

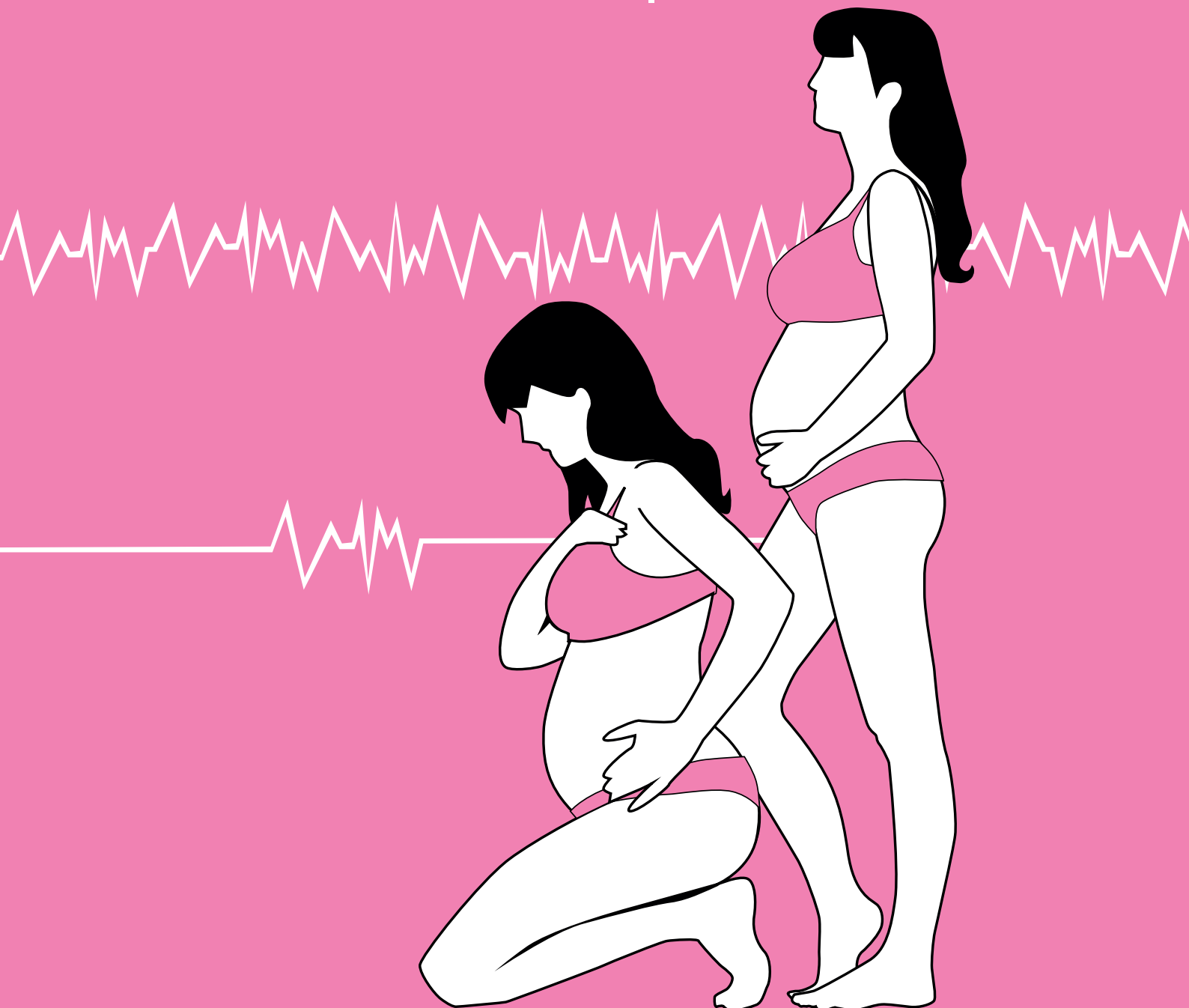


ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMEROS DE BADAJOZ

MONOGRÁFICO

TERCER TRIMESTRE 2017

| RECOMENDACIONES RCP EN LA GESTANTE |



RECOMENDACIONES RCP EN LA GESTANTE

AUTORES |

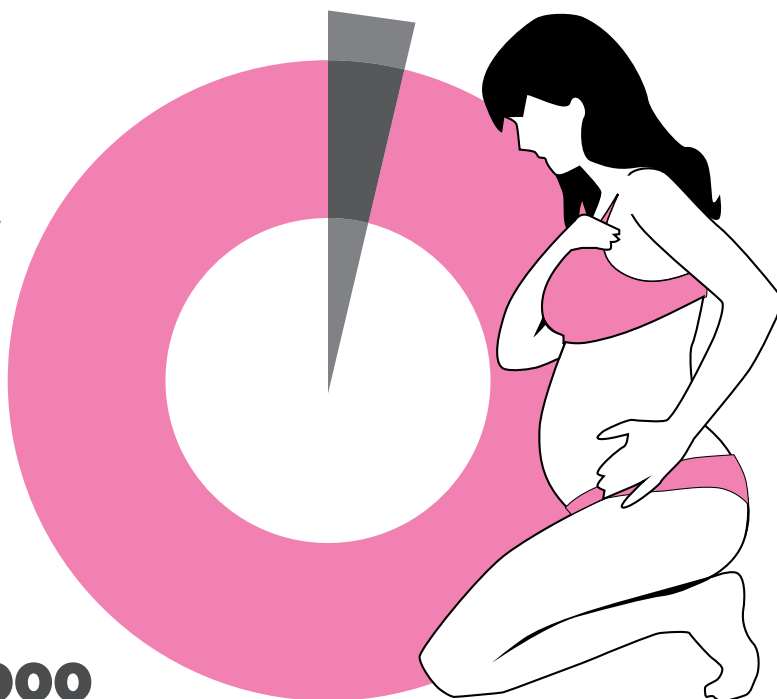
M^a ROSARIO GONZÁLEZ MORENO,
Colegiado n° 6867. Matrona.

ÁNGELA HERNÁNDEZ DONOSO,
Colegiado n° 6545. Matrona.

DANIEL PIOSA PIOSA.
Colegiado n° 06/06/06688. Ginecólogo.

SUPERVIVENCIA **7%**

APARECE EN **1** DE CADA **30.000**



Pese a que el paro cardiorrespiratorio en las embarazadas constituye un hecho de baja frecuencia, se encuentra asociado a una alta morbilidad tanto materna como perinatal. Se estima que ocurre en uno de cada 30.000 embarazos a término y según los estudios, la tasa de supervivencia es de sólo el 7%.

La matrona, como profesional implicado en el cuidado de la mujer gestante, ha de estar en continua formación y conocer las particularidades de la RCP en la embarazada.

Estas particularidades vienen dadas por los cambios fisiológicos que tienen lugar en el embarazo, los cuales modifican la capacidad de respuesta de los sistemas circulatorio y respiratorio: **el gasto cardíaco y el volumen sanguíneo aumentan más de un 50%, aumentan la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y el consumo de oxígeno y la capacidad funcional residual pulmonar, la resistencia vascular periférica y la pulmonar.**

Además, debemos tener presente en todo momento que estamos tratando dos vidas, ya que el feto puede sufrir tanto lesiones directas como derivadas de la mala perfusión sanguínea a la que se ve sometido por las alteraciones circulatorias del paro cardíaco materno. Y que por tanto, al salvarle la vida a la madre, estamos salvando también la del feto.



SUS CAUSAS MÁS FRECUENTES

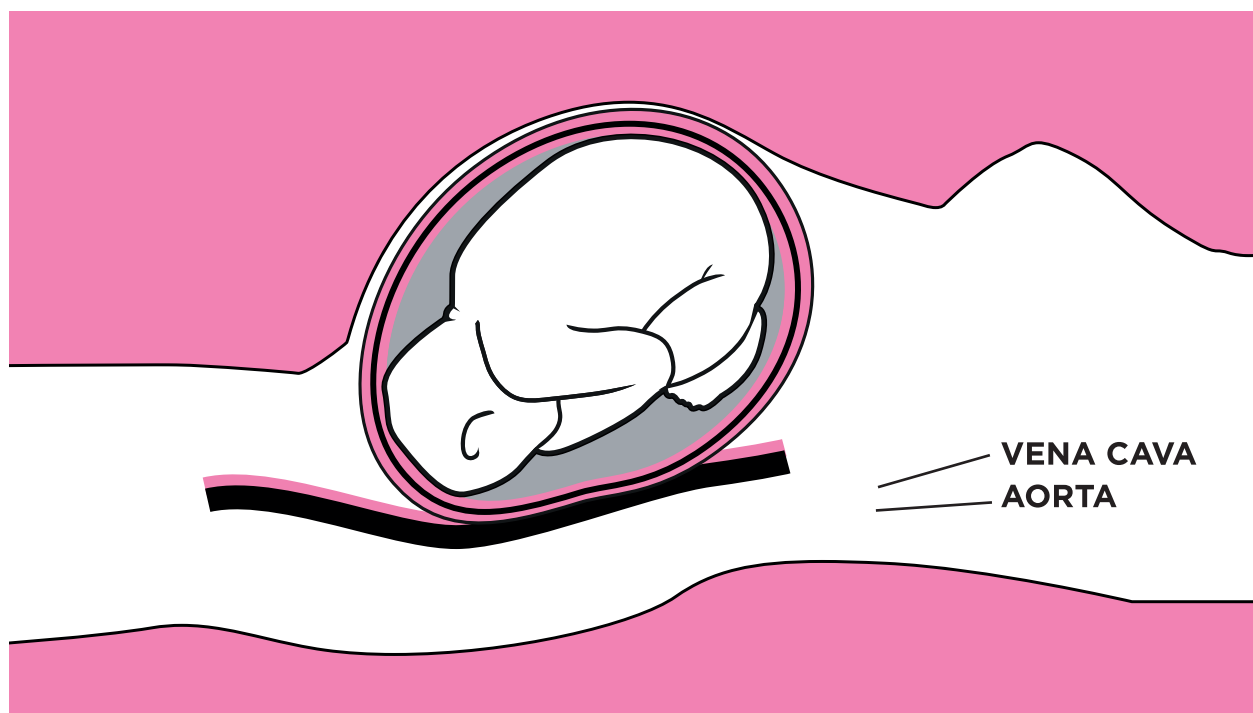
de la parada cardíaca en el embarazo son:

1. relacionadas con trastornos hipertensivos
2. hemorragias obstétricas masivas
3. tromboembolismo
4. y causas infecciosas.



PARTICULARIDADES EN LA GESTANTE:

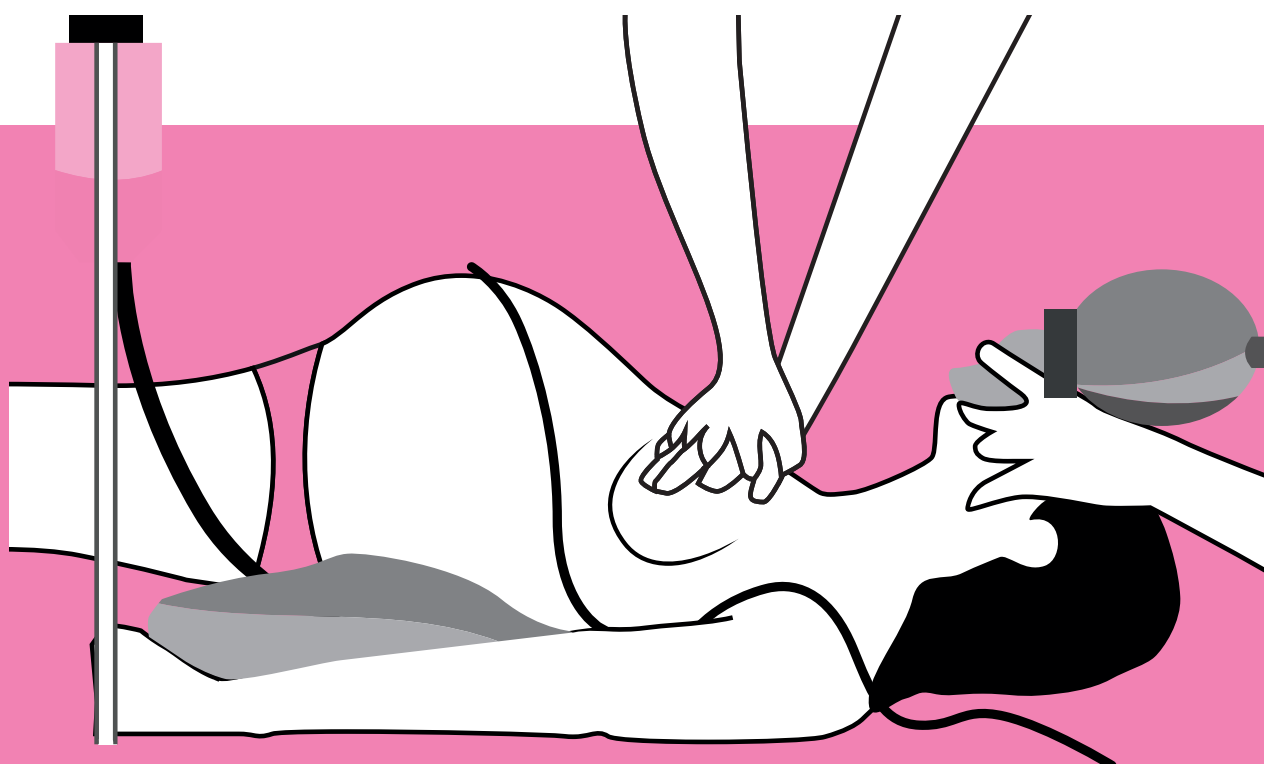
Los pasos a seguir no difieren del algoritmo que se sigue en la población en general, solo deberemos tener en cuenta una serie de puntualizaciones al estar tratando con embarazadas:



A. Por encima de las 20 semanas, colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo con un ángulo de al menos 15° , poniendo una cuña (cuña de Cardiff si se dispone de ella) bajo el lado derecho (excepto sospecha de lesión vertebral), para evitar los efectos de la compresión de la aorta y la cava por el útero gravídico.

B. Debe asegurarse una vía aérea permeable y administrar oxígeno a alto flujo, controlar la hemorragia si existe y mantener la tensión arterial.

C. Si se encuentra en cama, colocar una tabla rígida entre la gestante y la cama para aumentar la efectividad de las compresiones.



D. En el tercer trimestre, realizar las compresiones a nivel medio esternal (más arriba del punto en no embarazadas).

E. Utilizar una sonda nasogástrica u orogástrica para prevenir la broncoaspiración (embarazada siempre tratada como si tuviera estómago lleno).

F. Inmovilización y traslado urgente tras estabilización.

G. No modificación en el uso de fármacos.



DEFIBRILACIÓN PRECOZ

- No habrá modificaciones en dosis ni sitio de colocación de las palas. Las descargas no afectan al feto.
- En la monitorización: los ritmos no desfibrilables son los más frecuentes en la gestante.
- Antes de aplicar la descarga, asegurarse de que los dispositivos de monitorización fetal están quitados.

CUIDADOS POSTRESUCITACIÓN

- En gestantes comatosas, se recomienda realizar una hipotermia controlada (33-35°C) iniciándose hasta 6 horas después de la recuperación de la circulación espontánea y pudiéndose mantener hasta 24 horas.

TRAS CINCO MINUTOS DE PARO CARDIACO...

- 🚑 **> DE 24 SEMANAS:** El beneficio es mejorar gasto cardiaco materno y sobrevida fetal.
- 🚑 **20 - 24 SEMANAS:** Sobrevida Materna.
- 🚑 **< DE 20 SEMANAS:** No realizar cesárea ya que no afecta el gasto cardiaco por compresión uterina Aorto-Cava.

🚑 Si tras 5 minutos de maniobras de reanimación no se consigue revertir el paro cardiaco, se ha de realizar una histerotomía de emergencia para la extracción fetal (cesárea perimortem).

🚑 Se estima que la extracción fetal proporciona, a corto plazo, una mejora del 30-80,% del volumen cardiaco circulante, y junto con el resto de medidas de reanimación, puede proporcionar una mejora circulatoria que preserve el daño a nivel cerebral.

- La mayor tasa de supervivencia de los recién nacidos de más de 24-25 semanas de gestación se produce cuando se logra la extracción del lactante dentro de los 5 minutos posteriores a la parada cardíaca de la madre.
- Por tanto, esta cesárea de urgencia además de mejorar tanto la supervivencia materna como la fetal, constituye el procedimiento para optimizar las maniobras de resucitación para madre y bebé.

COMO RESUMEN:

- **Compresiones torácicas de buena calidad, en útero del final de gestación, en medio del esternón.**
- **Desviación uterina 15 grados hacia la izquierda.**
- **Administración de medicamentos y desfibrilación igual que en el resto de población.**
- **Manejo avanzado de la vía aérea y cuidado con “estomago lleno”.**
- **Realización de cesárea de emergencia si está indicado.**
- **Y siempre recordando, que la mejor manera de salvar la vida del feto intraútero, es salvar la vida de la madre con una rápida y efectiva reanimación.**

BIBLIOGRAFIA

- Monsieurs KG, et al. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) Sección 1: Resumen Ejecutivo.
- Vasco Ramírez M. Resucitación cardiopulmonar y cerebral en la embarazada. Al final del colapso materno. Rev Colomb Obstet Ginecol 2014;65:228-242.
- Lipman S, Cohen S, Einav S, et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology consensus statement on the management of cardiac arrest in pregnancy. Anesthesia and analgesia 2014;118:1003-16.
- Boyd R, Teece S. Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Perimortem caesarean section. Emergency medicine journal : EMJ 2002;19:324-5.