

RCP Básica Adultos y Niños

El 15 de noviembre de 2015 se publicaron las nuevas GUÍAS de REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. Al igual que en 2005 y 2010, disponemos de unos amplios Documentos de CONSENSO: La Revisión General del ILCOR, las Guías americanas de la AHA y las Guías europeas del ERC.

En lo que se refiere a la RCP Básica, NO hay cambios sustanciales, pero se insiste en algunos detalles, con datos que refuerzan las recomendaciones ya hechas en 2010 (por ejemplo, compresiones torácicas 100-120/minuto, pero no menos de 100 ni más de 120; o la profundidad de la compresión, no menos de 5 cm ni más de 6). Además, avanzando en lo ya apuntado en 2010, se insiste en el papel del Operador telefónico, del teléfono de Emergencias. Como personal sanitario, debemos recordar:

1-Siendo la Parada Cardiorrespiratoria (PCR) una situación extrema y muy GRAVE, el pronóstico no es bueno: los porcentajes de supervivencia dependen de muchas circunstancias, pero son bajos.

2-La PCR es mucho menos frecuente en el niño que en el adulto; en el primero la mayor parte de los casos tiene su origen en la HIPOXIA, por ello muchas veces se podrá detectar la situación de riesgo y EVITAR la parada, pero si esta se produce será más difícil revertirla.

3-La PCR en adultos, por el contrario, es mayoritariamente de ORIGEN CARDIACO, por isquemia miocárdica o problema de conducción. La parada es aquí un acontecimiento súbito e inesperado, pero con buenas posibilidades de RECUPERACIÓN en los primeros minutos.

4-Si en el inicio de la PCR la persona está en Fibrilación Ventricular (FV), una Desfibrilación en los primeros minutos tiene muchas probabilidades de éxito.

5-Las sencillas medidas de Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCP Básica), es decir Compresiones torácicas/Masaje cardiaco y Ventilaciones/Respiración Boca a Boca, DUPLICAN las posibilidades de éxito de la Desfibrilación, si esta no es inmediata a la Parada. Es decir, NUESTRAS MANOS REGALAN TIEMPO PARA VOLVER A VIVIR. Las evidencias sobre este punto son cada vez más abundantes e incuestionables.

6-Lo mencionado en los párrafos anteriores —mucho mayor frecuencia de la PCR en adultos que en niños y la utilidad innegable de la RCP inicial y la Desfibrilación temprana—nos lleva a la conclusión de que todo sanitario debería conocer (y practicar) la RCP Básica en adultos y el uso del Desfibrilador Semiautomático (DESA o DEA), sin olvidar que incluso los Pediatras y Enfermeras Pediátricas es más fácil que se encuentren una PCR en adultos que en niños.

7-Técnicas como la Intubación endotraqueal o la aplicación de Adrenalina IM pueden SALVAR la VIDA en ciertas patologías. Sin embargo, en lo referente a la PCR y su tratamiento, tanto a nivel extra como intrahospitalario, sigue habiendo un amplio debate con mucha controversia y sin pruebas hasta ahora de que la intubación traqueal y la Adrenalina aporten un efecto positivo en el tratamiento de la PCR.

8-En cualquier actividad en Medicina son importantes el Estudio y la Reflexión, pero en temas básicamente mecánicos, como la RCP Básica, en la que hay que actuar con orden, rapidez y precisión, lo importante no es saber qué hay que hacer, sino saber hacerlo; es decir, se aprende haciendo y se repasa la práctica de manera periódica. Diciéndolo de forma esquemática y un tanto exagerada, “LA RCP BÁSICA NO SE ESTUDIA, SE PRACTICA”.

Concretando, ante una persona aparentemente inconsciente (y en general en el suelo):

1. Pedir ayuda y comprobar inconsciencia—si consciente, atención a la Intoxicación Alcohólica o por Drogas, Convulsión, Coma Diabético.
2. Si inconsciente, rápidamente Apertura de Vía Aérea (Maniobra Frente-Mentón). Valorar si respira, y simultáneamente comprobar pulso –Si respira, Posición Lateral de Seguridad.
3. En el caso raro de que no respire pero claramente tenga pulso (ahogamiento, drogas) sólo ventilar a 10/minuto.
4. Si no respira y no pulso, ni signos de vida, llamar a Emergencias, Iniciar 30 COMPRESIONES a un ritmo 100-120/minuto, seguidas de Apertura de Vía Aérea y 2 Ventilaciones (Boca a Boca o Mascarilla con Bolsa autoinflable, en este caso previa Cánula de Guedel), y continuar repitiendo la secuencia 30/2.
5. Cuando llegue el Desfibrilador o Equipo de Emergencias, colocar los parches y realizar Descarga si está indicada.
6. Continuar con las COMPRESIONES/VENTILACIONES durante un ciclo de 2 minutos, hasta que el Desfibrilador avise de un nuevo análisis de ritmo.
7. Se mantendrá la secuencia Análisis del Ritmo cardíaco-Descarga/no descarga - RCP 2 minutos, hasta que el paciente se recupere o llegue el Equipo de Emergencias.
8. Sin interrumpir la secuencia del punto 7 –que es lo prioritario- si hay medios y personal disponibles se puede valorar la intubación orotraqueal, e intentar coger una vía venosa o intraósea y administrar Adrenalina cada 2 ciclos. Pero recordar, mientras que la utilidad de la intubación, de la vía y de la adrenalina hoy por hoy se siguen debatiendo, tanto en la RCP Básica como en la avanzada, la necesidad de las compresiones torácicas no la discute nadie.

Luis Uribe, Pediatra Centro de Salud Abetxuko
10 de noviembre de 2015