

# CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA ATENCIÓN AL PARO CARDIORRESPIRATORIO EN LA GESTANTE

Autores: Cazalilla López, María del Pilar; Merino Morales, Laura. Complejo Hospitalario de Jaén.

## INTRODUCCIÓN

El paro cardiorrespiratorio (PCR) en las embarazadas constituye un hecho de baja frecuencia asociado a una **alta morbimortalidad materna y perinatal**, suponiendo todo un reto para los profesionales que lo enfrenta. Tanto es así, que se estima que ocurre en uno de cada 30.000 embarazos a término. Existen estudios que refieren una tasa de supervivencia materna de tan sólo

un 7%. Las causas más frecuentes del PCR en gestantes se relacionan con trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas masivas, tromboembolismo y causas infecciosas.

Es por todo ello, que resulta de capital importancia conocer las medidas fundamentales y más actuales para el manejo seguro del PCR en gestantes.



## RESULTADO

### 1. LLAMADA

❖ Si tras 4 minutos de maniobras de reanimación no se consigue el retorno de la circulación espontánea, se ha de realizar una **histerotomía de emergencia** para la extracción fetal -cesárea perimortem- : Indicada en embarazos por encima de las 20 semanas.

### 2. RCP BÁSICA PRECOZ

- ❖ Colocar a la gestante **desviando manualmente el útero hacia la izquierda, al menos 15 grados** para evitar la compresión aorto-cava que realiza el útero gravídico en las embarazadas de más de 20 semanas de gestación.
- ❖ Colocar una tabla rígida entre la gestante y la cama para aumentar la efectividad de las compresiones torácicas.
- ❖ En el tercer trimestre, realizar las compresiones 2 pulgadas más arriba del punto habitual.
- ❖ Los dispositivos nasofaríngeos no están recomendados debido a que las mucosas en las gestantes están muy friables.

### 3. DESFIBRILACIÓN PRECOZ

- ❖ Monitorización: los ritmos no desfibrilables son los más frecuentes en las gestantes.
- ❖ **Antes de aplicar la descarga, asegurarse de que los dispositivos de monitorización fetal están retirados.**

### 4. RCP AVANZADA

- ❖ Asegurar la vía aérea y considerar la intubación orotraqueal (la vía aérea es 10 veces más difícil en las gestantes que en el resto de población). **La maniobra BURP facilita la intubación; utilizar mangos de laringoscopio cortos y tubos de al menos 7 French.**
- ❖ Comprobar la correcta intubación, fijar el tubo y conectar a una fuente de oxígeno. Aplicar 100 compresiones/minuto y ventilar cada 6 segundos.
- ❖ Establecer accesos venosos (de segunda opción, considerar una vía intraósea), monitorizar ritmo cardíaco, administrar fármacos y continuar con compresiones de buena calidad.

### 5. CUIDADOS POSTRESUCITACIÓN

- ❖ Tratar la causa de la PCR y evitar la recurrencia posterior.
- ❖ Optimizar la perfusión a los órganos, especialmente al cerebro, instaurando medidas que eviten secuelas neurológicas.
- ❖ **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.**

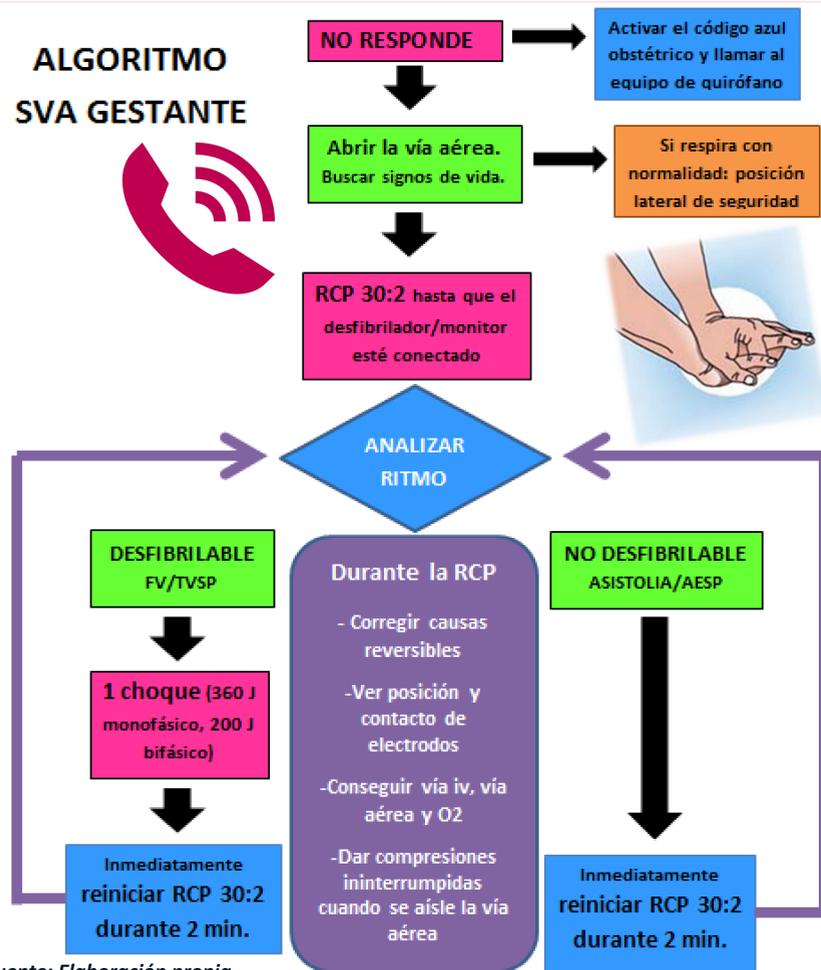
## OBJETIVO

Analizar las medidas fundamentales y más actuales para el manejo del PCR en embarazadas, con el fin de mejorar los resultados del binomio madre-hijo y garantizar su seguridad.

## MÉTODO

Con los siguientes términos (DeCS): resucitación cardiopulmonar, embarazo, embarazadas y paro cardíaco, se ha realizado una revisión en diferentes bases de datos (Cochrane Plus, Cuiden Plus, LILACS, Medline, PubMed, Sciverse, Scielo y CINAHL). Nos hemos centrado en las medidas de resucitación cardiopulmonar en gestantes seleccionando guías y estudios recientes acerca de la PCR en este grupo poblacional.

## ALGORITMO SVA GESTANTE



Fuente: Elaboración propia.

## CONCLUSIONES

Las medidas fundamentales a tener en cuenta tras una PCR en la gestante son:

- Activación del código azul para realizar una histerotomía de emergencia si está indicado.
- Compresiones torácicas de buena calidad.
- Desviación manual uterina 15 grados hacia la izquierda.
- Administración de medicamentos y desfibrilación igual que en el resto de población.
- Manejo avanzado de la vía aérea.
- Cuidados postresucitación óptimos.



## BIBLIOGRAFÍA

- Vasco Ramírez M. Resucitación cardiopulmonar y cerebral en la embarazada. Al final del colapso materno. Rev Colomb Obstet Ginecol 2014;65:228-242
- Monsieurs KG, et al. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) Sección 1: Resumen Ejecutivo.