



EMERGENCIAS

Coordinadora: María Moreno de las Heras

EMERGENCIAS	1
201 – DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	2
202 – DISTOCIA DE HOMBROS	6
203 – ESTADOS CONVULSIVOS. ECLAMPSIA	9
204 – PLACENTA PREVIA	14
205 – PROLAPSO DEL CORDÓN	17
206 – REAMINACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA GESTANTE	20

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE OBSTETRICIA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-46031-1

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

201 – DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

Calvo Gallego, M.^a Ángeles
Cobo Nieto, Elena

INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI), es la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, antes de la expulsión fetal.

Su incidencia oscila entre el 0.4 y el 1% de las gestaciones, y su importancia radica en que es causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Su causa inmediata es la rotura de los vasos maternos de la decidua basal, y puede originarse de forma aguda (traumatismos abdominales, drogas de abuso...) o en relación a una patología placentaria crónica (tabaquismo, HTA crónica, gestación múltiple...etc.)

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico de presentación puede ser muy variable, desde formas asintomáticas (como puede ocurrir en un desprendimiento oculto retenido tras la placenta) hasta casos severos con mortalidad materna y fetal. Su diagnóstico es clínico y debe ser urgente.

SIGNOS / SÍNTOMAS

Sangrado vaginal oscuro (+ frecuente) *

Hipertonía uterina

Dolor a la palpación abdominal

Compromiso hemodinámico materno (desde hipotensión hasta shock)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física y ginecológica

Ecografía obstétrica **

Registro cardiotocográfico (RPBF)

* La cuantía del sangrado no se relaciona con el grado de desprendimiento placentario.

** Baja sensibilidad (25-50%). La ausencia de hallazgos no excluye el DPPNI. Útil para comprobar vitalidad fetal y diagnóstico diferencial (placenta previa, vasa previa, rotura uterina).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	DPPNI	PLACENTA PREVIA
Comienzo síntomas	Agudo	Lento
Metrorragia	Persistente	Repetida
Sangrado/síntomas	Discrepancia	Relación
Dolor abdominal	Sí	No
Útero	Hipertonía	Normal
Palpación partes fetales	Difícil	Fácil
Pérdida de bienestar fetal	Frecuente	Rara
EHE	Frecuente	Rara



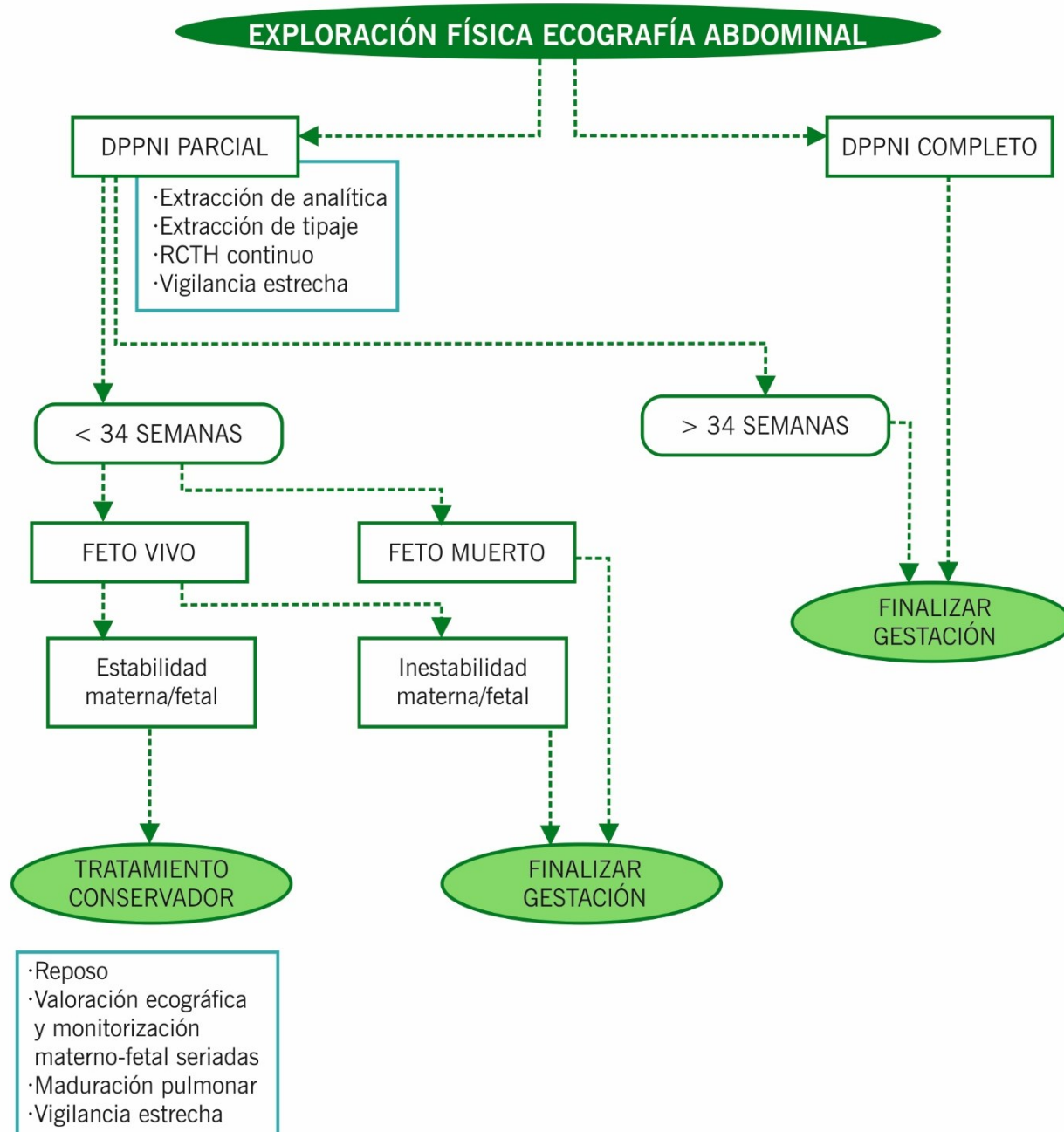
CRITERIOS DE INGRESO

Todas las gestantes con sospecha de DPPNI deben permanecer ingresadas, ya sea para finalización de la gestación en casos de desprendimientos agudos con hemorragia activa que comprometa la estabilidad materna o fetal; o bien para vigilancia estrecha en caso de que se trate de un desprendimiento de menor tamaño y estabilizado sin repercusión clínica.

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN: ELECCIÓN VÍA DEL PARTO

PARTO VAGINAL	CESÁREA
<ul style="list-style-type: none">- Estabilidad materna y fetal- Buen pronóstico del parto (multíparas, cérvix favorable...)- Feto muerto (vía de elección)	<ul style="list-style-type: none">- Hemorragia severa- Inestabilidad materna o sufrimiento fetal- Fracaso de parto vaginal- Feto vivo con presentación anómala

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Actualizada septiembre 2013. SEGO
2. Guía práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. SEGO.
3. Hematomas placentarios. Desprendimiento prematuro de placenta. Servicio de Medicina Materno-fetal. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

202 – DISTOCIA DE HOMBROS

Calvo Gallego, M.^a Ángeles
Arias Fernández, José Luís

DEFINICIÓN

La distocia de hombros es una complicación obstétrica que ocurre cuando en un parto, tras la salida de la cabeza fetal, los hombros no se desprenden aplicando la fuerza de tracción habitual y es preciso el uso de maniobras adicionales para completar el nacimiento del feto.

Está presente entre el 0.1 y el 3% de los partos.

TIPOS DE MANIOBRAS

MANIOBRAS DE PRIMER NIVEL

McRoberts	Gestante en decúbito supino al borde de la cama + cama plana + flexión forzada de las caderas hacia el abdomen
Presión suprapúbica	Presión suprapúbica en el lado del dorso fetal
Gaskin	Posicionar a la gestante en all-fours. Solo sin anestesia epidural

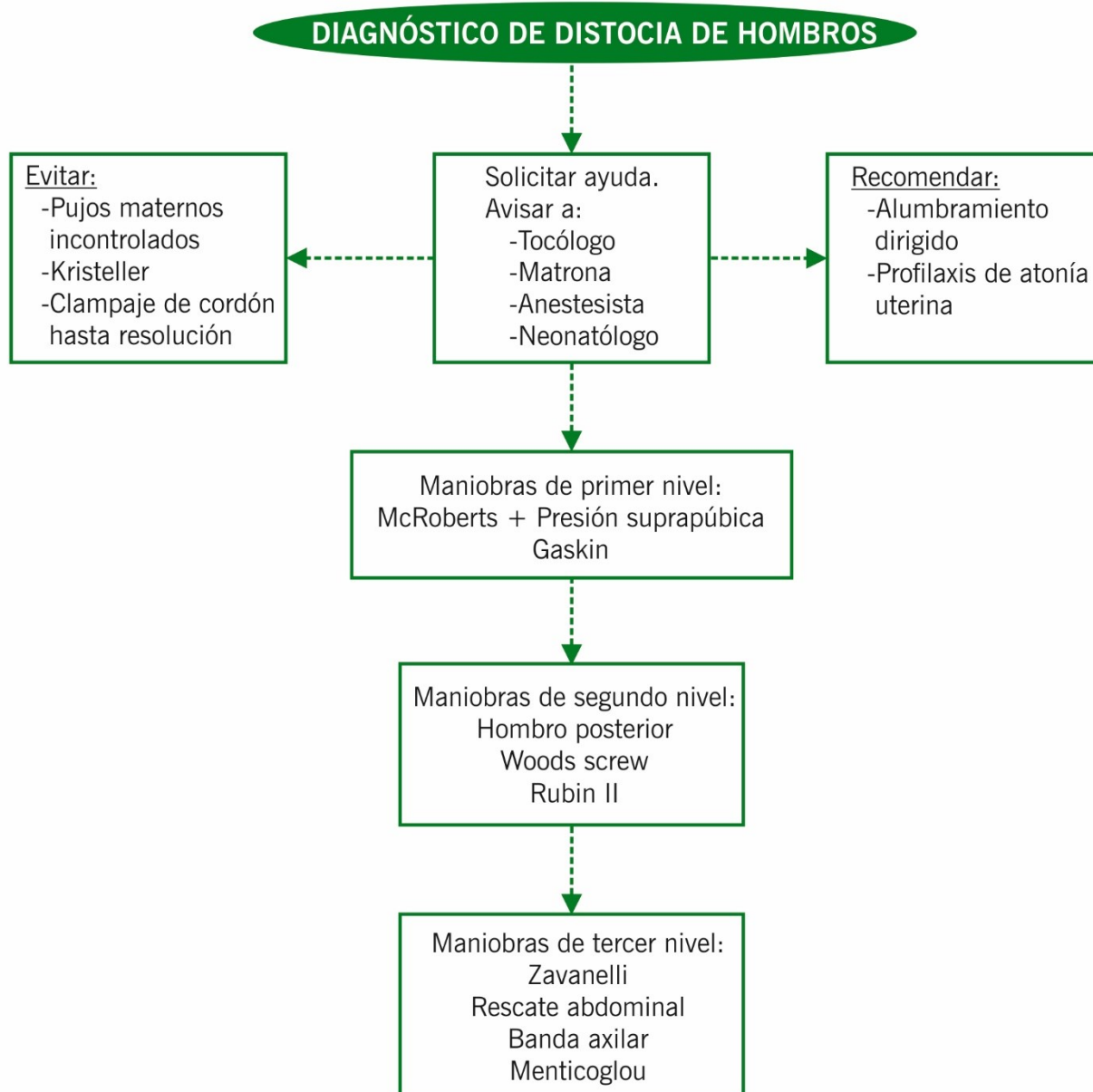
MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL

Hombro posterior	Introducir la mano en la vagina, por donde tenga la cara el feto y buscar el brazo posterior. Agarrar la muñeca fetal y liberar el hombro pasando el brazo por el tórax fetal
Woods screw	Colocar dos dedos sobre la cara ventral del hombro posterior y presionar hacia arriba, describiendo un arco
Rubin II	Introducir la mano en la vagina por la nuca del feto. Presionar la cara dorsal del hombro anterior o posterior para aducir y rotar el hombro en el diámetro oblicuo materno

MANIOBRAS DE TERCER NIVEL

Zavanelli	Deprimir el periné con una mano, con la otra se gira la cabeza a occipitopúbica y se presiona la cabeza para flexionarla e introducirla de nuevo en vagina. Realización de cesárea
Rescate abdominal	Histerotomía + rotación del hombro anterior desde arriba con posterior extracción fetal vía vaginal
Banda axilar	Colocación de una banda en la axila del hombro posterior. Tracción de la banda y extracción del hombro posterior
Menticoglou	Con ambos dedos corazón, se rodea la axila del hombro posterior y se tracciona hacia abajo para sacarlo

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Grobman W. Shoulder Dystocia. Obstetric Emergencies. Obstet Gynecol Clin Nort Am. 2013;40(1):59-67.
2. Winter C, Crofts J, Laxton C, Barnfield S, Draycott T, editors. Shoulder distocia. Prompt Course Manual. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
3. Ouxounian J. Shoulder Dystocia: Incidence and Risk Factors. Clin Obstet Gynecol. 2016;59(4):791-4.
4. Gherman RB, Tramont J, Muffley P, Goodwin TM. Analysis of McRoberts' maneuver byx-ray pelvimetry. Obstet Gynecol. 2000;95(1):43-7.
5. Rubin A. Management of shoulder dystocia. JAMA. 1964;189:835.



203 – ESTADOS CONVULSIVOS. ECLAMPSIA

*Moreno de las Heras, María
Arias Fernández, José Luís*

DEFINICIÓN

La eclampsia se define como un cuadro clínico de convulsiones tónico-clónicas que ocurren durante el embarazo (38%), intraparto (18%) o en el puerperio (44%) en pacientes con síntomas de preeclampsia (1% de todas).

Un cuadro convulsivo en una gestante de más de 20 semanas es una eclampsia mientras no se demuestre lo contrario, sin embargo, el aumento de la edad materna, el tabaquismo y los embarazos en pacientes con patología médica (epilepsia) previa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Accidentes cerebrovasculares
- Hemorragia
- Rotura de aneurismas y malformaciones vasculares cerebrales
- Trombosis arterial o venosa en vasos cerebrales
- Encefalopatía hipóxico isquémica
- Angiomas
- Enteropatía hipertensiva
- Epilepsia
- Embolismo de líquido amniótico
- Alteraciones metabólicas: hipoglucemia, hiponatremia, tormenta tiroidea
- Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)
- Cefalea postpunción dural
- Vasculitis cerebral
- Síndrome de privación alcohol/drogas

FACTORES DETERMINANTES

- La aparición de eclampsia antes de las 20 semanas de gestación es rara y debería plantear la posibilidad de un embarazo molar subyacente o una causa de convulsión no relacionada con la gestación.
- Los déficits neurológicos persistentes sugieren una anomalía anatómica: accidente cerebrovascular, hemorragia intracraneal, tumor cerebral, encefalopatías tóxico-metabólicas, PTT e infección del SNC.
- Las convulsiones sin déficits neurológicos pueden desencadenarse por anomalías metabólicas, toxinas, infecciones o traumatismo craneal reciente.
- El embarazo es un factor desencadenante de la PTT o el Síndrome hemolítico urémico (SHU). Ambos pueden ser indistinguibles de la eclampsia que ocurre en una mujer con síndrome de HELLP. La eclampsia y HELLP generalmente comienzan a mejorar rápidamente después del parto, lo que no ocurre con la PTT y el SHU, cuyo curso no se ve afectado por la finalización del embarazo.

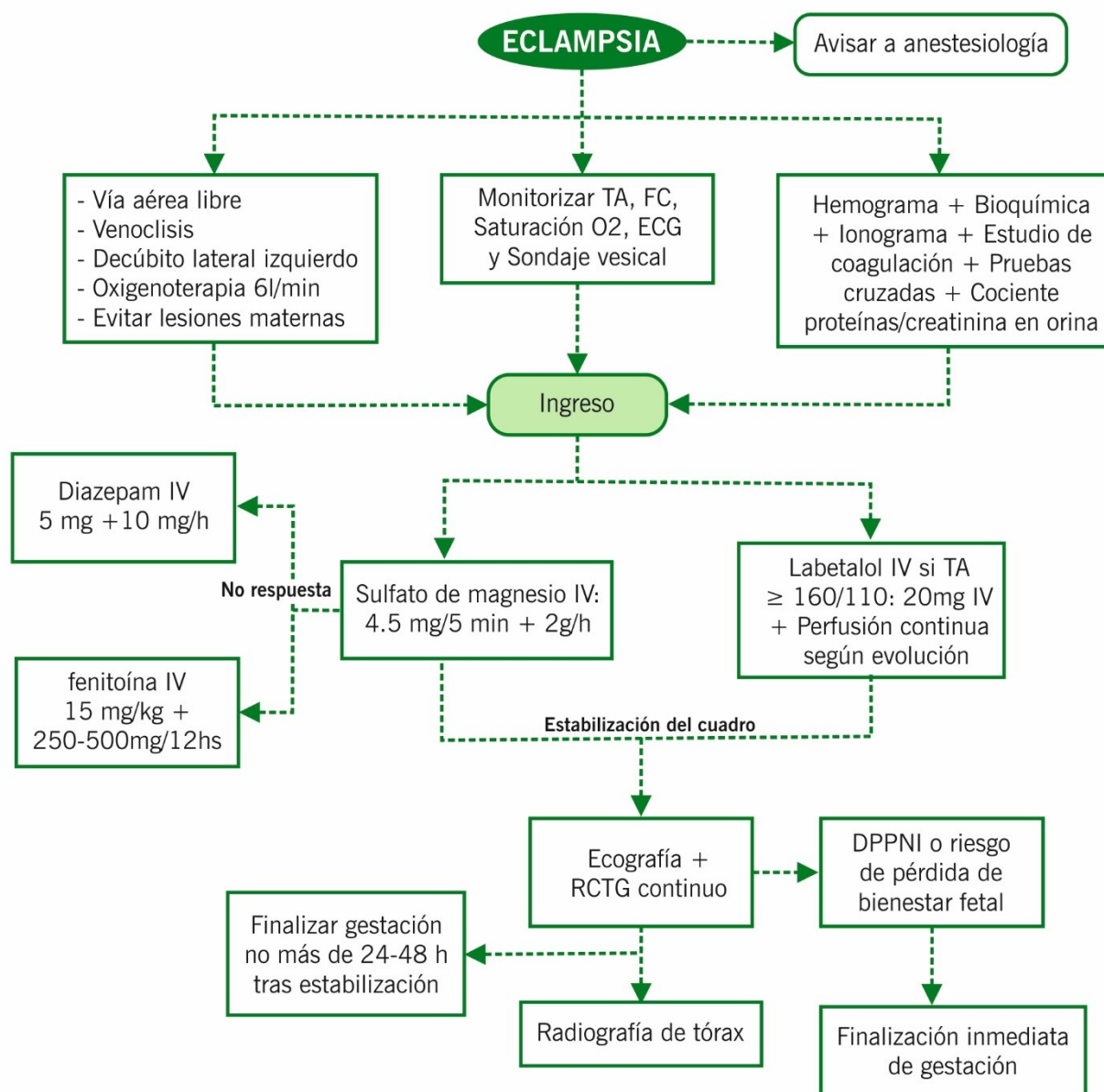


CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA MATERNA	DIAGNÓSTICO MATERNO
<ul style="list-style-type: none"> - Signos/Síntomas premonitorios: hipertensión, cefalea, fotopsias, epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho - Convulsión tónico-clónica o coma - Pérdida de consciencia - Cianosis - Heridas bucales por mordedura - Periodo postictal: somnolencia y respiración profunda - Pérdida de memoria - Pérdida de reflejos osteotendinosos - Déficits visuales y mentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico - Estudio de neuroimagen (apoya al diagnóstico el hallazgo del Síndrome de encefalopatía posterior reversible o PRES)
CLÍNICA FETAL	DIAGNÓSTICO FETAL
<ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia durante la crisis - Taquicardia y pérdida de variabilidad durante el periodo postictal - Abruption placentae asociado a hipertensión uterina, sangrado vaginal y bradicardia fetal mantenida 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico - Registro cardiotocográfico - Ecografía obstétrica

ALGORITMO



Aunque es muy frecuente la finalización inmediata de la gestación tras la eclampsia por cesárea urgente, es preciso insistir en la necesidad de estabilizar a la paciente, hacer un correcto diagnóstico diferencial del cuadro convulsivo y preparar la cirugía o el parto anticipándose a otras circunstancias (por ejemplo estómago lleno, más dificultad en intubación por edema vía aérea) y descartar alteraciones analíticas (trombopenia $< 20.000/\text{mm}^3$) que nos pueden complicar mucho la intervención.



CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

- Eclampsia: Tras el alta hospitalaria, mantendrán un seguimiento con la unidad de Medicina Interna (Área hipertensión y embarazo).
- Otros estados convulsivos: derivación y seguimiento en consultas de Neurología.

CRITERIOS DE INGRESO

Todas las gestantes en las que se sospeche el diagnóstico de eclampsia deben ingresar para monitorización y tratamiento.



BIBLIOGRAFÍA

1. Vousden N, Lawley E, Seed PT, et al. Incidence of eclampsia and related complications across 10 low- and middle-resource geographical regions: Secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. PLoS Med 2019; 16:e1002775.
2. Shah AK, Rajamani K, Whitty JE. Eclampsia: a neurological perspective. J Neurol Sci 2008; 271:158.
3. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstet Gynecol 2005; 105:402.
4. Wright WL. Neurologic complications in critically ill pregnant patients. Handb Clin Neurol. 2017;141:657-674.
5. Martínez O, Guasch E, Cueto I. Manual práctico de Emergencias Obstétricas. INYECCMEDIA S.L. 2014.

204 – PLACENTA PREVIA

Calvo Gallego, M.^a Ángeles
Rosales Torbaño, Cristina

DEFINICIÓN

La placenta previa consiste en la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, pudiendo ocluir el orificio cervical interno. Es la primera causa de hemorragia del tercer trimestre. Es la segunda causa de histerectomía obstétrica. Es la tercera causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio. Según la relación de la placenta con el orificio cervical interno, se clasifican en los siguientes tipos:

- **Oclusiva total:** El OCI está totalmente cubierto por la placenta.
- **Oclusiva parcial:** El OCI está parcialmente cubierto por la placenta.
- **Marginal:** La placenta llega al borde del OCI, pero no lo sobrepasa.
- **Lateral o de inserción baja:** La placenta llega a las inmediaciones del OCI.

ETIOLOGÍA

La causa específica de la placenta previa es desconocida. Son factores favorecedores los siguientes:

- **Embarazo múltiple.** La placenta es de mayor tamaño, lo que aumenta el riesgo de que llegue a ser previa.
- **Cicatriz uterina anterior.** La incidencia crece con el número de cesáreas previas, dado que la placenta, al no poder anidar sobre la cicatriz, busca asiento en otras regiones, llegando hasta niveles más bajos de la cavidad uterina.
- **Multiparidad.** La paridad y la edad avanzada incrementan el riesgo de placenta previa, por un mecanismo similar al anterior.
- **Mujeres fumadoras.** Se duplica el riesgo probablemente porque la hipoxemia conlleva una hipertrofia placentaria compensadora.
- **Edad avanzada.** La incidencia es 5 veces mayor en mujeres con edad superior a 35 años.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNOS / SÍNTOMAS

- Sangrado vaginal rojo brillante, discontinuo, recidivante.
- No dolor abdominal.
- No afectación fetal salvo hipovolemia maternal secundaria a la hemorragia.
- Compromiso hemodinámico materno (si hemorragia grave).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

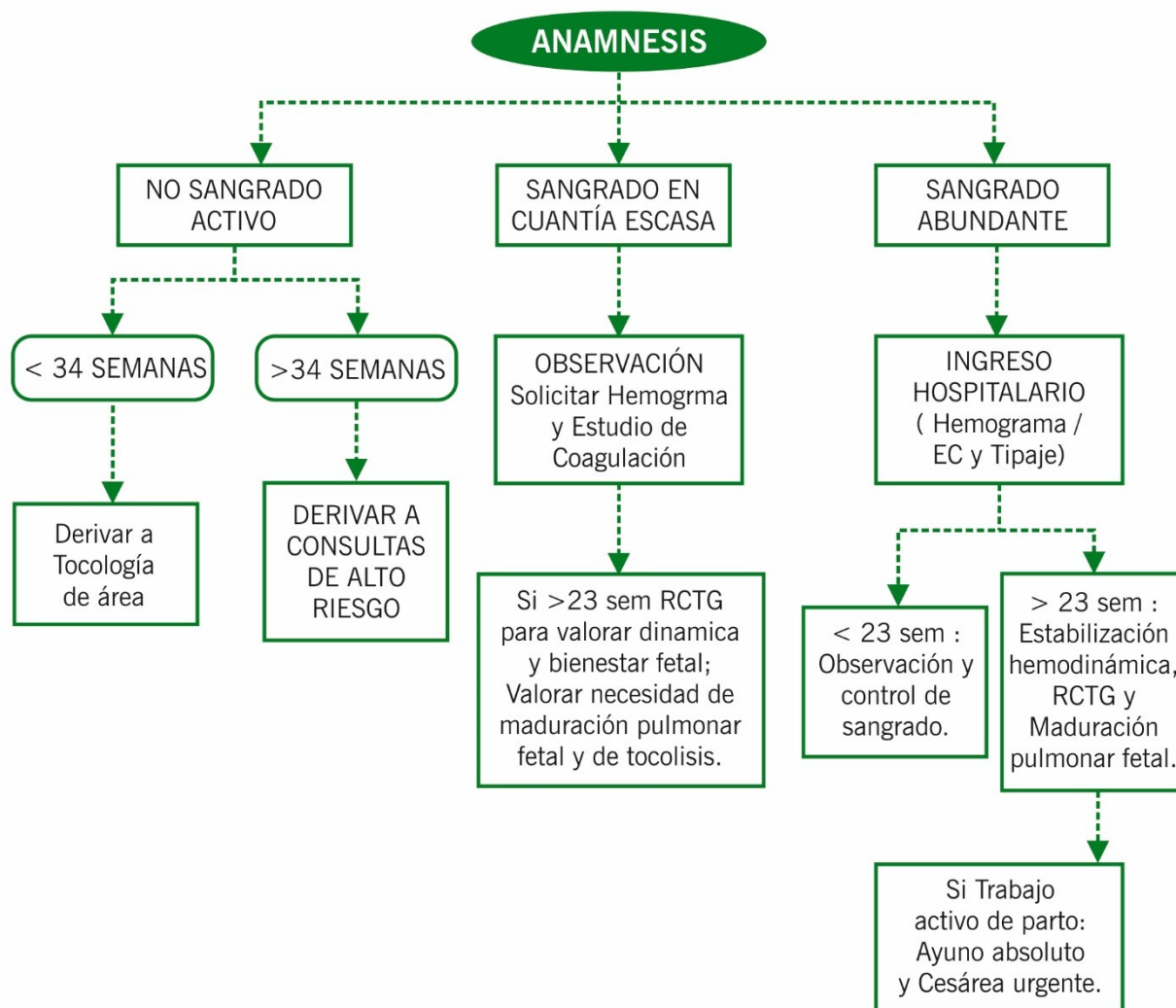
- Exploración física y ginecológica.
- NO TACTO VAGINAL.
- Ecografía obstétrica abdominal / Transvaginal.
- Registro cardiotocográfico (RPBF).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	DPPNI	PLACENTA PREVIA
Comienzo síntomas	Agudo	Lento
Metrorragia	Persistente	Repetida
Sangrado/síntomas	Discrepancia	Relación
Dolor abdominal	Sí	No
Útero	Hipertonía	Normal
Palpación partes fetales	Difícil	Fácil
Pérdida de bienestar fetal	Frecuente	Rara
EHE	Frecuente	Rara

ALGORITMO



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. 2019 Apr 4; 2019 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/>
2. Young JS, White LM. Vaginal Bleeding in Late Pregnancy. Emerg Med Clin North Am. 2019 May;37(2):251-264.
3. Alouini S, Megier P, Fauconnier A, Huchon C, Fievet A, Ramos A, Megier C, Valéry A. Diagnosis and management of placenta previa and low placental implantation. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019 En 27:1-6.
4. Kayem G, Keita H. [Management of placenta previa and accreta]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2014 Dic;43(10):1142-60.
5. Cesarea y tocurgia en la obstetricia actual. Prog Obstet Ginecol. 2017;60(5):411-413
6. Palacios-Jaraquemada JM. Caesarean section in cases of placenta praevia and accreta. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Abr;27(2):221-32.

205 – PROLAPSO DEL CORDÓN

Ortega Olivas, Paloma
Hinojal Toscano, Isabel

INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

El prolapso del cordón umbilical es la posición anormal del cordón por delante o lateral a la presentación fetal. Es una emergencia obstétrica porque la compresión del cordón puede comprometer la oxigenación fetal.

La incidencia se sitúa entre el 0,1 -0,6% de todos los partos.

Se puede clasificar en:

- **Prolapso tipo I o laterocidencia:** En esta situación el cordón no llega a sobrepasar la presentación fetal, pero se sitúa lateralmente a ésta, pudiendo ocasionar igualmente compresión.
- **Prolapso tipo II o procúbito:** Es la caída del cordón por delante de la presentación, pero con las membranas íntegras.
- **Prolapso tipo III:** es el descenso del cordón umbilical por delante de la presentación y con las membranas rotas, descendiendo por el canal cervical y vagina e incluso sobrepasando la vulva.

Entre los factores de riesgo se encuentran factores maternos como son la multiparidad, gestación múltiple, polihidramnios y amniorrexis espontánea; entre los factores fetales encontramos: prematuridad, bajo peso, presentación diferente a cefálica, presentación alta; y factores iatrogénicos como pueden ser la amniorrexis artificial, la amnioinfusión, versión cefálica externa y colocación de un catéter de monitorización interna.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNOS / SÍNTOMAS

Palpar un cordón pulsátil en Tacto vaginal.

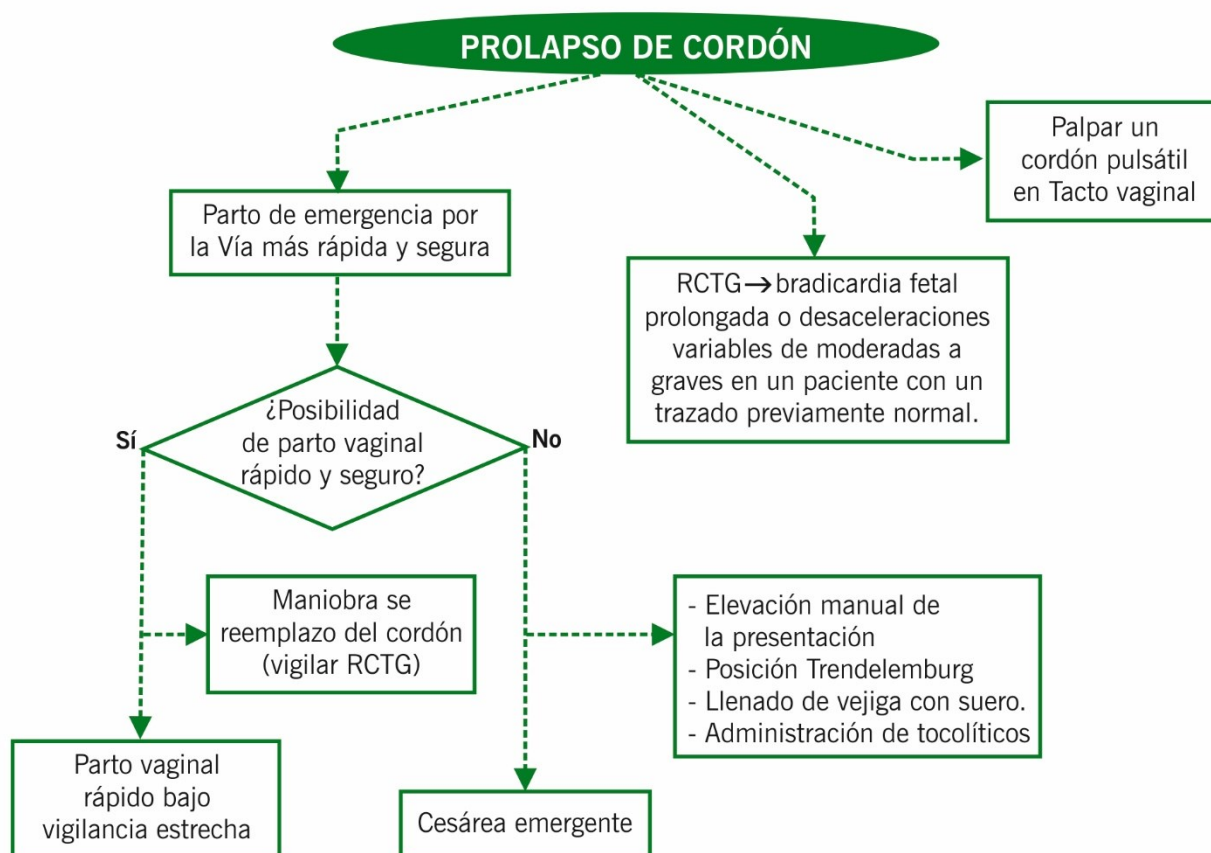
No dolor, ni sangrado vaginal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

RCTG: bradicardia fetal prolongada o desaceleraciones variables de moderadas a graves en un paciente con un trazado previamente normal.

Ecografía y Doppler color en caso de incertidumbre.

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Boyle JJ, Katz VL. Umbilical cord prolapse in current obstetric practice. J Reprod Med 2005; 50:303.
2. Gibbons C, O'Herlihy C, Murphy JF. Umbilical cord prolapse--changing patterns and improved outcomes: a retrospective cohort study. BJOG 2014; 121:1705.
3. Gabbay-Benziv R, Maman M, Wiznitzer A, et al. Umbilical cord prolapse during delivery - risk factors and pregnancy outcome: a single center experience. J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 27:14.
4. Siassakos D, Hasafa Z, Sibanda T, et al. Retrospective cohort study of diagnosis-delivery interval with umbilical cord prolapse: the effect of team training. BJOG 2009; 116:1089.

206 – REAMINACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA GESTANTE

Moreno de las Heras, María
Escorial Albéndiz, Rosa

DEFINICIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la interrupción súbita del latido cardíaco, circulación sanguínea y de la irrigación cerebral, con la consiguiente pérdida brusca del conocimiento y de la respiración.

La gestación puede suponer una sobrecarga cardiovascular añadida a la paciente, la incidencia de PCR es de 1:12.000 - 30.000 gestaciones. La supervivencia tras una PCR es del 15-59%.

A partir de las 20 semanas de gestación el crecimiento uterino puede provocar compresión de la vena cava inferior y la aorta, comprometiendo el retorno venoso y el gasto cardíaco. Esto genera hipotensión o shock y desencadena la parada cardiorrespiratoria. El compromiso del retorno venoso limita la efectividad de las compresiones torácicas.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNOS / SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Bradicardia	Comprobar estado de conciencia
Hipotensión o shock	Comprobar vía aérea (liberación mediante elevación de mentón)
Sincope, pérdida de conciencia	Determinar si existe pulso carotideo
	Estimar edad gestacional

MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN LA GESTANTE

- Buscar ayuda especializada (obstetra, anestesista, neonatólogo, enfermería).
- Documentar hora de inicio de parada cardíaca.
- Desplazar manualmente el útero a la izquierda.
- Mantener inclinación lateral izquierda si es posible (en ángulo de 15-30°, posición que permita compresiones torácicas y extracción fetal por cesárea).
- Asegurar vía venosa.

INICIAR RCP BÁSICA

Secuencia 30:2, 100 compresiones por minuto (deprimiendo tórax unos 5 cm), no retrasar más de 10 segundos las compresiones para realizar ventilación.

En pacientes en el 2º o 3º trimestre las manos se colocan de 2 a 3 cm por encima del esternón (superior a posición habitual).

En caso de personal no entrenado o si no existen barreras de protección individual para ventilación realizar RCP hands-only (no ventilar).



Modificaciones a la secuencia habitual de RCP en la gestante:

- **Mayor riesgo de broncoaspiración** (insuficiencia esfínter gastroesofágico), la IOT precoz con presión sobre el cricoides puede disminuir este riesgo y mejora la ventilación pulmonar (pueden precisar tubos más pequeños por cambios anatómicos durante la gestación). Evitar la hiperventilación, puede disminuir el aporte de sangre al útero.
- La maniobra de Heimlich debe evitarse después de las 24 semanas de gestación o en casos de obesidad materna, se pueden intentar compresiones torácicas como alternativa.
- Carga de energía estándar para desfibrilación (preferible bifásico 120 a 200 J), son de elección los parches adhesivos a las palas. No demorar la descarga, aunque este puesto el RCTG (riesgo leve de quemaduras).
- **IDENTIFICAR CAUSA Y TRATAMIENTO ETIOLÓGICO:**
 - *Causas comunes:*
 - 5H: hipovolemia, hipoxia, hidrogeniones (acidosis), hiper/hipokalemia, hipoglucemia
 - 5T: toxinas (sepsis), TEP/IAM, taponamiento cardiaco/neumotórax, traumatismos
 - *Causas relacionadas con la gestación:*
 - HEMORRAGIA de causa obstétrica embarazo ectópico, desprendimiento de placenta, placenta previa y rotura uterina; o quirúrgica: cesárea.
 - ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: enfermedad cardíaca o valvular previa, miocardiopatía periparto, IAM, aneurisma o disección aorta. Si síndrome coronario agudo con elevación ST: angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).
 - TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: Preeclampsia, Eclampsia o Sd. Hellp → Administrar sulfato de magnesio
 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR con riesgo vital → Administrar fibrinolíticos
 - EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: Paso de líquido amniótico a la circulación pulmonar (obstrucción mecánica de capilares).
 - Clínica: fallo cardiovascular, insuficiencia respiratoria y coagulopatía asociado con encefalopatía, coma y convulsiones, con déficits neurológicos persistentes.
 - Incidencia: 1:8.000-80.000 gestaciones. Formas graves: mortalidad 60 – 85%.
 - Factores de riesgo: >35 años, anomalías placentarias, inducción médica del parto, parto por cesárea o instrumentado, amniocentesis, trauma abdominal, eclampsia, gestación prolongada, feto varón...
 - Tratamiento de soporte: plaquetas (objetivo >50.000/mm³), mantener TTPA en rango, fibrinógeno (objetivo > 200 mg/dL), concentrados de hematíes si hemorragia. Contraindicación relativa a la administración de cristaloides.

Si RCP DURANTE 4 MINUTOS FRACASA: CESÁREA PERIMORTEM

- <20 semanas: no hacer cesárea (el útero no compromete el GC).
- 20-23 semanas: **cesárea urgente por interés materno** → Resucitación materna (feto habitualmente no viable)
- >24-25 semanas: **cesárea urgente por interés materno y fetal** → Resucitación materna y fetal.

La histerotomía de reanimación debe iniciarse a los 4 minutos después de la parada. El objetivo es completar el procedimiento dentro de los 5 minutos posteriores para minimizar la hipoxia y mejorar los resultados neurológicos tanto de la madre como del feto (mejor tasa de supervivencia si la cesárea se realiza en los 5 primeros minutos). Tras extracción fetal se recomienda packing abdominal y continuar RCP, si estabilización de la paciente sutura en diferido de histerorrafia.

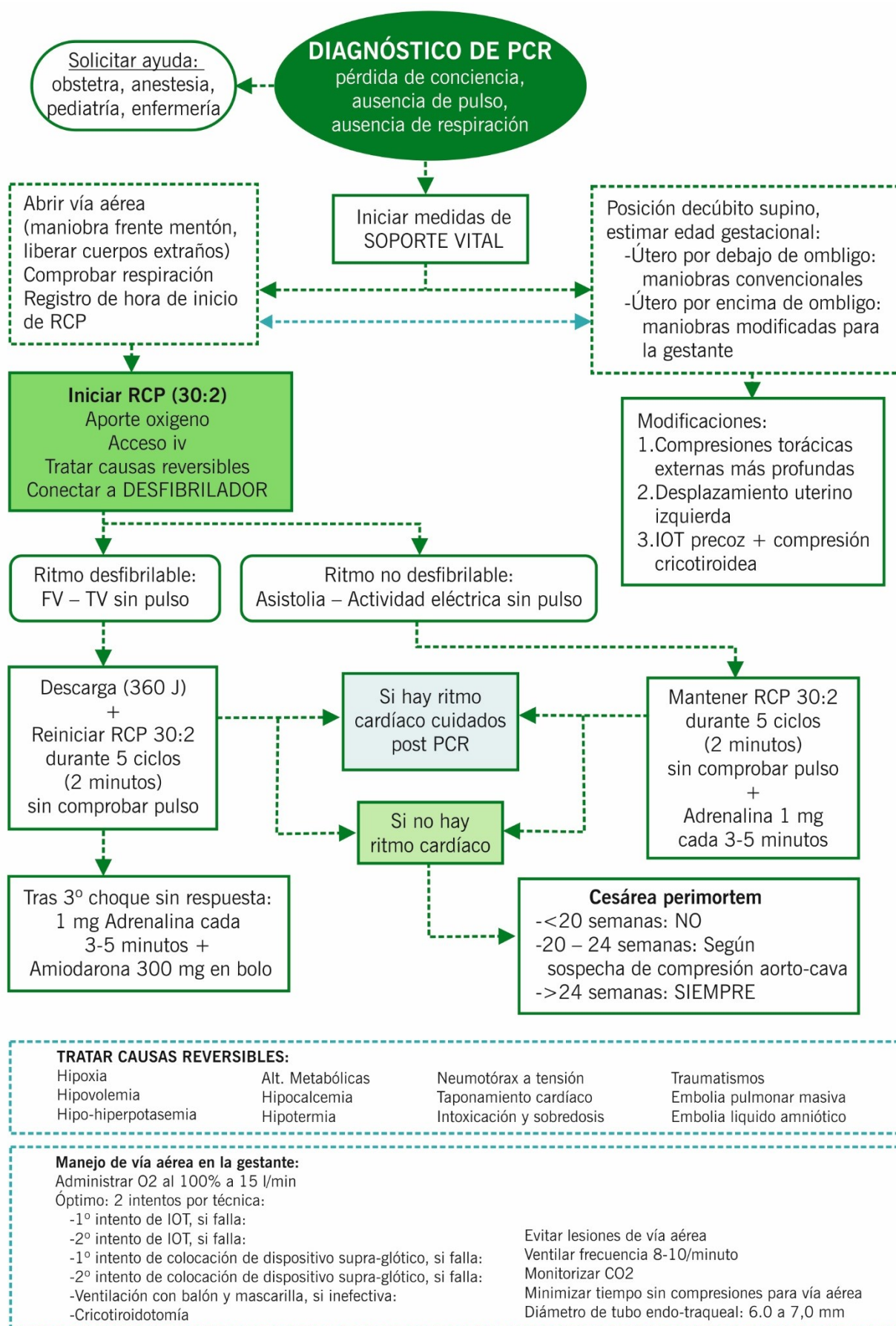


Beneficios maternos de la cesárea: desaparece compresión aorto-cava, aumenta retorno venoso, mejora la efectividad de compresiones torácicas, aumento de un 25-30% de la postcarga tras cirugía.

CUIDADOS POST-REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CIFRAS OBJETIVO DE CONSTANTES)

- Temperatura: 32 – 36°C (mejoría de resultados neurológicos).
- Sat O₂: 94-98%.
- PaCO₂ 40-45 mmHg.
- Glucemia: 140-180 mg/dL.

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de soporte vital avanzado en urgencias prehospitalarias. Fundación pública urgencias sanitarias de Galicia.
2. Soskin PN, Yu J. Resuscitation of the pregnant patient. Emerg Med Clin N Am 2019.
3. Reanimación cardiopulmonar en la gestante. Actualización según las guías 2015. Hospital Clinic de Barcelona. Octubre 2016.
4. Mendoza-Calderón SA, Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano A, Nares-Torices MA, Espino y Sosa S, Hernández-Muñoz VA, et al. Instrumento de una Guía de Práctica Clínica INPer. Protocolo de diagnóstico y tratamiento en reanimación cardiopulmonar durante el embarazo. Perinatol Reprod Hum 2013; 27 (1): 35-43.