
	ATENCIÓN AMBULATORIA GUÍAS DE MANEJO MEDICO	
	PROTOCOLO DE REANIMACION – CODIGO AZUL OBSTETRICO	

Por fortuna, es un evento que ocurre en muy raras ocasiones (aproximadamente 1:30,000 embarazos), con los mejores resultados según la literatura mundial, siempre y cuando su realización ocurra en los primeros cinco minutos del paro cardiorrespiratorio y nunca más allá de los 30 minutos

DEFINICION

El Paro Cardiorrespiratorio se define como el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de consciencia, pulso y respiración. En el caso particular de una mujer embarazada las consecuencias para la madre y el feto pueden ser fatales.

CAMBIOS EN LA MUJER EMBARAZADA

RESPIRATORIO: Mucosas ingurgitadas y friables, disminución de la apertura oral, hemidiafragmas elevados, ventilación minuto aumentada, aumento del consumo de oxígeno.

El síndrome de compresión útero-cava ocurre después de las 20 semanas de gestación y desencadena una disminución del retorno venoso a la circulación derecha/gasto cardiaco

Hacia la semana 32, encontramos el punto máximo de los cambios relacionados con la gestación: aumento en el gasto cardiaco del 32 al 50%, aumento de la frecuencia cardiaca, de la entrega tisular de oxígeno, y un consumo del 30% del gasto cardiaco por parte del útero grávido (vs 2% en la mujer no embarazada).

GASTROINTESTINALES: Incompetencia del esfínter esofágico inferior, mayor riesgo de regurgitación y broncoaspiración.

RCP OBSTETRICO

Antes de las 24 semanas se considera muy improbable la viabilidad del feto, por lo que todos los esfuerzos se dirigirán a la reanimación cardiopulmonar de la gestante.

En gestaciones 24 semanas el feto se considera viable, por lo que en caso de ineficacia de la reanimación cardiopulmonar sobre la madre se debe practicar la cesárea transcurridos los 5 primeros minutos y mantener durante la intervención las medidas de apoyo vital.

ETIOLOGIA

- Sobredosis de sulfato de magnesio: utilizada en las pacientes con preeclampsia y eclampsia. El tratamiento de elección es el gluconato de calcio.
- Síndromes coronarios agudos (angina, infarto al miocardio): A pesar de su baja incidencia, hay un aumento en el número de pacientes con infarto al miocardio en la embarazada.
- Otros factores predisponentes: tabaquismo, obesidad, embarazo a mayor edad, dislipidemia, uso de drogas.
- Embolismo pulmonar Entidad potencialmente reversible. Se deber al paso de aire, líquido amniótico o secundario a liberación de un trombo venoso.
- Trauma: En países industrializados es la principal causa de muerte materna indirecta. A medida que avanza el embarazo, aumentan las posibilidades de sufrir un trauma, que puede ser en forma contusa, trauma penetrante, quemaduras, caídas y por asalto

CADENA DE SUPERVIVENCIA



“Si en cuatro minutos del paro no obtiene respuesta, prepárese para realizar la cesárea en el próximo minuto”

C: VERIFICAR PULSO E INICIAR COMPRESIONES

A: VIA AEREA

B: VENTILACION

D: DESFRIBILACION PRECOZ

TENER EN CUENTA ANTES DE INICIAR EL RCP

- Colocar a la víctima en la posición adecuada que permite lateralizar 30 grados a la embarazada y evitar la compresión aortocava que produce efectos secundarios hemodinámicos adversos



C: VERIFICAR PULSO

- Se deben iniciar compresiones torácicas en ciclos de 30 compresiones por cada 2 respiraciones.

- En la embarazada las compresiones se deben realizar a nivel torácico. Se debe colocar una mano, en medio del esternón de la víctima y evitar el apéndice xifoides.



Figura 9.2 Reanimadores, compresiones y desplazamiento uterino con 1 mano.

A: VIA AEREA

Abrir la vía aérea con técnicas no invasivas: Inclínación de cabeza / Elevación de Mentón Elevación de la mandíbula sin inclinación de la cabeza si hay un traumatismo o se sospecha que puede haberlo.



B: BUENA VENTILACION

- En el medio hospitalario se obtiene con el empleo de un dispositivo bolsa-válvulamascarilla, conectado a una fuente de oxígeno a 12 L/min.
- Se debe administrar dos ventilaciones iniciales (ventilaciones de rescate) y observar la expansión simétrica del tórax como medida que verifica la efectividad en las ventilaciones, siempre aplicar al mismo tiempo presión cricoidea (maniobra de Sellick).

D: DESFRIBILACION

- Coloque el monitor, evalúe ritmo cardíaco y desfibrile si está indicado.
- Ritmos de paro: fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, asistolia y actividad eléctrica sin pulso.

CESAREA POSTMORTEM

Se debe considerar en el momento en que durante el transcurso de la reanimación no se observe respuesta adecuada pero no se ha determinado el cese de las maniobras debido a una escasa posibilidad de reversión.

CESAREA PERIMORTEM

Se realiza cuando se ha determinado que la madre no posee posibilidades de reversión ya sea debido al mecanismo del paro o en defecto por decisión clínica.

ALGORITMO CODIGO AZUL OBSTETRICO

Activar botón de emergencia asignado en el servicio

