

LA SEGURIDAD DE LA EMBARAZADA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Aroca Gallego A., Alarcón Molina J., Montijano Ogerón P.
Enfermeras del Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

Introducción-Objetivos:

Las modificaciones fisiológicas que se producen en la mujer como consecuencia de la gestación hacen que las medidas generales de urgencia aplicadas al resto de la población no sean útiles en estos casos. Saber realizar una adecuada valoración de la gestante traumatizada así como un correcto manejo de la situación nos ayudará a minimizar las repercusiones del accidente sobre la madre y el feto, mejorando su supervivencia.¹

Estos cambios pueden influir en la evaluación de la paciente, alterando los signos y síntomas. El embarazo también puede afectar las características o la severidad del trauma. La prioridad del tratamiento en la embarazada traumatizada es la misma que para la no embarazada. El mejor tratamiento para el feto es tratar a la madre. Sin embargo, la resucitación y estabilización deben modificarse para adaptarse a los cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo.²

El objetivo sería incrementar los conocimientos y procedimientos del personal sanitario implicado en la atención de la paciente, sobre las modificaciones anatómicas y funcionales que experimentan las gestantes, descubriendo así los mecanismos lesionales para el manejo del traumatismo grave.

Método:

Búsqueda sistemática en las principales bases de datos científicas: Pubmed, Cuiden, Medline, Scielo y Cochrane Library. Se han seleccionado los artículos de más actualidad en relación con el tema, obteniendo un total de ocho artículos de interés para nuestro estudio. La población de este estudio seleccionada son aquellas mujeres gestantes que sufren algún traumatismo y/o precisan servicios médicos urgentes en medio extrahospitalario.

Resultados:

Las guías clínicas para traumatizados, son aplicables a la embarazada salvo con algunas modificaciones: La excarceración debería realizarse de forma habitual con inmovilización espinal y/o medular, mediante palpación de la altura uterina para determinar las semanas de gestación. En la colocación de la paciente hemos de tener en cuenta que si la gestación es mayor de 20 semanas, la compresión de la vena cava inferior, por el útero grávido, disminuye el retorno venoso al corazón, reduciendo el gasto cardíaco y agravando el estado de shock. Por consiguiente, a menos que se sospeche una lesión vertebral, la paciente embarazada se debe transportar y evaluar estando acostada sobre su lado izquierdo (con ayuda de almohada bajo la cadera derecha).³ Si la paciente está en posición supina, se debe elevar la cadera derecha y desplazar el útero manualmente hacia la izquierda, para disminuir la presión sobre la vena cava inferior. La paciente gestante puede perder hasta un 30% de su volumen sanguíneo antes de presentar taquicardia, hipotensión y otros signos de hipovolemia. Es así como el feto puede estar en shock, mientras que la condición materna y los signos vitales parecen estables.⁴



Conclusión:

La vigilancia y valoración del bienestar materno-fetal son nuestras principales herramientas, saber realizar una adecuada valoración de la gestante en las urgencias extrahospitalaria así como un correcto manejo de la situación nos ayudará a minimizar las repercusiones del accidente sobre la madre y el feto, mejorando su supervivencia. Es esencial los conocimientos por parte de los profesionales de la relación especial entre la madre y el feto, si se quiere ofrecer la mejor atención a ambos. En el caso de embarazadas conscientes, la víctima sumará a su propia angustia por el accidente el temor por el bienestar fetal, esto hará que el equipo de emergencias tenga que tranquilizar a la madre ofreciéndole apoyo y confianza.⁵ La reanimación de una embarazada traumatizada debe centrarse en la madre porque la causa más común de muerte fetal es el shock materno. No es recomendable perder el tiempo en la auscultación fetal ya que retrasa la atención a la madre, portanto, en la escena del accidente consideraremos que el feto está vivo hasta que llegue al hospital.

Bibliografía:

1. Mejías Paneque C., Duarte González L., García González S. Consideraciones generales en la atención de urgencia a la paciente obstétrica politraumatizada. *Enferm. glob.* 2012; 11(25): 464-469.
2. Ambel R. C., et al. Protocolo de actuación extrahospitalaria en el paciente politraumatizado 2000.
3. Somoza Digón J., Contreras Martínón F., Bernárdez Otero M. Transporte y Movilización de Pacientes 2011.