

PRINCIPAIS DESFECHOS PÓS PARADA CARDÍACA NA GESTANTE: REVISÃO NARRATIVA

MAIN OUTCOMES AFTER CARDIAC ARREST IN
PREGNANCY: NARRATIVE REVIEW

PRINCIPALES RESULTADOS DESPUÉS DEL PARO CARDÍACO
EN MUJERES EMBARAZADAS: REVISIÓN NARRATIVA

Resumo: Objetivo: Analisar a literatura referente ao principal desfecho após parada cardiorrespiratória em gestantes. **Método:** Revisão narrativa de literatura, utilizando-se as bases de dados Lilacs e Pubmed, com busca a partir dos descritores e conectores booleanos: "Heart Arrest", "Obstetric Nursing" AND "Pregnancy", em publicações entre 2017 e 2022. A busca ocorreu de agosto a novembro de 2022. **Resultados:** Foram selecionados 10 artigos para análise, com base nos quais foi possível constatar que, em casos de parada cardiorrespiratória na gestação, o reconhecimento das mudanças fisiológicas maternas, agilidade em iniciar as manobras de ressuscitação e a cesárea *perimortem* em até 5 minutos, bem como o uso de B-bloqueadores e compressão torácica com lateralização uterina foram cruciais para o desfecho. **Conclusão:** A equipe de saúde deve trabalhar de forma ágil e síncrona durante o manejo da reanimação, visando garantir as principais intervenções que maximizem a chance de sobrevivência materno-fetal.

Descritores: Enfermagem Obstétrica. Gravidez. Parada Cardíaca

Abstract: Objective: To analyze the literature referring to the main outcome after cardiorespiratory arrest in pregnant women. **Method:** Narrative literature review, using the Lilacs and Pubmed databases, with searches based on Boolean descriptors and connectors: "Heart Arrest", "Obstetric Nursing" AND "Pregnancy" of publications between 2017 and 2022. The search took place from August to November 2022. **Results:** 10 articles were selected for analysis, based on which it was possible to consider that in cases of cardiorespiratory arrest during pregnancy, the recognition of maternal physiological changes, agility in initiating resuscitation maneuvers and *perimortem* cesarean section within 5 minutes, as well as the use of B-blockers and chest compression with uterine lateralization were crucial for the outcome. **Conclusion:** The health team must work in an agile and synchronous manner during resuscitation management, aiming to guarantee the main interventions that maximize the chance of maternal-fetal survival.

Descriptors: Cardiac Arrest. Obstetric Nursing. Pregnancy

Resumen: Objetivo: Analizar la literatura sobre el resultado principal después de un paro cardiorrespiratorio en mujeres embarazadas. **Método:** Revisión narrativa de literatura utilizando las bases de datos Lilacs y Pubmed, búsqueda mediante descriptores y conectores booleanos: "Heart Arrest", "Obstetric Nursing" AND "Pregnancy", en publicaciones entre 2017 y 2022. La búsqueda se realizó de agosto a noviembre de 2022. **Resultados:** Se seleccionaron para el análisis 10 artículos, a partir de los cuales se pudo comprobar que, en los casos de paro cardiorrespiratorio durante el embarazo, se valora el reconocimiento de los cambios fisiológicos maternos, la agilidad en el inicio de maniobras de reanimación y la cesárea *perimortem* dentro de los 5 minutos, ya que el uso de bloqueadores B y compresión torácica con lateralización uterina fueron cruciales para el resultado. **Conclusión:** El equipo de salud debe trabajar de manera ágil y síncrona durante el manejo de la reanimación, buscando garantizar las principales intervenciones que maximicen las posibilidades de supervivencia materno-fetal.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica. Embarazo. Paro Cardíaco.

Isadora Santos Gomes¹ 

Raíssa da Rosa de Oliveira¹ 

Monique Eva Vargas Cardoso¹ 

Claudia Capellari¹ 

1- Faculdades Integradas de Taquara
(FACCAT).

E-mail: isadoragomes@sou.faccat.br.

Recebido em: 06/12/2024

Revisado em: 13/08/2024

Aceito em: 18/09/2024



Copyright: © 2024. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma condição em que o coração para, por circunstâncias classificadas por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. A ressuscitação intra-hospitalar e extra-hospitalar, que ocorre durante a gravidez ou no perioperatório de mulheres gestantes, muitas vezes pode ser evitável quando a gestante inicia com os primeiros sintomas. Entretanto, quando ela ocorre, a equipe multiprofissional necessita realizar intervenções para reverter o quadro o mais precocemente possível¹.

Nos Estados Unidos, nos últimos 30 anos, a mortalidade materna aumentou em torno de 60%. A cada 100.000 nascidos vivos, ocorrem 18 mortes maternas, sendo as emergências obstétricas as causas mais prevalentes. Já na Europa, tais números são de 13 mortes a cada 100.000 nascidos vivos. Em países como Brasil, as mortes maternas são de 107,53 a cada 100.000 nascidos. Entre as causas mais comuns da ocorrência de tais mortes estão: distúrbios hipertensivos, síndrome de HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas), hemorragia e embolia de líquido amniótico².

De acordo com American Heart Association³, durante a parada cardíaca da gestante, o manejo de compressão aortocava pode desenvolver complicações, por isso os profissionais deverão realizar as manobras conforme o padrão de suporte básico e avançado de vida. A qualidade das compressões torácicas e oxigenação são fundamentais e devem ser realizadas

concomitantemente ao deslocamento uterino lateral esquerdo.

As intervenções de suporte básico de vida para a gestante ocorrem da seguinte forma: se durante o tempo de 4 minutos após a PCR a gestante não apresentar ritmo sinusal, é indicada a realização de cesárea *perimortem* (CPM) ou histerectomia de emergência. A reanimação deve ser realizada imediatamente e o procedimento intraoperatório no 5º minuto de reanimação cardiopulmonar (RCP)⁴. A atuação do enfermeiro é muito importante no momento de receber um paciente em PCR, em atuar com conhecimento técnico e teórico na detecção precoce de sinais e sintomas evidenciados pela PCR, para realizar os procedimentos com agilidade e segurança⁵. O presente estudo tem grande relevância devido ao aumento de mortes materno-infantis ocasionados por paradas cardiorrespiratórias, devido a complicações na gestação. Visando diminuir esses números, bem como reduzir as sequelas causadas por grandes períodos sem a circulação de oxigênio no corpo, tanto para a gestante quanto para o feto, se faz necessário que a equipe de saúde esteja organizada e saiba quais funções que cada um deve desempenhar em um momento de emergência.

Por isso, reforça-se a importância da realização de um estudo direcionado a compreender diferentes intervenções realizadas frente à parada cardiorrespiratória em gestantes, tendo como questão norteadora: Quais os principais desfechos após a PCR em gestantes? A partir do exposto, visando construir uma revisão narrativa de literatura, no âmbito da enfermagem, o presente trabalho tem como

objetivo: analisar as literaturas referentes ao principal desfecho após parada cardiorrespiratória em gestantes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de agosto a novembro de 2022, com artigos publicados nos últimos 5 anos, em língua portuguesa e inglesa, nos repositórios Lilacs e PubMed. Para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e conectores booleanos: "Heart Arrest", "Obstetric Nursing" AND "Pregnancy". Em ambas bases de dados, foi aplicado o seguinte filtro: "ano de publicação - últimos 5 anos". A primeira busca no repositório Lilacs resultou em 908 artigos, após aplicar o filtro foram encontrados 87 artigos publicados nos últimos 5 anos. Já na base PubMed, a pesquisa resultou em 1.262 artigos e, após aplicar o filtro para artigos publicados nos últimos 5 anos, resultou em 302 artigos. Então, a partir da leitura do título, foram selecionados 29 artigos na base de dados PubMed e 9 na base de dados Lilacs para realizar a leitura do resumo. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 29 artigos para leitura completa. Por fim, 10 artigos fizeram parte desta revisão, pois somente estes apresentavam informações significativas para o estudo ou contribuía na resposta à questão norteadora.

Para a escolha dos artigos, foram usados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas português e inglês, que estavam disponíveis online e na íntegra, publicados entre os anos de 2017 e 2022. Foram considerados critérios de exclusão: artigos

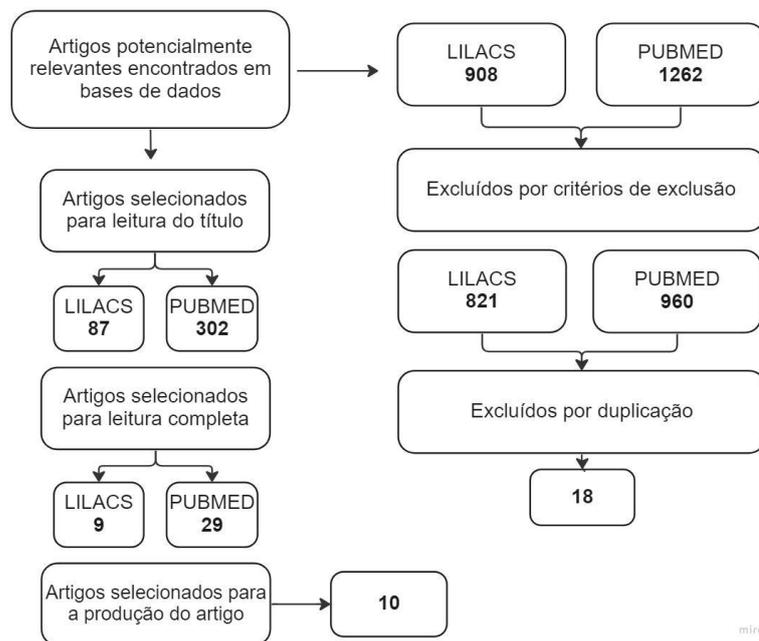
pagos, relatos de casos clínicos e artigos que não respondiam a nenhuma das questões norteadoras. Após a seleção dos artigos, foi realizada uma leitura minuciosa para avaliar se os textos se enquadravam na finalidade deste estudo.

Para a produção do artigo utilizou-se a estratégia PICO, produzida a partir da Prática Baseada em Evidências (PBE), a qual é responsável por identificar: processos, intervenções ou tratamentos efetivos a partir da assistência prestada ao paciente. A estratégia PICO representa o paciente/população (P), as intervenções realizadas (I), comparações (C) e desfecho (O). Para o presente estudo, a população é caracterizada por gestantes, a intervenção é destinada às atividades de reanimação cardiopulmonar, o comparativo possível é se a gestante que recebeu compressão cardíaca imediata obteve melhor desfecho do que a gestante que não recebeu e, como desfecho, há quatro possibilidades: 1) morte da gestante e morte do feto; 2) reanimação da gestante e morte do feto; 3) morte da gestante e reanimação do feto; 4) reanimação da gestante e reanimação do feto.

RESULTADOS

A partir da busca realizada, foi encontrado um total de 2.170 produções relacionadas ao tema nas bases de dados escolhidas. A partir da análise dos artigos, 1.781 foram excluídos devido ao não enquadramento nos critérios de inclusão; 18 foram excluídos devido a duplicação e, após a leitura dos resumos, 9 foram excluídos por não responderem à questão norteadora.

A **Figura 1** demonstra as informações obtidas através do cruzamento de descritores, bem como os números alcançados em cada base de dados.



Fonte: Os autores (2022).

Figura 1 - Cruzamento e seleção dos artigos encontrados

Foram selecionados 19 artigos que respondiam à questão norteadora e estavam dentro dos critérios de inclusão e, a partir da leitura completa, foram eleitos 10 artigos para fazer parte desta pesquisa. As publicações selecionadas na íntegra se encontram descritas no **Quadro 1**, o qual apresenta informações sobre os autores, o tipo de estudo, bem como os principais resultados encontrados.

A partir da análise realizada em relação ao ano de publicação, identificou-se que a maioria dos artigos utilizados foram publicados nos anos de 2019 e 2021, sendo 3 artigos em cada ano, totalizando 6 artigos, seguido de duas publicações em 2020, uma publicação em 2018 e uma em 2022. Os artigos utilizados foram publicados em revistas, as quais são avaliadas pela plataforma Sucupira, que gera o fator

“Nível de evidência” sendo que este pode ser considerado A1, A2, A3, A4, B1, B2, B3, B4 e C, em ordem decrescente, em que A1 se refere aos artigos com maior recomendação e C aos artigos de menor recomendação. A maioria dos artigos utilizados neste resumo se enquadram na categoria A2.

Quadro 1- Publicações, tipos de estudo, recomendação e resultados.

Artigo	Autores/título/delineamento	Pacientes	Nível de Evidência	Intervenção	Comparação	Principais resultados
A1	KIKUCHI J e DEERING S, 2018 (6). Cardiac arrest in Pregnancy. Artigo de informação	Gestantes (n=108)	A2	Reconhecer as mudanças na fisiologia materna e iniciar a manobra de ressuscitação assim que constatada a parada.	Comparando as gestantes que tiveram a lateralização do útero na manobra de reanimação com as que não tiveram.	As paradas cardíacas durante a gestação são consideradas raras e geralmente ocorrem durante gestações de alto risco. O reconhecimento rápido da parada e o início imediato das manobras de ressuscitação foram os principais fatores para desfecho positivo, conseguindo salvar em 58% dos casos a mãe e o feto.
A2	ZELOP CM, <i>et al.</i> , 2019 (7). Cardiac arrest during pregnancy: ongoing clinical conundrum. Coorte	Gestantes (n=252)	A2	Realizar a manobra de ressuscitação, realizando o deslocamento uterino lateral esquerdo.	Comparando as gestantes que tiveram a manobra uterina realizada com as que não tiveram.	Os dados revelam que os níveis de sobrevida após parada cardiorrespiratória durante a gestação não atingem 50% das gestantes acometidas e somente foram reanimadas as gestantes que, acima de 20 semanas, tiveram as compressões realizadas de forma correta, juntamente com o deslocamento uterino manual, evoluindo para a reanimação da mãe e do feto.
A3	TAMIRISA K, <i>et al.</i> , 2022 (8). Arrhythmias in Pregnancy. Revisão integrativa.	Gestantes e fetos	B1	Manejo das arritmias durante o pré-natal e o pós-parto. Nos casos em que as gestantes sobreviveram, precisaram fazer uso de antiarrítmicos β -bloqueadores, como: propranolol e metoprolol.	Comparando as gestantes que não possuíam nenhuma cardiopatia, com as que possuíam.	Foi observado que as arritmias podem gerar risco durante a gestação, como também a incidência de fibrilação atrial na gravidez foi considerada alta. Durante o estudo, em 62% dos casos foi possível realizar a reanimação da gestante e do feto, em 18% somente o feto, em 3% somente a gestante e em 17% não foi possível salvar nem a gestante e nem o feto.
A4	PFALLER M, <i>et al.</i> , 2021 (9). Impact of Obesity on Outcomes of Pregnancy in Women With Heart Disease. Coorte prospectiva.	Gestantes (n=790)	A2	Intervenções cardíacas prévias como o uso de aspirina antes da 16ª semana de gestação.	Comparando as gestantes que possuíam obesidade, sobrepeso, peso ideal ou baixo peso.	Foi possível observar que o risco de ter uma parada cardíaca em gestantes que possuem o IMC ≥ 30 kg/m ² foi significativamente maior do que em gestantes que não possuem obesidade. As adversidades observadas foram pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome de HELLP e hemorragia pós-parto, evoluindo para a morte após complicação obstétrica. Em 69% dos casos foi possível salvar a mãe e o feto.
A5	LOTT C e TRUHLÁR A, 2021 (10). Cardiac arrest in special circumstances. Estudo transversal.	Fetos	B1	Cesárea <i>perimortem</i> imediatamente após a reanimação da gestante.		Nos casos de parada cardiorrespiratória, a realização da cesárea <i>perimortem</i> com tempo reduzido para cinco minutos teve resultado significativo frente ao estudo, sendo que em 71%

						dos casos foi possível reanimar o feto, realizando a manobra extracorpórea.
A6	PHILIPPA N, <i>et al.</i> , 2019 (11). Resuscitation of the pregnant patient. Estudo transversal.	Gestantes e fetos	A3	Foram realizadas manobras de ressuscitação assim que foi constatado a assistolia.		Foi possível observar que, após a reanimação, 59% das gestantes tiveram as costelas/esterno fraturados, porém, não sofreram grandes complicações devido à parada cardiorrespiratória. Em 92% dos casos foi possível salvar a gestante e o feto.
A7	WICHTER T, <i>et al.</i> , 2021 (12). Pregnancy in arrhythmogenic cardiomyopathy. Estudo de Coorte.	Fetos	A4	Foi realizada a ablação por cateter, visando remover vias defeituosas que causavam arritmia.	Comparando as gestantes que não possuíam cardiopatia arritmogênica com as que não possuíam.	A partir desse estudo foi observado que, nos casos de gestação com cardiomiopatia arritmogênica, o risco de evoluir para uma parada cardiorrespiratória é elevado. De 692 gestações, 325 mulheres tiveram cardiopatia arritmogênica e, dtas 325, somente 278 tiveram seus fetos reanimados.
A8	JAYASOORIYA G, <i>et al.</i> , 2020 (13). Anesthetic management of women with heart failure during pregnancy. Coorte retrospectivo.	Gestantes (n=144)	B2	Foram realizadas manobras de ressuscitação e cesárea de emergência.	Comparando as gestantes que necessitaram realizar cesárea de emergência, com as que não necessitaram.	Foi observado que, nos últimos 13 anos, em 93.122 partos, 120 gestantes apresentaram insuficiência cardíaca, geralmente ocasionadas por pré-eclâmpsia, cardiomiopatia ou valvopatia. Em 76% dos casos, foi necessário realizar manobras de ressuscitação e cesárea de emergência, sendo que somente em 10% dos casos a gestante foi à óbito.
A9	FISCHER C, <i>et al.</i> , 2019 (14). Focus in-hospital maternal cardiac arrest. Estudo quase experimental.	Gestantes (n=286)	A1	Cesárea <i>perimortem</i> em até 4 minutos.	Comparando as gestantes que tiveram a cesárea realizada em até 5 minutos com as que não tiveram.	Foi observado que 1 em cada 12.000 nascimentos, possuiu intercorrência evoluída para parada cardiorrespiratória da gestante. A sobrevivência materna e neonatal dependeram exclusivamente da velocidade em que foi constatado a parada e da realização cesarea <i>perimortem</i> em até 5 minutos. A taxa de sobrevida materna foi de 71%.
A10	BECKETT VA, <i>et al.</i> , 2020 (15). The CAPS Study: incidence, management and outcomes of cardiac arrest in pregnancy in the UK. Coorte prospectiva. A2.	Gestantes e fetos (n=66)	A2	Foram realizadas manobras de ressuscitação e cesárea de emergência.	Comparando as gestantes que estavam hospitalizadas com as que não estavam.	Foi observado que, das 66 gestantes hospitalizadas que tiveram uma parada cardiorrespiratória, não foi possível reanimar 28 delas, sendo que em 16 casos foram decorrentes da anestesia e 12 casos devido a obesidade. Em relação aos fetos, 46 nasceram vivos, sendo que 32 eram de mães sobreviventes e 14 de mulheres que foram a óbito.

Fonte: Os autores (2022)

DISCUSSÃO

De acordo com autores de um artigo de informação, a equipe multiprofissional para realizar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) deve estar habilitada, planejada e organizada, principalmente em entender as principais mudanças fisiológicas maternas durante a gestação; quando isto não acontece, pode dificultar o manejo da RCP bem-sucedida da mãe e do bebê. O aumento do útero ocorre devido às alterações hormonais da gravidez, que causam riscos ao sistema cardíaco, hematológico, pulmonar e gastrointestinal⁶.

A equipe que realiza o manejo da emergência obstétrica é grande comparada à RCP de pessoas não grávidas, conta com diferentes profissionais, como médico obstetra, anestesista, neonatologista e equipe de enfermagem. A efetividade em iniciar rapidamente a RCP materna e fetal apresentou resultados significativos. Apesar de a parada cardiopulmonar ser uma complicação atípica na gravidez, os profissionais devem ter conhecimento técnico-científico e estarem capacitados para atender à complicação, uma vez que, atualmente, percebe-se um aumento na incidência de gravidez de alto risco⁶.

Durante a parada cardiorrespiratória, a atenção deve ser dedicada para dois pacientes: mãe e bebê no desempenho da RCP. A idade materna avançada, associada a comorbidades, é considerada um fator de risco para a ocorrência de eventos cardiopulmonares e, conseqüentemente, para uma PCR. Um estudo realizado com foco nas gestantes e feto, demonstrou uma melhora significativa nos

desfechos quando a equipe multidisciplinar reconhece a fisiopatologia materna e a etiologia da PCR na gestação, o que é primordial na assistência de alta qualidade aos pacientes¹¹.

Ao redor do mundo, países como os Estados Unidos têm apresentado um aumento na mortalidade materna, relacionada à idade e as comorbidades durante a gravidez. Atrelado a estes problemas, houve um crescimento de complicações na gestação, dentre elas as arritmias cardíacas, considerada uma emergência obstétrica, situação na qual a equipe multidisciplinar capacitada é fundamental para realizar o manejo durante o período pré-parto e pós-parto⁸. No mesmo contexto, a obesidade é considerada um fator de risco para complicações obstétricas, sendo que mulheres gestantes com sobrepeso têm uma maior incidência de eventos cardíacos adversos⁹.

Os riscos cardiovasculares são fatores que elevam a ocorrência de PCR durante a gestação; a cardiomiopatia arritmogênica (CA) é considerada uma doença rara que acomete o miocárdio, pode se manifestar em insuficiência cardíaca congestiva (ICC), arritmias ventriculares (AV) e morte súbita cardíaca (MSC). Em um estudo de coorte, realizado sobre patologias cardíacas durante a gestação, que teve como público 790 gestantes, constatou-se que mulheres com cardiomiopatia arritmogênica têm um elevado risco de instabilidade hemodinâmica, com chance de evolução para PCR¹². Já outra pesquisa avaliou o manejo de mulheres grávidas internadas por causa de insuficiência cardíaca, das quais 76% apresentaram risco significativo de ter que

realizar RCP ou cesárea de emergência, devido às complicações apresentadas¹³.

A partir da análise de literaturas, as causas da PCR são reversíveis, mas o evento apresenta uma baixa incidência. Sobre o tema, uma revisão de literatura constatou que há dificuldade de sobrevivência neurológica e retorno espontâneo da circulação da causa subjacente da parada cardíaca¹⁰.

Na parada cardiorrespiratória, o reconhecimento das alterações fisiológicas e patológicas são fundamentais no salvamento das vidas da mãe e do feto; a equipe deve ter conhecimento da causa e habilidade durante o manejo. A embolia de líquido amniótico é considerada uma causa rara que acomete a PCR na gravidez, devido à tríade de colapso cardiovascular, coagulopatia e insuficiência respiratória. Além disso, existe associação com condições inerentes ao sistema neurológico como epilepsia, encefalopatia, coma e déficits neurológicos¹¹.

A PCR na gravidez é uma situação grave, que gera desespero e ansiedade na equipe. Nessa circunstância, é necessário cuidar do bem-estar e salvar a vida da mãe e do bebê e, para tanto, o conhecimento da equipe é fundamental. No que se refere à administração de medicamentos para estabilização da gestante, algumas drogas são mais seguras do que outras, além disso é importante manter uma boa oxigenação e ventilação apropriada para a situação¹⁶.

A partir da análise da literatura referente ao principal desfecho após parada cardiorrespiratória em gestantes, foi possível identificar que, mesmo sendo uma intercorrência ocasionada por outros fatores, como anestesia,

patologias cardíacas ou obesidade, as gestantes acometidas, em sua grande maioria, são reanimadas a partir de manobras de ressuscitação de qualidade. Já no caso dos fetos, a cesárea *perimortem* realizada em até 5 minutos é caracterizada como fator determinante para a sobrevida fetal. Assim, visando a sobrevida materno-fetal, deve-se realizar as intervenções necessárias logo após sua constatação¹⁴.

Um estudo de coorte retrospectivo, realizado no Reino Unido, considerou a PCR rara em mulheres grávidas, em torno de um quarto das pacientes necessita de anestesia obstétrica, reduzindo cada vez mais a incidência. 58% das taxas de sobrevida materna foram alcançadas com manejo da RCP, mas a falta de habilidade e atraso no manejo foi associado à morte materna¹⁵.

Com base no exposto, é inegável a necessidade de conhecimento científico para bons desfechos na reanimação materno-fetal. São necessários mais estudos relacionados à parada cardiopulmonar nesta população, com objetivo de elucidar o processo de compressão aortocava, a idade gestacional e o parto *perimortem* no processo de ressuscitação⁷.

CONCLUSÃO

Ocasionada por diversas mudanças que ocorrem no corpo da mulher durante a gestação, a parada cardiorrespiratória em gestante, mesmo sendo uma intercorrência rara, pode ser muito grave, tanto para a gestante como para o feto. As mortes maternas em países subdesenvolvidos chegam a 8 vezes mais do que em países desenvolvidos, tornando isso um

problema de saúde pública para o Brasil, por exemplo. Foi possível constatar que a gestação de alto risco pode desencadear a parada cardiorrespiratória na gestação, como também os fatores relacionados a patologias cardíacas e obesidade.

Ao constatar, a partir deste estudo, que o principal desfecho das paradas cardiorrespiratórias na gestação foi a sobrevida materno-fetal, é possível concluir que a habilidade e agilidade das equipes para realização das manobras de ressuscitação com lateralização uterina, cesárea *perimortem* e manejo das arritmias, foram significativamente relevantes para a sobrevida materna e fetal. Por serem um público mais vulnerável, as gestantes necessitam de cuidados específicos nesses casos, como ser colocada na posição correta e ter o deslocamento uterino realizado, para que haja a decompressão da aorta e da veia cava inferior, facilitando o retorno venoso e aumentando o débito cardíaco.

REFERÊNCIAS

1. Soar J, Becker LB, Berg KM, Einav S, Ma Q, Olasveengen TM, Paal P, Parr MJA. Cardiopulmonary resuscitation in special circumstances. *Lancet*. 2021;398(10307):1257-1268. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01257-5.
2. Fardelmann KL, Alian AA. Anesthesia for Obstetric Disasters. *Anesthesiol Clin*. 2020;38(1):85-105. doi: 10.1016/j.anclin.2019.10.005.
3. American Heart Association. Diretrizes de RCP e ACE: de 2020 da American Heart Association [Internet]. Disponível em: <https://cpr.heart.org/>
4. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Parada Cardiorrespiratória na Gestação [Internet]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/125-parada-cardiorrespiratoria-na-gestacao>
5. Dias JSD, Hala NA. Atuação do enfermeiro na parada cardiorrespiratória no atendimento pré-hospitalar. *REMS*. 2021;2(4):100-100. doi: 10.51161/rem/2534
6. Kikuchi J, Deering S. Cardiac arrest in pregnancy. *Semin Perinatol*. 2018;42(1):33-38. doi: 10.1053/j.semperi.2017.11.007.
7. Zelop CM, Einav S, Mhyre JM, Martin S. Cardiac arrest during pregnancy: ongoing clinical conundrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):52-61. doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.232.
8. Tamirisa KP, Elkayam U, Briller JE, Mason PK, Pillarisetti J, Merchant FM, Patel H, Lakkireddy DR, Russo AM, Volgman AS, Vaseghi M. Arrhythmias in Pregnancy. *JACC Clin Electrophysiol*. 2022;8(1):120-135. doi: 10.1016/j.jacep.2021.10.004.
9. Pfaller B, Siu SC, D'Souza R, Wichert-Schmitt B, Kumar Nair GK, Haberer K, Maxwell C, Silversides CK. Impact of Obesity on Outcomes of Pregnancy in Women With Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2021;77(10):1317-1326. doi: 10.1016/j.jacc.2021.01.010.

Então, o presente trabalho traz como contribuição para a prática clínica a constatação de que profissionais de saúde devem ser constantemente capacitados para que saibam como proceder diante destas emergências, fazendo uso de medicações corretas, manobras de ressuscitação, uso de desfibrilação e também a cesárea *perimortem* nos casos em que a vida do feto esteja em risco. A partir do exposto, é possível afirmar que a equipe de saúde deve trabalhar de forma ágil e síncrona durante o manejo da reanimação, visando garantir as principais intervenções que maximizem a chance de sobrevivência materno-fetal.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às Faculdades Integradas de Taquara pela oportunidade de realizarmos este trabalho.

10. Lott C, Truhlár A. Cardiac arrest in special circumstances. *Curr Opin Crit Care*. 2021;27(6):642-648. doi: 10.1097/MCC.0000000000000876.
11. Soskin PN, Yu J. Resuscitation of the Pregnant Patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2019;37(2):351-363. doi: 10.1016/j.emc.2019.01.011.
12. Wichter T, Milberg P, Wichter HD, Dechering DG. Pregnancy in arrhythmogenic cardiomyopathy. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol*. 2021;32(2):186-198. doi: 10.1007/s00399-021-00770-7.
13. Jayasooriya G, Silversides C, Raghavan G, Balki M. Anesthetic management of women with heart failure during pregnancy: a retrospective cohort study. *Int J Obstet Anesth*. 2020;44:40-50. doi: 10.1016/j.ijoa.2020.06.001.
14. Fischer C, Bonnet MP, Girault A, Le Ray C. Focus in-hospital maternal cardiac arrest. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019;48(5):309-314. doi: 10.1016/j.jogoh.2019.02.007.
15. Beckett VA, Knight M, Sharpe P. The CAPS Study: Incidence, Management and Outcomes of Cardiac Arrest in Pregnancy in the UK: A Prospective, Descriptive Study. *Obstetric Anesthesia Digest*. 2018;38:61-2. doi: 10.1097/01.aoa.0000532251.31269.b3.
16. Hu KM, Hong AS. Resuscitating the Crashing Pregnant Patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2020;38(4):903-917. doi: 10.1016/j.emc.2020.06.010.