

EMERGENCIAS y URGENCIAS OBSTETRICAS**INTRODUCCION**

Las emergencias surgidas en obstetricia, constituyen una gama de situación en la cual no sólo está la vida de la madre sino también la del feto. La situación hace que muchas veces el obstetra debe tomar decisiones que pueden afectar la salud de la madre y su hijo. En el mundo, casi 600.000 mujeres mueren anualmente durante el embarazo, el parto y el puerperio y muchas muertes pudieron haber sido evitadas mediante intervenciones sencillas. La falta de información y las dificultades en el acceso a los servicios de salud se encuentran asociadas a esta problemática.

Las causas de muerte materna, más frecuentes en el mundo son las hemorragias, infección, hipertensión arterial, parto obstruido y complicaciones post-aborto. El manejo de las emergencias obstétricas han sido publicadas en forma detallada y extensa en diferentes textos de obstetricia y ginecología.

DEFINICIONES

Las EMERGENCIAS se definen como complicaciones agudas con compromiso de la vida de la madre y del feto lo que requiere una acción inmediata (minutos). Las URGENCIAS son de inicio sub-agudo que justifican una asistencia rápida (horas).

TEMARIO**URGENCIAS ANTEPARTO**

Aborto – Aborto espontáneo, es la interrupción espontánea del embarazo, antes de alcanzar la viabilidad fetal o sea la de 1 embrión de peso igual o menor de 500 g y menos de 22 semanas de gestación. La mayoría de las causas son cromosómicas. El aborto recurrente se define como la pérdida de más de 3 embarazos antes de las 22 semanas de gestación (511, 517, 521)

Hemorragia anteparto – Es el sangrado vaginal en gestaciones entre las 20 semanas y el parto. Se presenta entre el 1% y 3% de las embarazadas. Se observa más frecuentemente en mujeres en el 2do trimestre de la gestación. Una causa es el Abrupto Placentae o Desprendimiento Prematuro de Placenta, donde el riesgo fetal es más importante que en caso de placenta previa (1233).

Embarazo Ectópico – Se refiere a la implantación anómala del embrión en la gran mayoría de los casos en las trompas uterinas y excepcionalmente en los ovarios o el abdomen (531).

Hipertensión Arterial – Es una de las causas más frecuentes de muerte materna y se considera tal las cifras mayores de 140/90 mmHg.

La Pre-eclampsia complica más frecuentemente a mujeres con embarazos gemelares, diabéticas y con hipertensión crónica. Se produce después de las 20 semanas y se acompaña de proteinuria. Corren riesgo de desprendimiento prematuro de placenta y posibilidad de daños hepato-renal. Es una patología que se resuelve al terminar el embarazo.

Eclampsia se define a la presencia de una o más convulsiones asociadas a la pre-eclampsia. Las cefaleas, fotofobias y epigastralgias son pródromos de la eclampsia

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

y suceden en más de la mitad de los casos. Tiene un elevado riesgo materno-fetal (657,663, 1234).

Síndrome de HELLP – Es un Síndrome caracterizado por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas. HELLP traduce las complicaciones sistémicas de la pre-eclampsia. Su incidencia del 4% al 12% de las mujeres con pre-eclampsia pudiendo llegar al 25% si la misma es severa. En el 30% de los casos se produce en la primeras 48 horas del post-parto. Complicaciones severas son el infarto, la coagulación intravascular diseminada y el edema y hemorragia cerebral (675).

Desprendimiento de la Placenta Normalmente Inserta (DPPNI) Es la separación de la placenta de su área de inserción antes del 3er estadio del parto. Si bien es un cuadro grave, es poco frecuente (6 por cada 1.000 nacimientos) y el doble en caso de embarazos gemelares. La mortalidad materna es muy alta (3 veces lo esperado) y es frecuente el sufrimiento fetal, la prematuridad y los posibles daños neurológicos del feto - (619)

Placenta previa Es cuando se localiza en el segmento inferior del útero y bloquea el paso del feto u obstruye el trabajo de parto. La más grave es cuando ocluye centralmente todo el orificio cervical interno (grado IV) y el grado III es cuando ocluye asimétricamente dicho orificio. Los grados I y II son grados menores. Si la placenta se inserta entre 2 cm y 3,cm del orificio interno se llama placenta de implantación baja. Hay 2 tipos de inserción: ácreta que se inserta directamente en el músculo uterino sin intervención de la decidua, mientras las placentas ícreta y pércretas penetran parcial o completamente a través de la pared uterina (611).

URGENCIAS INTRAPARTO

Ruptura Uterina tiene una importante morbi-mortalidad materna fetal y afecta a todo el espesor del miometrio. Se acompaña de hemorragia importante que puede fluir a la cavidad peritoneal y/o vagina. Si la rotura es parcial el pronóstico es más favorable, el sangrado es escaso y no se produce rotura de las membranas fetales y el feto permanece dentro de la cavidad uterina (1025).

Prolapso del Cordón Ocurre en 3 de cada 1000 trabajos de parto, pero se asocia a una alta mortalidad y morbilidad fetal. Se observa con más frecuencia en presentaciones podálicas o anómalas, polihidramnios y en embarazos múltiples. Pueden producirse alteraciones sistémicas en la madre que requieren un tratamiento de emergencia (654)

Distocia del Parto – Pueden ser:

Dinámicas

La distocia dinámica es cualquier alteración (frecuencia, tono, intensidad coordinación) de la actividad del músculo uterino durante el parto.

Las más frecuentes son la hipodinamia donde hay disminución de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, la hiperdinamia con aumento de la intensidad y frecuencia de las contracciones y la incoordinación uterina donde la intensidad de las contracciones y del período intercontractil es variables, siendo probable que existan 2 ó 3 contracciones seguidas sin período de relajación (981).

De Objeto - Situaciones anómalas

Situaciones transversas, oblicuas, dorso anterior, presentación de cara y podálica, dificultan el parto. Una serie de obstáculos para el encajamiento de la cabeza fetal son la pelvis estrecha y la placenta previa. La excesiva motilidad fetal, embarazos gemelares y prematuridad pueden dificultar el nacimiento (985).

Distocia de hombros

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

Se produce cuando tras la expulsión de la cabeza, los hombros no se introducen en el canal del parto, creándose un desequilibrio entre el diámetro pélvico y el bisacromial. La distocia puede ser anterior o posterior. Es impredecible, su frecuencia es baja (1%) y mayor en fetos de más de 4 Kg., pero la morbilidad es importante (1236).

URGENCIAS POST-PARTO

Hemorragia Post-parto Es la primera causa de muerte materna en el mundo (la mayoría dentro de las 24 horas post-nacimiento), producida en el alumbramiento o post-parto inmediato. Se define como tal, cuando el sangrado es de más de 500 cc para embarazos únicos y 1000 cc para embarazos múltiples (1236).

Embolia de Líquido Amniótico Situación grave, impredecible, potencialmente reversible con detección precoz y manejo agresivo. Se produce cuando grandes cantidades de líquido amniótico pasan a la circulación materna. Su causa es desconocida. Se produce en 1 cada 8.000 partos o 1 cada 80.000 dependiendo de los criterios de inclusión y tiene muy elevada su mortalidad (1091, 1237).

Inversión uterina – Se produce cuando el fondo del útero se colapsa dentro de la cavidad endometrial. Puede ser aguda (primeras 24 horas) o crónica (hasta 1 mes después del parto). Si no se trata puede producir una hemorragia severa (1237).

CESAREA POST-MORTEM

Es una situación excepcional, y más frecuente en países en vías de desarrollo. Es una situación de extrema emergencia para salvar la vida fetal ya que la toma de decisión debe resolverse en minutos. Hoy conceptualmente, se refiere también a inminencia de muerte materna por lo que en estos casos sería un método de óptima reanimación para la madre y el feto. La causa es el cese espontáneo de la actividad cardíaca y la ventilación que supone una muerte clínica en pocos minutos (1233).

BIBLIOGRAFIA

Para realizar este resumen hemos seleccionado este moderno texto que recomendamos como documento base de consulta en obstetricia.

TEXTO RECOMENDADO

Es una completa obra española de "**Obstetricia y Medicina Materno-Fetal**" L- Cabero Roura, D. Saldivar Rodriguez, E. Cabrillo Rodriguez. Editorial Médica Panamericana 2007 <http://www.medicapanamericana.com> Dispone de 176 temas obstétricos, respaldados por una amplia y moderna bibliografía en 1384 páginas.

Los números entre paréntesis () que están en el contenido de este documento son el número de página del Texto seleccionado, donde está desarrollado cada uno de los temarios analizados en este documento. Al final de cada uno de los capítulos usted encontrará extensa y actualizada bibliografía adicional.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.