

Emergencias Obstétricas

Como debemos actuar?

Dra. Sonia Karina Vélez
Especialista en Emergentología
Coordinadora de Medicina Interna
Centro Integral de Salud Banda -Sgo del Estero

Emergencias Obstétricas

Se requiere de una evaluación rápida e inicial con diagnóstico acertado, intervención inmediata y toma de decisión oportuna.

- Se la puede resolver ?
- Debe ser trasladada ?

Emergencias Obstétricas

- No perder la calma
- Pensar de manera lógica
- No dejar a la embarazada desatendida
- Pedir ayuda al personal entrenado del lugar
- Conocer los protocolos de actuación en emergencia obstétrica para reconocerla y tener intervención temprana

Emergencias Obstétricas

EMERGENCIA:

- O.M.S. define: " es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto o su familia".
- Las características comunes de las situaciones de emergencia son su carácter imprevisto, su localización variable y fortuita, su diversa etiología, desigual gravedad, la subjetividad en su definición y la necesidad de una respuesta inmediata.

Emergencias Obstétricas

- Emergencia obstétrica del embarazo, parto y puerperio: es un estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o el producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata de personal calificado.

Embarazo de alto riesgo



Emergencias
Obstétricas



MUERTE MATERNA/FETAL

LA ATENCION DE
LA EMBARAZADA
DEBE SER
PRIORITARIA EN
LOS SERVICIOS
DE
EMERGENCIAS

- ✓ Vía aérea y respiración
- ✓ Circulación (signos de shock)
- ✓ Sangrado vaginal(etiología dependerá de la etapa del embarazo)
- ✓ Estado de conciencia y presencia de convulsiones (preeclampsia y eclampsia)
- ✓ Dolor abdominal (embarazo ectopico,DPPNI,ruptura uterina)
- ✓ Colocar a la embarazada en decúbito lateral izquierdo

CORROBORAR:
EMERGENCIA OBSTETRICA

Emergencias Obstétricas

VERDADERAS
URGENCIAS
OBSTETRICAS

- Hemorragias obstétricas
- Preeclampsia, Eclampsia, HELLP
- Sepsis

Emergencias Obstétricas

PREECLAMPSIA: disfunción placentaria que se expresa con un síndrome materno (HTA) y/o fetal (retardo en el crecimiento, muerte)

- Se presenta > semana 20 o período posparto temprano
- Clásica: Hta + proteinuria.
- 2014-ACOG: elimino la proteinuria como criterio obligatorio
- HTA: PAS > 140 mmHg y/o PAD > 90 mmHg
- Proteinuria : 300mg o mas en orina 24 hs-creatinina en orina de una sola micción $\geq 0,3$ mg / dl -
- Clasifica leve y severa

Peeclampsia severa

- PAS > o = 160mmHg/PAD > o = 110mmHg
- Cefalea persistente, Cambios visuales, Dolor epigástrico o cuadrante superior derecho, EAP
- Alteración de enzima Hepáticas (2 veces lo N), trombocitopenia (<100000)
- Oliguria y elevación de creatinina (>1,1)

Emergencias Obstétricas

ECLAMPSIA

- Convulsiones durante el embarazo y / o posparto. Tipo Tónico-clónica, focal o multifocal. Inexplicable por otra patología neurológica.

HELLP

Es una forma de preeclampsia severa con mayor gravedad, la cual se describe por los siguientes signos clínicos:

- Plaquetas $< 100\ 000$.
- Transaminasas elevadas. LDH aumentada.
- Hiperbilirrubinemia (hemolisis).
- Hiperuricemia por fallo renal agudo

Emergencias Obstétricas

El síndrome HELLP fue nombrado por el Dr. Luis Weinstein en 1982 :

- **H** (hemólisis, que es la ruptura de los glóbulos rojos)
 - **EL** (enzimas hepáticas elevadas)
 - **LP** (bajo recuento de plaquetas)
- El síndrome HELLP puede ser difícil de diagnosticar, sobre todo cuando la presión arterial y proteína en la orina no están presentes.
 - La tasa de mortalidad global del síndrome de HELLP está alrededor del 25%.
 - Es por eso que es crítico que las mujeres embarazadas estén conscientes de esta condición y sus síntomas para que puedan recibir un diagnóstico y tratamiento tempranos.

Emergencias Obstétricas

PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA-Evaluación y Manejo

- Admisión en centro obstétrico
- Evaluación buscando daño en órgano blanco
- Buscar cambios visuales
- Evaluar volumen urinario y signos de desprendimiento placentario
- Evaluar bienestar fetal
- Realizar exámenes de laboratorio: hemograma con plaquetas, función renal y hepática, proteinuria de 24 hs (12hs).

Emergencias Obstétricas

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA-Evaluación y Manejo

- Sulfato de Magnesio(reduce riesgo convulsiones 58%)
- **Dosis de carga:** 4-6gr/sol dextrosa 5%-15-20 min
- **Dosis Mantenimiento:** infusión de 1-2gr/h-24hs

VIGILAR:

Estado de conciencia

Reflejos osteotendinosos(OT)

Frecuencia respiratoria

Diuresis

Toxicidad: perdida de reflejos OT, depresion respiratoria, Vision borrosa , cardiotoxicidad

Gluonato de Calcio revierte los sintomas(1 gr EV ,repetir dosis segun clinica)

Emergencias Obstétricas

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA-Evaluación y Manejo

- Sulfato de Magnesio: 10 g inicialmente como dosis de carga (5 g IM en cada nalga) seguidos de 5 g cada 4 horas. Usar si no se tiene acceso EV
- Convulsiones recurrentes: Dosis adicionales 2 a 4 gr.
- Convulsiones refractarias: fenitoína EV, manejarlas en UCI, considerar neuroimagen

sulfato de
magnesio no debe
considerarse un
agente
antihipertensivo

Emergencias Obstétricas

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA-Evaluación y Manejo

- PAS $>$ o = 160mmHg/
PAD $>$ o = 110mmHg

Uso de

Antihipertensivos:

Disminuye complicación neurológica (hemorragia-encefalopatía) y cardiovasculares (EAP)

- **Alfametildopa:** (agonista alfa adrenérgico central, disminuye la resistencia periférica) 200-500 mg cada 6-8 hs. Dosis máxima: 2 gr/día
- **Labetalol:** (bloqueante α_1 y β_1 , agonista β_2 parcial, disminuye la resistencia periférica) 200 mg en 2 a 4 dosis VO. Dosis máxima :1200 mg/día
- **Hidralazina:** dosis máxima 30 mg
- **Nifedipina:**(bloqueante de los canales de calcio, efecto vasodilatador vascular)10 o 20 mg VO en 1 a 4 dosis día

Emergencias Obstétricas

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA-Evaluación y Manejo

LABETALOL

- Infusión EV Intermitente: 20 mg (1 ampolla diluida en 100 ml sol. Dextrosa 5%) IV lento, a pasar en 10-15 min. **Efecto máximo**: a partir de los 5 minutos. Si no desciende la TA a los 15 minutos, duplicar la dosis: 40 mg (2 ampollas), si no desciende la TA, duplicar la dosis: 80 mg (4 ampollas). Si persiste la HTA, a los 15 minutos repetir dosis anterior: 80 mg (4 ampollas). **Dosis máxima EV total**: 220-300 mg y 80 mg diluidos por bolo lento.
- Infusión continua (Bomba de Infusión): 40 ml = 10 ampollas en 160 ml Sol. Dextrosa 5% (200 ml): pasar 1 a 2 ml/min = 1 a 2 mg/min.
- Efecto materno: Cefalea, Bradicardia. Contraindicada en asma bronquial, ICC, Bloqueo A-V. Efecto fetal: bradicardia leve.

Emergencias Obstétricas

- La preeclampsia/Eclampsia/HELLP son las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en Argentina y a nivel mundial
- Las muertes se deben a hemorragia intracraneal e infarto cerebral, EAP, insuficiencia respiratoria y falla o ruptura hepática
- Las mujeres que experimentan preeclampsia tienen un mayor riesgo de hipertensión, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica, en la vida posterior

«La conducta indicada tanto en el síndrome de HELLP, como en las formas de preeclampsia severa y en la eclampsia es la interrupción del embarazo, el fin de la gestación.»







MUCHAS GRACIAS