
4. Resucitación del Niño
5. Control del sangrado
6. Recuperación madre y niño

Equipo de Emergencia :

- Material limpio de secado
- Mantas para madre e hijo
- Jabón
- Tijeras estériles - cuchillo (esterilizados al calor)
- Servilletas como material absorbente
- Pañales para el nacimiento
- Utensilios como cajas o gavetas para adecuarlas como cunas para el bebé
- Identificación para el niño (papel adherente con el nombre de la madre)
- Material fibroso para ligadura del cordón (cordón de zapato - pedazo de paño de vestidos)

Proporcionar Seguridad y Confianza :

Para lo cual se le dice el nombre de la persona que la va a atender. A veces es preciso manifestar lo siguiente : "Vengo a ayudarla", el tono de voz puede generar seguridad y calma.

Seguridad :

Llevar la madre a sitio limpio, privado, donde se verifique el nacimiento. Se puede usar un paño limpio para colocar en el lugar donde se va a presentar el parto, se debe colocar la embarazada en tal forma que permita un fácil acceso al periné y contar con la ayuda de una persona auxiliar que le provea sobre los materiales que se necesitan.

Hacer lavado de manos exhaustivo y si el tiempo lo permite lavar el periné con agua y jabón.

Control del Parto : Cuando la cabeza fetal aparece en el canal vaginal el nacimiento está pronto a ocurrir; se debe orientar a la madre en los ejercicios de respiración y de pujo. Sobre todo en el momento del Coronamiento de la Cabeza; guiándola en concordancia con la contracción, en el momento de la extensión de la cabeza es necesario proteger el periné, previa episiotomía para evitar desgarros lo cual se hace con la palma de la mano, además, que dicho procedimiento se haga en forma lenta para tratar de reducir los desgarros y laceraciones.

Es necesario observar la presencia del cordón que a veces está enrollado en la nuca, lo cual es necesario liberarlo de allí, ligarlo en dos lugares (Clamp), seccionar el cordón, se limpia la cara del bebé y luego se presenta el nacimiento de los hombros. Primero, se rota los hombros al diámetro anteroposterior y se hace presión hacia el periné permitiendo la salida del hombro anterior, luego la tracción hacia arriba para permitir la salida del hombro posterior.

El parto del cuerpo se presenta por deslizamiento. Se debe colocar el niño sobre el abdomen materno con la cabeza hacia abajo para facilitar el drenaje de secreciones de boca y nariz, las cuales se aspiran; por último animar a la madre sobre el resultado fetal.

Resucitación del Bebé : Antes que el bebé expulse el cuerpo es necesario limpiar las secreciones de boca y nariz, al nacer se debe colocar la cabeza hacia abajo para facilitar el drenaje. Una pera de bulbo puede ser usada para drenaje de secreciones en vías aéreas superiores. Hacer secado con material absorbente, colocarlo sobre el abdomen de la madre y cubrirlos con una manta seca; se debe cubrir en su totalidad, el no hacerlo ocasiona problemas al feto. Es necesario estimular el llanto del niño, cuando ésto no se logra es necesario realizar maniobras boca - boca con soplo suave, además, se hace masaje cardíaco en tórax con segundo y tercer dedos de la mano sobre el esternón a nivel del área cardíaca. Se suspende las maniobras cuando se tenga una frecuencia respiratoria de 30 y latidos cardíacos de 120.

Control de Sangrado : Una vez el bebé esté bien se le debe estimular alimentación al pecho precoz; ésto favorece la secreción de oxitocina mejorando la contractilidad uterina post-parto. Hay signos de desprendimiento placentario como son agrandamiento del útero tres centímetros por encima del ombligo, sangrado más o menos profuso, alargamiento del cordón, del cual se hace leve tracción hacia abajo colocando la segunda mano en el segmento para evitar la inversión uterina. Una vez se ha presentado el alumbramiento el masaje del fondo uterino es necesario porque la contracción colapsará los vasos de la inserción placentaria impidiendo el sangrado. Por último se revisa la episiotomía y los desgarros que se suturan en forma adecuada.

Recuperación Madre e Hijo : El cordón umbilical no se debe cortar inmediatamente; el cordón puede ser ligado en dos lugares con material limpio, fibroso para lo cual a veces es necesario utilizar el cordón del zapato, o retazo de paño, luego cortarlo con tijeras o navajas esterilizadas al fuego directo. Enseguida se dará instrucciones a la madre sobre el sangrado, la iniciación de la vía oral en ella y la alimentación del bebé.

Ayuda Postparto : En los primeros momentos la madre necesitará ayuda para el sostenimiento del bebé pero pronto lo hará sin ninguna dificultad. En cuanto al flujo de sangre por vagina es abundante en las primeras 24 - 48 horas, pero disminuye gradualmente hasta el cuarto o quinto día en los cuales se transformará en flujo sero-sanguinolento.

La madre observará los signos de infección que se disminuye al mínimo con lavado de mano y aseo perineal y la hemorragia que se disminuye con el alimento precoz al pecho y el masaje del fondo uterino.

Cuidados del Recién Nacido : Se debe alimentar al pecho precozmente para obtener una adecuada nutrición y prevención de la hipotermia. El niño estará en un sitio seco, caliente y libre de corrientes aéreas. Se administrará el alimento materno preferiblemente cada dos horas.

La Mujer Embarazada sin Trabajo de Parto : Acude frecuentemente en busca de confianza y preguntando por la situación de su embarazo. Después de tranquilizar a la madre es posible regresarla a su casa evitando exposición a químicos, radiaciones, tóxicos e infecciones, es posible que colabore en las labores teniendo en cuenta su tipo de trabajo evitando ejercicios físicos exagerados.

Embarazo con Complicación : Estas mujeres generalmente se remiten a lugares de mayor atención; pero a veces es importante obtener algunos elementos mínimos de manejo cuando la revisión no es posible.

Hemorragia del Primer Trimestre : La Hemorragia del Primer Trimestre puede ser debida a varias causas, muchas mujeres presentan sangrado por implantación que generalmente es mínimo y no produce síntomas adversos a la madre, desaparece en uno o dos días; cuando se

hace más profuso el aborto es inminente y debe ser trasladada tan pronto como sea posible, si no es factible el traslado se manejará con medidas de soporte.

Sangrado en Tercer Trimestre : La división entre aborto y parto prematuro es la veinteava semana de embarazo.

El sangrado vaginal en el último trimestre es aproximadamente 3% de todos los embarazos. Este síntoma es anormal y se asocia con un incremento del riesgo, es bueno diferenciar entre placenta previa y abruptio, las causas más frecuentes de sangrado del tercer trimestre.

Placenta Previa	Abruptio
Dolor leve	Dolor fuerte constante
Sangrado rojo rutilante	Sangrado oscuro
Sangrado visible	Sangrado oculto
Tono normal	Tono aumentado

Estos síntomas hacen la diferenciación del sangrado del tercer trimestre, se debe proscribir el tacto vaginal, cuando la sospecha es placenta previa porque puede ser causa de hemorragia intratable; estas pacientes deben ser prioritariamente trasladadas a Centros de Atención Especializada.

Parto Prematuro : Se define como la presencia de contracciones con progresiva dilatación cervical después de las veinte semanas y antes de las 37 semanas. Se pueden establecer cinco medidas prácticas para tratar de parar el Trabajo de Parto.

1. Administrar dos a seis onzas de Whiskey u otro alcohol "fuerte" además, de abundantes líquidos.

2. Es necesario evitar toda actividad

3. Hacer quietud y el mayor reposo posible

4. Aplicación de calor en zona uterina, la cual baja la contractilidad (baño caliente).

5. Algunas veces la inclinación postural puede prestar algún beneficio, ésto debido a disminuír la presión sobre el cérvix, no es lo mejor, pero ante una emergencia todo tipo de ayuda debe ser utilizada.

Si se presenta el parto se deben tener medidas adecuadas del manejo del prematuro, sobre todo desde el punto de vista térmico donde es posible adecuar algunas medidas (Caja de cartón, gavetas) para utilizarlas como cunas; con todos los elementos que proporcionen calor. Se debe cubrir hasta la cabeza del prematuro por la gran superficie corporal que ella representa y evitar al mínimo la manipulación.

El prematuro tiene dificultades en mantener sus niveles de glicemia para lo cual es necesario administrar agua azucarada y procurar el amamantamiento precoz.

Preeclampsia : Hipertensión es definida como mayor de 140/90 o un incre-

mento de 30 mm Hg la sistólica y la diastólica de 15 mm Hg. Proteinuria - edema e hipertensión es la tríada clásica de la enfermedad.

Las medidas para ello son de tipo práctico; evitar todo tipo de estimulación y actividad para lo cual es necesario el reposo preferiblemente de lado; se debe orientar el manejo a obtener una buena punción renal.

Se debe mantener adecuada nutrición especialmente hiperproteica y normosódica que tratará de hacer una redistribución de líquidos.

Hay signos de peligro : hiperreflexia, cefalea frontal pulsátil, disturbios visuales (escotomas - centelleos), dolor epigástrico y oliguria. Si se presentan convulsiones se debe pensar en trasladar la paciente para terminación de su embarazo.

Las pruebas de bienestar fetal son difíciles de realizar en casos de emergencia, sólo queda el recurso de los movimientos fetales para lo cual es necesario dar instrucciones a la madre sobre ellos y registrarlos.

Parto Anormal : Básicamente es esencial tener en cuenta criterios generales sobre el tiempo en el cual debe terminar el embarazo, teniendo en cuenta la duración de acuerdo a la paridad de la paciente; multíparas alrededor de doce horas, primíparas de 18 a 20 horas.

Cuando el trabajo de parto se prolonga hay aumento de la morbimortalidad fetal y materna y se puede presentar sufrimiento fetal por el cual se debe remitir a la materna a un sitio de mayor atención evitando que la embarazada presente más contracciones administrando úteroinhibidores, oxígeno y colocar la paciente en decúbito lateral.