

RECOMENDACIONES ANTE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) DURANTE EL EMBARAZO

Orellana Díaz, Belén (1), Barroso Fernandez, Encarnación (2) .
(1) Matrona del Hospital de Jerez.
(2)) Matrona del Distrito Cádiz- Bahía La Janda



INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo se producen numerosos cambios fisiológicos en el cuerpo de la gestante, por tratarse generalmente de una población sana la incidencia de la PCR en la embarazada es baja 1/30000, considerándose factores de riesgo la edad materna avanzada, la raza negra, la multiparidad y la falta de control prenatal.

La PCR es una situación grave que en el caso de la gestante se comprometen dos vidas, la de la madre y la del feto.

OBJETIVOS

- Analizar las últimas actualizaciones en la RCP en la embarazada.
- Conocer el protocolo de actuación ante la PCR en la gestante

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Uptodate, Scielo, Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane). Limitándose la búsqueda al periodo 2010-2016.

Palabras clave: Parada cardiorrespiratoria ,Embarazo, Reanimación cardiopulmonar.

RESULTADOS

Ante una PCR en una mujer embarazada hay que tener en cuenta;

- Los cambios fisiopatológicos que se producen en la gestación ya que influyen en la realización de la RCP, haciéndola más complicada.
- Valorar la edad gestacional para determinar la viabilidad fetal, para ello observaremos la altura uterina teniendo en cuenta que la viabilidad fetal se establece cuando la altura uterina está dos traveses por encima del ombligo correspondiendo con la semana 24 de gestación.
- La maniobra de Heimlich está contraindicada.

RCP básica a la gestante (A,B,C,D)

A. Vía aérea; Se recomienda colocar a la gestante en decúbito supino sobre una superficie dura y desplazando el útero hacia la izquierda, protegiendo la vía aérea de forma urgente teniendo en cuenta que puede ser de mayor dificultad.

B. Ventilación; Existe un mayor riesgo de broncoaspiración . La ventilación se realiza en ciclos de 2/30 insuflaciones/compresiones.

C. Circulación; Lo más importante es evitar la compresión aorto-cava. Realizar compresiones profundas. La frecuencia de compresiones debe ser al menos de 100 compresiones por minuto. Las compresiones torácicas deben aplicarse en una zona ligeramente más elevada del esternón para ajustarse a la elevación del diafragma y del contenido abdominal. Después de 4 minutos de RCP no efectiva se debe practicar una cesárea.

D. Desfibrilación; La desfibrilación debe emplearse cuando este indicado. No hay evidencia de que tenga efectos adversos.

CONCLUSIONES

Para realizar con éxito las maniobras de RCP en una gestante hay que tener en cuenta los cambios que se producen debido al embarazo. Lo fundamental es retirar la compresión aorto-cava, desplazando el útero hacia la izquierda. También hay que valorar la viabilidad fetal, debiéndose realizar una cesárea tras 4 minutos de RCP no efectiva.

Debido a que la PCR en la gestante es una situación inusual la experiencia de los profesionales es escasa y eso puede llevar a situaciones de descoordinación, es labor del centro sanitario realizar cursos de reciclaje para poder abordar estas situaciones de una manera eficaz.



BIBLIOGRAFIA

1. Nolan, J.P., Soar, J., Cariou, A., Cronberg, T., Moullet, V.R., Deakin, C.D. (2015)-European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guideline for Post-resuscitation Care 2015. Resuscitation, 95, 202-222.
2. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines of Resuscitation 2015. OGRAFA
3. Farida M. Jeejeebhoy et Al. Manejo del paro cardíaco en el embarazo; revisión sistemática. Journal Resuscitation 82 (2011) 801-809.