

ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA GESTANTE CON TRAUMATISMO GRAVE

AUTORAS: Pérez Liria Antonia M^a; García Alfonso M^a Isabel; Segura Flores M^a Francisca

INTRODUCCIÓN

Las mujeres embarazadas tienen el mismo riesgo o más que otras personas de sufrir traumatismos. El tratamiento de los traumatismos durante el embarazo tiene consideraciones especiales debido a la presencia del feto y a las modificaciones fisiológicas que sufre la mujer; por este motivo consideramos de vital importancia llevar a cabo un protocolo en la atención a la embarazada traumatizada.

TECNICA

PROTOCOLO BÁSICO DE ATENCIÓN

- 1 Realizar inmediatamente medidas RCP básica y avanzada → OBJETIVO:
 - 1° salvar vida madre
 - 2° salvar vida fetal
 - 3° salvar capacidad reproductiva
- 2 Controlar HEMORRAGIA
 - evitar canalizar la vena femoral, vía poco eficaz por obstrucción de la cava por útero.
 - NO utilizar cámara abdominal del pantalón antishock (MAST) → ↓ flujo útero-placentario.
- 3 INMOVILIZACIÓN ZONA
 - se actuará como si existiese lesión de columna vertebral y/o medular.
 - 3 METODOS
 - Tablero espinal
 - desplazamiento manual del útero
 - colchón de vacío sobre tablero espinal.
- 4 Administrar PERFUSION HEMODINAMICA
 - líquidos → Ringer lactato 3:1, cristaloides/sangre perdida.
 - sangre: indicada transfusión temprana
- 5 Controlar CTES
 - PULSO: ↑ en embarazo frecuencia 15-20 lat/min
 - TA: ↓ presión sistólica y diastólica en 10-15 mmHg
 - RESPIRACIÓN: ↓ volumen residual + ↑ pérdida renal de bicarbonato → ACIDOSIS se desarrolla rápidamente.
 - SI TA baja + respiración forzada → administrar oxígeno
- 6 POSICIÓN DE SEGURIDAD
 - DLI, para prevenir el síndrome de la vena cava y favorecer la oxigenación feto-placentaria
- 7 VALORACIÓN SECUNDARIA
 - irritabilidad, dolor uterino, movimientos y ruidos cardiacos fetales, parto prematuro, sangrado vaginal por desprendimiento de placenta, rotura de bolsa amniótica.
- 8 Gestionar preparativos para cesárea si fuera necesario (cruce sangre, consentimientos, sondaje vesical...)
- 9 DAR APOYO Y TRANQUILIDAD



OBSERVACIONES

- SI INTUBACION → ↑ probabilidad de broncoaspiración por ↓ vaciamiento gástrico.
- TRIAGE → son pacientes de alto riesgo con indicación siempre de traslado aunque se catalogue con color negro/gris por viabilidad fetal.
- NO DROGAS VASOACTIVAS para el tto del shock -> acentúan hipoxia fetal.
- uso RX siempre que sea posible con protección abdominal.
- Gestane RH- con traumatismo: administrar gammaglobulina anti Rh.
- Si precisa de tubo endopleural se coloca en 3-4° espacio intercostal ya que el diafragma asciende unos 4cm

BIBLIOGRAFIA

-Desjardins G. Management of the injured pregnant patient. Trauma.org [serie en internet]. [citado 25 Jul 2008]. Disponible en URL: www.trauma.org/archive/resus/pregnancytrauma.html.

-Valcárcel O. Pautas de atención prehospitalaria de la embarazada traumatizada. [citado 27 Jul 2008]. Disponible en URL: www.dya.es/archivos/cursos/descarga.php?archivo=SVA%20trauma%20en%20embarazada.pdf.