



Reanimación del paro cardíaco extrahospitalario

R. Jouffroy, J.-P. Orsini, L. Lamhaut

El paro cardíaco o muerte súbita del adulto continúa siendo un problema importante de salud pública. En Francia, afecta a 40.000-50.000 personas por año. La tasa de supervivencia a la salida del hospital es baja; por ello, para mejorarla, nació en 1991 el concepto de «cadena de supervivencia»: alerta por el primer testigo, maniobras elementales de supervivencia, desfibrilación, reanimación especializada o avanzada y cuidados especializados posparo cardíaco. Las recomendaciones internacionales de 2011 insisten sobre la necesidad de formación del público en general. La definición de paro cardíaco se simplificó a partir de 2011: toda víctima inconsciente, que no respira o respira anormalmente, se debe considerar en paro cardíaco. Se pone el acento sobre la prioridad del masaje cardíaco externo (MCE), ya que el origen más frecuente del paro cardíaco en el adulto es cardíaco. La reanimación de base mediante las compresiones torácicas aisladas parece tan eficaz como el MCE asociado a la ventilación artificial en los primeros minutos siguientes a la aparición del paro cardíaco no traumático y no asfíctico. La precocidad de la desfibrilación tiene una influencia directa sobre la supervivencia de las personas en paro cardíaco, en fibrilación o en taquicardia ventricular. En caso de paro cardíaco ante un testigo y que se disponga de un desfibrilador externo automatizado (DEA), se debe administrar inmediatamente el choque; en este caso, no se recomienda realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP) antes del choque. Los desfibriladores recomendados son los de ondas bifásicas, con una energía administrada de entre 150 y 200 julios. Respecto a la reanimación especializada, la adrenalina sigue siendo el vasopresor de primera elección en el manejo del paro cardíaco. En las recomendaciones de 2011 se incluyó la importancia del tratamiento tras el retorno de la actividad cardíaca espontánea (RACE) y esto ya desde la fase prehospitalaria, con el objetivo de reducir las lesiones de isquemia-reperusión. La primera terapéutica tras el RACE es la hipotermia, a pesar de que recientemente se ha cuestionado su efecto beneficioso.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Paro cardíaco; Cadena de supervivencia; Desfibrilación; Adrenalina; Hipotermia terapéutica

Plan

<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción 2 ■ Formación en reanimación cardiopulmonar del público en general 2 ■ Reanimación cardiopulmonar básica 2 <ul style="list-style-type: none"> Identificación del paro cardíaco y alerta de los servicios de emergencias especializados 2 Reanimación cardiopulmonar 3 Desfibrilación 3 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reanimación cardiopulmonar medicalizada 4 <ul style="list-style-type: none"> Reanimación respiratoria 4 Reanimación circulatoria, dispositivos específicos y ecografía cardiotorácica 4 Desfibrilación 5 Vías de acceso vascular 5 Tratamientos farmacológicos y vectores 6
--	--

■ Estrategias terapéuticas	6
Ritmos que responden al choque: fibrilación ventricular, taquicardia ventricular	6
Ritmos que no reponden al choque: asistolia, actividad eléctrica sin pulso	7
Tratamiento de los trastornos del ritmo tras un paro cardíaco	7
Tratamiento de las causas reversibles de paro cardíaco	7
■ Hipotermia terapéutica tras un paro cardíaco	7
Pacientes elegibles para la hipotermia terapéutica	8
Modalidades prácticas de la hipotermia terapéutica	8
Cuándo es necesario instaurar la hipotermia terapéutica	9
Potenciales efectos deletéreos de la hipotermia terapéutica	9
■ Nuevas terapéuticas farmacológicas en curso de evaluación tras un paro cardíaco recuperado	9
Eritropoyetina	9
Ciclosporina	10
Sedación	10

■ Introducción

Las cardiopatías isquémicas representan la primera causa de muerte del mundo^[1]. En Europa, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente el 40% de las muertes antes de los 75 años^[2].

El paro cardíaco (PC) inesperado o muerte súbita del adulto continua siendo un problema importante de salud pública en los países industrializados y afecta a 40.000-50.000 personas por año en Francia, por ejemplo. El PC está en el origen de más del 60% de las muertes en los adultos con coronariopatía^[3]. La tasa de supervivencia a la salida del hospital es del 8,4%, con independencia del ritmo inicial, y del 22% en el subgrupo de pacientes en fibrilación ventricular (FV)^[4]. Entre el 25-30% de los pacientes presenta al inicio una FV; este porcentaje es más alto, cercano al 60%^[5], cuando el ritmo cardíaco se registra inmediatamente tras el colapso.

En el año 2010 se celebró el 50.º aniversario de la primera publicación médica que atestiguaba la supervivencia de un paciente en PC gracias a la realización de compresiones a tórax cerrado^[6]. A raíz de esta publicación se propusieron recomendaciones internacionales para el manejo de los paros cardíacos y de las situaciones que pueden conducir al paro cardíaco, que se actualizan regularmente. A partir de estas recomendaciones nació, en 1991, el concepto de «cadena de supervivencia», cuyos cuatro eslabones representan las diferentes etapas del manejo de un paciente en PC: alerta por el primer testigo, maniobras elementales de supervivencia (masaje cardíaco externo [MCE]), desfibrilación y reanimación especializada. Esta cadena de supervivencia se ha completado a partir de entonces con un quinto eslabón representado por la atención especializada tras el PC (Fig. 1). Si se acepta que la velocidad de la ejecución de la cadena de supervivencia es el factor clave de éxito para la reanimación cardiopulmonar (RCP), hay que tener en cuenta que la ausencia de un único eslabón elimina cualquier esperanza de éxito.

En 2005, el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que agrupa las sociedades científicas a las que incumbe el PC, estableció un consenso científico internacional^[7] que fue adoptado secundariamente por las sociedades científicas continentales, la American Heart Association (AHA) de los Estados Unidos y el European Resuscitation Council (ERC) en Europa^[8]. Las recomendaciones francesas, establecidas habitualmente en el año siguiente a la publicación de las recomendaciones internacionales, se reactualizaron durante el año 2011; las recomendaciones francesas preceden a las publicadas en 2006^[9].

■ Formación en reanimación cardiopulmonar del público en general

El énfasis está en la necesidad de formación del gran público. De hecho, el primer testigo, piedra angular del inicio del tratamiento del PC, constituye el primer eslabón de la cadena de supervivencia y, por lo tanto, su función es primordial. Lo ideal sería que todos los ciudadanos tuviesen algún conocimiento y formación para la RCP, lo que podría reducir su ansiedad, pánico, miedo a la enfermedad, no provocar lesiones en el paciente en PC y, por último, realizar una reanimación correcta. Se les debe enseñar todas las maniobras básicas de la RCP, incluida la formación en el uso del desfibrilador externo automatizado (DEA). No obstante, cuando la formación es limitada en el tiempo, ésta debería concentrarse sobre las compresiones torácicas aisladas; sólo en una segunda etapa, la formación debería incluir la realización combinada de la ventilación y las compresiones torácicas. Las personas no formadas o sin entrenamiento en RCP pueden proceder mediante compresiones torácicas aisladas, preferentemente con asistencia telefónica por el operador del servicio de emergencias solicitado en espera de la llegada del equipo especializado. Además, en el niño, los socorristas deberían utilizar la secuencia que se les haya enseñado, ya que se considera que el resultado es siempre peor que en ausencia de RCP. En Francia, la integración de una formación en las maniobras de primeros auxilios durante la jornada obligatoria de llamamiento a la defensa de los adultos jóvenes ha permitido aumentar significativamente el porcentaje de adultos con formación en primeros auxilios.

■ Reanimación cardiopulmonar básica

Identificación del paro cardíaco y alerta de los servicios de emergencias especializados

La RCP se debe iniciar lo más precozmente posible y se debe continuar con el mínimo posible de interrupción

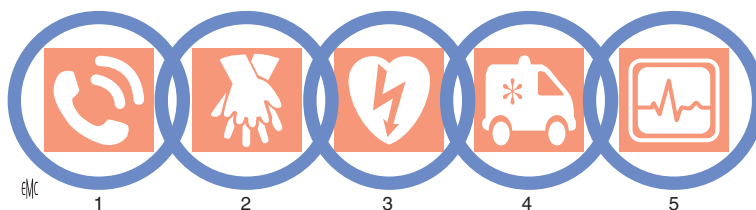


Figura 1. Cadena de supervivencia en el adulto (según^[10]). 1. Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema de urgencia prehospitalaria; 2. reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz que insiste en las compresiones torácicas; 3. desfibrilación precoz; 4. RCP avanzada o especializada; 5. atención tras el paro cardíaco.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756611>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756611>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)