

TITULO: PAUTAS PARA GARANTIZAR UNA CORRECTA REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA GESTANTE.

AUTOR: MARIA INES MARTIN RUIZ

COAUTOR: MIRIAM GARCIA HERMOSO

Correo de contacto: inesicus@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: gestación, actuación, enfermería, urgencias, parada cardiorrespiratoria.

INTRODUCCION:

El hecho de enfrentarnos ante un PCR es una situación grave ya que de nuestra actuación dependen dos vidas, la de la madre y la del bebe. Para una correcta actuación necesitaremos de un equipo multidisciplinar. La educación, habilidades y conocimientos de las modificaciones entre una RCP básica y una RCP a la gestante son fundamentales para tener éxito

OBJETIVO: revisar las últimas actualizaciones sobre RCP en gestante.

Conocer las modificaciones a realizar en comparación con la RCP básica con el fin de garantizar una correcta actuación por parte del personal de enfermería.

METODOLOGIA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica tanto en inglés como en español en las siguientes bases de datos así como revistas científicas: Medline, Pubmed, Cuiden, Cochrane plus, nure investigación y matronas profesión. También se ha consultado la Guía de la American Heart Association (AHA). Los artículos seleccionados para el estudio comprenden entre el año 2009-2016.

RESULTADOS:

Antes de iniciar las maniobras de RCP debemos tener en cuenta:

La importancia de conocer los cambios fisiopatológicos que se producen en la gestación ya que influyen en la realización de la RCP, haciéndola más complicada. Por otra parte tenemos que hacer una valoración de la edad gestacional y la viabilidad fetal para actuar en consecuencia, ya que por debajo de 24 semanas, el único objetivo es salvar a la madre. Más allá de la 24 la vida del feto se considera como potencialmente viable.

Consideraciones y últimas actualizaciones en la RCP básica a una gestante:

A.- Vía respiratoria: el reconocimiento de la importancia vital que tiene la RCP de alta calidad y la incompatibilidad que esta tiene con una lateralización de la embarazada ha dado lugar a la supresión de la recomendación consistente en utilizar la inclinación lateral y el refuerzo de la recomendación de recurrir al desplazamiento uterino lateral.

B.-Ventilación:tener en cuenta que existe mayor riesgo de aspiración del contenido gástrico por las modificaciones gástricas típicas de la gestación.

Si la paciente está en apnea o su respiración es inadecuada se requiere apoyo ventilatorio. Según las últimas actualizaciones el reanimador debe empezar la RCP con 30 compresiones.

La ventilación se realiza en ciclos de 2 insuflaciones por cada 30 compresiones torácicas.

En caso de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño la maniobra de Heimlich está contraindicada. En estos casos, podemos utilizar compresiones torácicas alternativas en la zona media del esternón (semejante a la posición del masaje cardíaco externo).

C.-CIRCULACIÓN. De vital importancia evitar la compresión aorto-cava. Una vez confirmada la parada cardíaca se debe iniciar las compresiones torácicas en ciclos de 30:2. 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.

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

En un servicio de urgencias después de 4 minutos de RCP sin éxito hay que considerar la realización de una cesárea perimortem y la extracción fetal al 5º minuto, lo que mejorará el pronóstico. Con menos de 20 semanas no realizar cesárea ya que no afecta el gasto cardíaco por compresión uterina Aorto-Cava. Durante la realización de la cesárea perimortem la RCP materna debe continuar sin interrupciones. Se considera la cesárea perimortem parte de la RCP materna, ya que restablece el retorno venoso, favorece el aumento del GC contribuyendo a la resolución del shock y PCR.

CONCLUSIONES:

Según el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) las intervenciones claves para la mujer embarazada en parada cardíaca son; RCP de alta calidad con desplazamiento manual uterino, el SVA precoz y la extracción del feto, si no se consigue recuperación de la circulación espontánea (RCE).

DISCUSION:

Ya que la PCR en gestantes es una situación inusual, la escasa experiencia de los profesionales puede provocar situaciones de descoordinación. Cada 5 años las principales asociaciones científicas revisan la última evidencia en RCP y dan nuevas recomendaciones. Sería de gran utilidad con el fin de aumentar las destrezas en estos casos organizar grupos en cada centro de trabajo para formar a los profesionales, actualizarlos sobre las últimas recomendaciones, facilitarle la creación de protocolos y esquemas visuales de consultas rápidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luque Fernández MÁ, Cavanillas AB, Dramaix-Wilmet M, Soria FS, De Mata Donado Campos J, Guibert DH. Increase in maternal mortality associated with change in the reproductive pattern in Spain: 1996–2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63 (6):433–8.
2. 2. VandenHoek TL, Morrison LJ, Shuster M, Donnino M, Sinz E, Lavonas EJ, et al. Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S829–61
3. . 3. Nolan JP, Soar J, Zideman D a, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2010;81(10):1219–76.
4. Farida M. Jeejeebhoy et Al. Manejo del paro cardíaco en el embarazo; revisión sistemática. *JournalResuscitation* 82 (2011) 801-809.
5. Cisneros-Rivas FJ. Paro cardíaco y embarazo. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Volumen 29, Suplemento 1, abril-junio 2006.

