

ACTUALIZACIÓN EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA MUJER GESTANTE

AUTORÍA

Francisco José Navarro Bernal*
Almudena Barroso Casamitja**
Ana María Peralta Domínguez***
Ana Barroso Casamitjana****
Inmaculada Palacio Valverde****

*Distrito Jerez-Costa Noroeste.

** Matrona. Hospital de Jerez..

***Matrona. Hospital Universitario de Puerto Real.

****DUE. Hospital Jerez Puertas del Sur.

***** DUE UCI. Hospital Jerez Puertas del Sur.

RESUMEN

La parada cardiorrespiratoria es, como todos sabemos, una situación de extrema urgencia ya que en ella corre peligro la vida del paciente. Normalmente todo el personal sanitario se encuentra entrenado para poder actuar ante esta situación e intentar restablecer la salud. En casos excepcionales, como sería una mujer gestante, nos podríamos encontrar con algunas dudas a la hora de actuar.

El índice de parada cardíaca en mujeres gestantes es de 1/30000 embarazos. Debido a su baja incidencia, el personal puede carecer de la destreza necesaria para afrontar dicha situación. Una rápida actuación multidisciplinar, donde la enfermería es uno de los pilares más importantes, ayudará a salvar la vida de la mujer y a disminuir los daños neurológicos. Por ello, es importante que el personal de enfermería mantenga actualizadas las recomendaciones en la reanimación cardiopulmonar de la gestante.

PALABRAS CLAVE

Gestante, parada cardiorrespiratoria, actuación, enfermera, actualización.

TITLE

UPDATE IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION
IN THE PREGNANT WOMAN

ABSTRACT

As we all know, cardiac arrest is an extremely urgent situation, since the patient's life is at stake. Usually, healthcare personnel are trained on how to act in this situation to restore the patient to health. However, in exceptional cases- a pregnant woman- , doubts might appear when the time of action comes.

Cardiac arrest in pregnancy is considered to occur in 1:30,000 pregnancies. Due to its low incidence, healthcare personnel may lack the skills required to correctly manage the situation. A timely multidisciplinary action, where Nursing is one of the most important pillars, will help to both save the woman's life and to diminish neurological damage. Consequently, it is important for nursing personnel to keep up to date with the recommendations about cardiopulmonary resuscitation in the pregnant woman.

KEY WORDS

Pregnant woman, cardiac arrest, management, nurse, update.

INTRODUCCIÓN

Definición

La parada cardiorrespiratoria es un cuadro extremadamente grave en cualquier persona, en el caso de la mujer embarazada las consecuencias para la madre y el feto pueden ser fatales.

El consenso Internacional sobre el paro cardíaco lo define como el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de la consciencia, pulso detectable y respiración; situación que, de no ser revertida, conduce en pocos minutos a la muerte.

El paro cardíaco en la paciente embarazada ocurre en 1/30000 embarazos a término. En este grupo la mortalidad es superior que en la paciente no embarazada, debido a sus condiciones fisiológicas y anatómicas producidas por el propio proceso de embarazo. Esto puede llevar a compromiso de la vía respiratoria y circulatoria que dificultan el éxito de las maniobras de reanimación avanzadas.

La mortalidad materna es una preocupación de todas las instituciones de salud a nivel mundial. Se estima que diariamente mueren 1600 mujeres en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo.

La gestación como tal es un proceso fisiológico y no una enfermedad, por lo que las causas que suelen provocar la parada cardiorrespiratoria durante el embarazo no suelen ser las mismas que una persona no embarazada. Las principales causas de parada cardíaca en la mujer gestante son las siguientes:

-Enfermedad cardíaca previa. -Tromboembolismo. - Suicidio. -Trastornos hipertensivos del embarazo. - Sepsis. -Hemorragia por embarazo ectópico. Desprendimiento de placenta, Placenta Previa y Rotura Uterina. -Embolia de líquido amniótico. -Dosis excesivas de Sulfato de Magnesio en Preeclampsia-Eclampsia. - Bloqueo excesivamente alto en técnicas analgesias/anestésicas regionales, y toxicidad por anestésicos locales.

El paro cardíaco es infrecuente durante la gestación, pero en caso de que se presente la conducta se debe ajustar a los algoritmos de reanimación básica y avanzada. En el presente artículo se identifican aquellas maniobras de la RCP obstétrica que la diferencian de la RCP convencional, así como aquellas maniobras que deben evitarse en dicha actuación.

JUSTIFICACIÓN:

La parada cardiorrespiratoria es un cuadro grave en la que la vida del paciente corre peligro. Debido a que no tiene una alta incidencia en la mujer embarazada, puede surgirnos algunas dudas a la hora de realizar las maniobras de resucitación.

La pronta y adecuada actuación del personal es vital en estos casos, y es por ello que debe estar preparado y formado para poder prestar los mejores cuidados. En este artículo identificaremos las maniobras de resucitación en

la mujer embarazada y aquellas maniobras que deben evitarse.

OBJETIVOS

-Identificar las maniobras de RCP obstétrica que la diferencian de la RCP convencional.

-Transmitir estas recomendaciones al personal de urgencias para que sepan llevarlas a cabo cuando se presente tal situación.

METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existentes en:

-Las principales bases de datos: Cochrane plus, Medline, Pubmed, Cuiden.

-Revistas científicas: Nure Investigación, Matronas Profesión, Enfermería Intensiva.

-Recomendaciones sobre resucitación en gestantes editadas por el Internacional Liaison Committee on Resuscitation, las elaboradas por el Consejo Español de RCP y de la Sociedad de Medicina Intensiva.

RESULTADO

Antes de realizar las maniobras de reanimación tenemos que tener en cuenta una serie de consideraciones:

1.- Cuando nos encontramos con una parada cardiorrespiratoria en una mujer gestante hay que tener en cuenta que existe más de una víctima para resucitar. Para mejorar el flujo uteroplacentario se debe desplazar hacia la izquierda la posición del útero.

2.-Debido al aumento del tamaño del útero hay un deslizamiento hacia arriba del diafragma afectando a las funciones respiratorias, el corazón se desplaza hacia delante, arriba e izquierda y el esfínter esofágico se relaja pudiendo aparecer reflujo del contenido gástrico con el riesgo de aspiración que conlleva.

3.-Una peculiaridad importante antes de actuar es conocer la edad gestacional ya que esta afecta a la viabilidad del feto. El índice de viabilidad fetal se encuentra entre 24-28 semanas, por lo que por debajo de las 24 semanas el objetivo es salvar la vida de la madre. Para determinar la edad gestacional utilizaremos la primera maniobra de Leopold que consiste en localizar el fondo uterino. Si este se encuentra dos traveses de dedos por encima del ombligo, la edad gestacional oscila entre las 24-28 semanas.

4.-Debido a los cambios fisiológicos producidos en el embarazo podemos encontrar un aumento del gasto cardiaco, aumento del volumen sanguíneo y frecuencia cardiaca y una disminución de las resistencias vasculares con la consecuente hipotensión. Una vez tenidos en cuenta estas consideraciones pasaremos a detallar la secuencia de RCP básica en la mujer gestante.

Si tras la valoración inicial de la paciente detectamos pérdida de consciencia, ausencia de pulso y respiraciones debemos de actuar de manera inmediata.

A.- Vía respiratoria: Colocar a la gestante en la posición adecuada utilizando la tabla de Cardiff que permite lateralizar 30 grados a la embarazada y evitar la compresión aorta cava que produce efectos

hemodinámicos adversos.

Cuando no se dispone de la tabla se pueden utilizar sillas y almohadas para lateralizar el útero gravídico. Otra propuesta será la de un segundo reanimador como cuña humana (muslo del reanimador), de esta manera la espalda de la gestante quedará en el muslo del reanimador. Debemos de considerar de que en esta posición las compresiones torácicas serán menos eficaces, por lo que solo se recomienda a partir de una edad gestacional avanzada (>24 semanas) en la que realmente es ventajosa.

La desviación manual del útero, al menos de 15 grados, mejora la hemodinámica, pero es importante tomar precauciones para no traumatizar a la paciente. En caso de parada respiratoria por obstrucción de la vía aérea, la maniobra de Heimlich está contraindicada a partir de la semana 20 de gestación. Debe sustituirse e intentar resolver la situación aumentando la presión intratorácica con 6 compresiones en el tercio medio del esternón, separadas cada dos segundos.

B.-Ventilación: Si la paciente está en apnea o su respiración es inadecuada se requiere apoyo ventilatorio. Se debe administrar dos ventilaciones iniciales y observar la expansión simétrica del tórax como medida que verifique la efectividad en las ventilaciones, siempre aplicando al mismo tiempo presión cricoidea (maniobra de Sellick).

La asistencia ventilatoria posterior debe ser de una insuflación cada 5 segundos en caso de que la paciente presente signos de circulación. Ante su ausencia, la ventilación se cambiará a ciclos de 2 insuflaciones por cada 30 compresiones torácicas.

La presión cricoidea se debe utilizar siempre, para evitar la dilatación gástrica que produce el aire insuflado y protege contra la broncoaspiración.

La intubación traqueal en gestantes es más difícil, se recomienda amplia preoxigenación y usar un tubo traqueal de diámetro 0.5-1 menor que el usado en una mujer del mismo tamaño no embarazada.

C.-CIRCULACIÓN. La parada cardiaca se diagnostica por la ausencia de pulso en la arteria carótida o femoral. Al confirmarlo se debe iniciar las compresiones torácicas en ciclos de 30 compresiones por cada dos respiraciones, haya uno o dos reanimadores. La posición de las manos será algo más alta de lo habitual para ajustarse a la elevación del diafragma y del contenido abdominal producido por el útero gravídico, que a su vez modifican la orientación de la silueta cardiaca. El objetivo será proporcionar unas 100 compresiones en un minuto. No se debe de parar en ningún momento los ciclos de 30 compresiones y dos respiraciones. A la hora de canalizar una vía no se debe utilizar la vena femoral ni otras vías en miembros inferiores, pues la perfusión de las drogas necesarias, especialmente vasoactivas pueden no ser óptimas por la compresión vascular abdominal.

D.-DEFIBRILACIÓN. La desfibrilación debe usarse las dosis estándar. No hay evidencia de que tenga efectos adversos en el corazón fetal. La inclinación lateral izquierda y las grandes mamas harán difícil poner la pala apical del desfibrilador. Son preferibles los parches adhesivos. Debe retirarse cualquier monitor fetotocográfico antes de la descarga.

Finalización de la gestación

Cuando los intentos iniciales de resucitación fracasan, la extracción del feto puede hacer que mejoren las posibilidades vitales de madre y feto, pues implica conseguir mejores condiciones de RCP para ambos. Sobre todo si se hace antes de 5 minutos desde la parada cardiaca materna, aunque las revisiones de casos dicen que raramente se consigue ese tiempo.

-Si la edad gestacional es menor a 20 semanas no se debe de considerar la cesárea urgente, dado que el útero gravídico de este tamaño es poco probable que afecte significativamente el gasto cardiaco materno y el feto siempre es inviable.

-Si la edad gestacional oscila entre las 20-24 semanas se debe realizar la cesárea urgente para permitir la RCP con éxito de la madre, no por la supervivencia poco probable del feto extraído. -Si la edad gestacional es superior a 24 semanas se realizará cesárea urgente para salvar la vida tanto de la madre como la del feto.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Rosemborg A, Rosemborg M. Paro cardiaco. Urgencias cardiopulmonares. Barcelona: Mosby/Doyma;1994. Pag 12-14.
- 2.-Grau Gandia S, Marinez Ramón MA. Reanimación cardiopulmonar en la gestante: Peculiaridades. Enfermería Intensiva. 1998. Pag 160-168.
- 3.- Baird SM, McGoy G. Cardiopulmonary Resuscitation during Pregnancy. Clin Issu Perinat Womens Health Nurs.1992.
- 4.-Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Martínez Moar L. Reanimación Cardiopulmonar: Aptitud básica ante una parada cardiorrespiratoria en embarazadas. Emergencia.2002. pag 182-189.
- 5.- Atta E, Gardner M. Reanimación Cardiopulmonar en el Embarazo. Obstet Gynecol Clin n Am. 2007; 34: 585-97.-vol.34 num 03.
- 6.-Cisneros-Rivas FJ. Paro cardiaco y embarazo. Revista Mexicana de Anestesiología. Volumen 29, Suplemento 1, abril-junio 2006.
- 7.-Farida M. Jeejeebhoy et Al. Manejo del paro cardiaco en el embarazo; revisión sistemática. Journal Resuscitation 82 (2011) 801-809.
- 8.- Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2ª Edición. MacGraw-Hill-Interamericana. Madrid. 2004.
- 9.- Carrera JM, Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4ª Edición. Elsevier-Masson. Barcelona. 2006.
- 10.-Grau Gandía S, Martínez Ramón MA. Reanimación cardiopulmonar en la gestante: peculiaridades. Enfermería Intensiva. 1998. Oct-Dic. 9 (4): 160-168.

Actualmente se estima que la mortalidad materna por paro cardiaco está por debajo de 1/30000 embarazos a término. La tasa de supervivencia tras las maniobras de reanimación va a depender del tiempo en aplicar las maniobras de RCP, la determinación de la edad gestacional y la causa que provocó la parada cardiorrespiratoria.

Como hemos referido anteriormente, la incidencia de paro cardiaco en el embarazo es muy baja, pero la sola posibilidad de que ocurra implica a que el personal de urgencias tenga las habilidades y destrezas suficientes para poder afrontar esta urgencia vital. Sin embargo, esta situación especial, dentro de la reanimación cardiaca, es de las más ignoradas, por lo que apenas hay personal entrenado en la reanimación obstétrica.

Con la elaboración de este artículo queremos hacer llegar a todo el personal de urgencias la última actualización en la reanimación de la mujer gestante para que puedan adquirir estos conocimientos y poder enfrentarse a esta situación en un momento dado.