PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LA RCP EN LA EMBARAZADA

Ana Isabel Martín Corrales. Elena López de la Torre. (Enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología)

INTRODUCCIÓN

La parada cardiovascular y su manejo en la gestante es un evento desafiante para el que los profesionales de la salud deben estar entrenados. Muchas de las características de las maniobras de RCP son similares a las del adulto estándar, sin embargo, encontramos algunos aspectos a modificar debido a ciertos cambios fisiológicos que deben ser conocidos por los profesionales, como: aumento del gasto cardiaco, volumen de sangre y consumo de oxígeno. Disminución de la distensibilidad torácica, compresión por parte del útero de la aorta y de la vena cava inferior cuando la mujer se encuentra en decúbito supino, lo que reduce el gasto cardiaco e hipotensiona, edema en la via aérea, elevación del diafragma y mayor riesgo de broncoaspiración.

Causas más frecuente de PCR en gestantes: 4H (Hipovolemia, Hipotermia, Hipoxia y trastonos hidroelectrolíticos) 4T (Taponamiento cardiaco, Tromboembolia pulmonar, Tóxicos y Neumotorax a tensión), así como preeclampsia y eclampsia.

OBJETIVOS

Identificar las modificaciones y adaptaciones en las maniobras de RCP en la embarazada

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de publicaciones científicas sobre las maniobras de RCP en la gestante en inglés y español de los últimos 5 años, con texto completo, en las bases de datos eletrónicas Cocharene Plus, PubMed y UptoDate.

Se usaron descriptores en español (“Reanimación”, “cardiopulmonar”, “embarazo”, “prevención”, “medidas”), en inglés:(“Resuscitation”, “Pregnancy” “Treatment”, “Management”). Se revisaron 15 artículos y finalmente se seleccionaron 2 artículos que cumplían estos criterios

RESULTADOS

Via aérea: incrementar la presión parcial de O2 debido a >hipoxemia

Realizar desplazamiento manual del útero a la izquierda para reducir la compresión de la VCI y de la aorta a partir de las 20 semanas de gestación

Compresiones torácias: elevar la posición de las manos a partir del 3º trimestre

No monitorización cardiaca fetal durante las maniobras de RCP

Desfibrilación: energía de choque estándar, no hay evidencia de que afecte al feto

Acceso Intravenoso: encima del diafragma para salvar la circulación retardada por compresión de la VCI

Si la PCR no se invierte en 4 minutos:

<20 semanas: no se considera cesárea

20-23 semanas: se considerará cesárea para llevar a cabo la resucitación materna

A partir de 24-25 semanas: se considera cesárea urgente para intentar salvar la vida materna y fetal

Parto vaginal asistido: solo cuando encuentre en dilatación completa y la cabeza fetal en un plano bajo

CONCLUSIONES

El número de mujeres embarazadas de alto riesgo está aumentando su frecuencia, así como las complicaciones asociadas, por tanto la comunidad sanitaria debe estar preparada para responder a este reto.

Debido a las peculiaridades de la RCP en la gestante y a la complejidad del escenario es esencial que existan equipos multidisciplinares entrenados para ello (Obstetras, matronas, enfermeras y neonatólogos).

Deberán recibir formación específica y continuada para atender tanto a la embarazada como al recién nacido y para ello es de vital importancia la creación de protocolos así como de simulacros y talleres.

REFERENCIAS

-Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, Carvalho B, Joglar J, Mhyre JM, et al. Cardiac Arrest in pregnancy: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. Noviembre de 2015; 132 (18):1747-73.

-Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation, 1 de octubre de 2015;95:100-47.