

# MANEJO DE PCR EN GESTANTE

**Autora:** Tania Alonso Titos Enfermera Obstétrica-Ginecológica Servicio de Salud de Castilla y León

## INTRODUCCIÓN

La PCR en gestante ocurre en 1:30.000 mujeres, de la actuación en los primeros minutos depende el éxito y evolución clínica madre/feto. El entrenamiento del equipo multidisciplinar es fundamental para una atención rápida.

## MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases Cochrane plus, Medline, Pubmed, Cuiden, así como revistas científicas Nure Investigación, Matronas Profesión. Además de las recomendaciones sobre resucitación publicadas por la AHA y ERC 2015.

## OBJETIVO

Conocer la actuación más adecuada, efectiva y con mejores resultados de una RCP en gestante, el algoritmo, causas más frecuentes y pautas a tener en cuenta a causa de las modificaciones fisiológicas del embarazo.

## MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN LA GESTANTE

### A. Cardiovascular

- ↑ vol. sanguíneo ↑ gasto cardíaco
- ↑ presión MMII
- compresión aorto-cava

### A. Respiratorio

- ↑ F. Respiratoria ↑ demanda O<sup>2</sup>
- ↓ vol. residual ↓ reserva funcional
- edema de mucosas

### A. Gastrointestinal

- ↓ tono esfínter ↓ vaciado gástrico
- ↑ riesgo broncoaspiración
- ↑ riesgo regurgitación

### Hematológicos

- hipercoagulabilidad
- leucocitosis
- ↓ hemoglobina ↓ hematocrito

## ETIOLOGÍA FRECUENTE

### Causas obstétricas

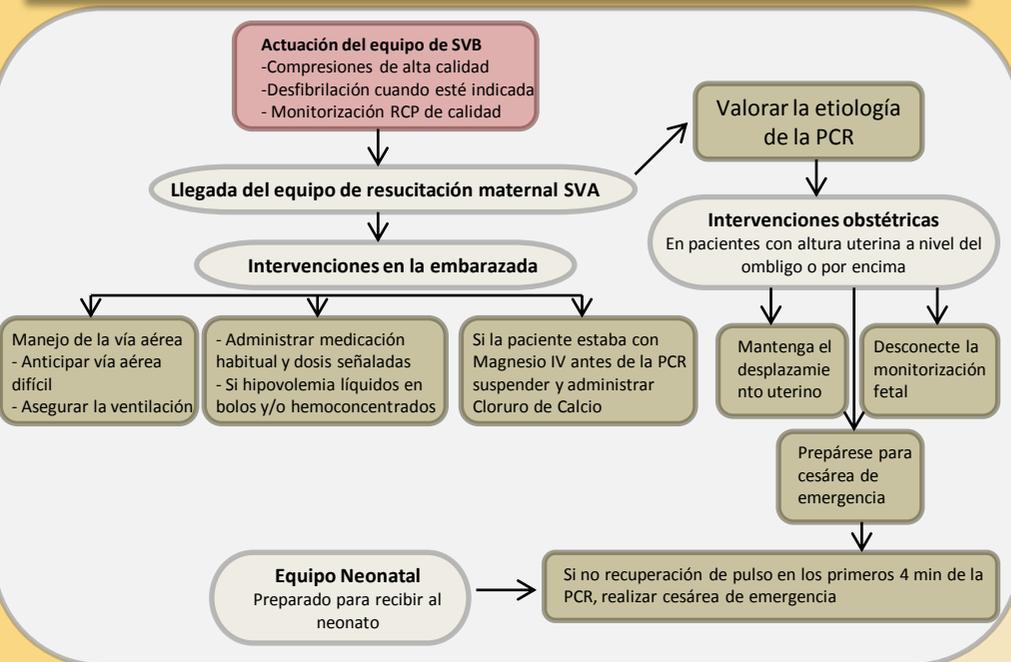
- Hemorragia
- Preeclampsia
- Síndrome de Hellp
- Embolia de líquido amniótico
- Cardiomiopatía periparto
- Complicaciones anestésicas

### Causas no obstétricas

- Embolismo pulmonar
- Shock séptico
- Enfermedad cardiopulmonar
- Alteraciones endocrinas
- Enfermedades del colágeno
- Trauma

## ALGORITMO

Se siguen las mismas recomendaciones y algoritmo de la AHA para SVA del adulto, salvo unos criterios que se deben tener en cuenta a la hora de actuar por las modificaciones del embarazo.



## CRITERIOS

Identificar las causas y pedir ayuda. Preparación inmediata del equipo (obstetras, neonatólogos, matronas) por posible cesárea urgente. Accesos vasculares por encima del diafragma

**VÍA AÉREA:** Intubación orotraqueal y ventilar O<sup>2</sup> al 100%. Consideraciones:

- Tubo mas fino por edema de mucosas (diámetro 6 - 7)
- Maniobra de Sellick (presión cricoidea) evita la dilatación gástrica por aire y comprime el esfago reduciendo la posibilidad de broncoaspiración. Suprimir tras intubación. No realizar de forma rutinaria.
- Evitar un exceso de ventilación

## CIRCULACIÓN:

- Retirar la compresión aorto-cava mediante desplazamiento uterino a la izquierda solo si el fundus se encuentra a la altura del ombligo o por encima (>20 semanas)
- Compresiones torácicas de alta calidad 30:2 en la parte media del esternón por el desplazamiento del corazón (100/min)
- Antigua recomendación de inclinación 15-30° es incompatible con RCP de alta calidad por ello supresión y refuerzo del desplazamiento lateral uterino manual

## CESAREA PERIMÓRTEM. VIABILIDAD FETAL

- < 20 sem no cesárea el tamaño del útero no compromete el gasto cardiaco
  - 20-23 sem cesárea urgente para resucitación con éxito de la madre, no por la supervivencia del feto (poco viable)
  - > 24 sem cesárea urgente con el fin de salvar a madre y neonato
- Mejor supervivencia >24-25 sem y nacimiento en los 5 min tras la parada. Para ello comenzar la histerotomía no más tarde de 4 min tras la parada.

NO pulso tras 4 min ⇨ cesárea urgente Objetivo ⇨ Nacimiento en 5 min tras PCR

## DESFIBRILACION

Sin cambios respecto a las recomendaciones del SVA del adulto (360J). Aunque se han confirmado arritmias fetales transitorias las reperusiones no son frecuentes

## CONCLUSIÓN

El embarazo se asocia a mejor supervivencia a la PCR. Importancia de la rápida actuación y RCP de alta calidad. Los pocos cambios respecto a SVA del adulto, son esenciales para el éxito de las maniobras. Las guías son la herramienta esencial para estandarizar cuidados aunque se requieren más estudios.

## BIBLIOGRAFIA

- American Heart Association Guidelines 2015
- European Resuscitation Council Guidelines 2015
- Manual básico de Obstetricia y Ginecología (MSPS)
- Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2ª Edición. MacGraw-Hill-Interamericana. Madrid. 2004
- Lavecchia M, Abenhaim HA. Cardiopulmonary resuscitation of pregnant women in the emergency department 2015 Jun; 91: 104-7
- Farinelli CK, Hameed AB. Cardiopulmonary Resuscitation in Pregnancy. Cardiol Clin. 2012;30(3):453-61