

RCP Básica, Adultos y Niños

El 15 de noviembre de 2015 se publicaron las nuevas GUIAS de REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. Al igual que en 2005 y 2010, disponemos de unos amplios Documentos de CONSENSO : La Revisión General del ILCOR, las Guias americanas de la AH y las Guias 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 –muchísima 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, la necesidad de las compresiones torácicas no la discute nadie.

Antes de la Práctica de la RCP, podemos ver las Diapositivas.