



PUESTA AL DÍA EN MEDICINA INTENSIVA: NOVEDADES EN RESUCITACIÓN

Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática

J.B. López-Messa^{a,b,*}, P. Herrero-Ansola^{a,c}, J.L. Pérez-Vela^{a,d} y H. Martín-Hernández^{a,e}

^a Comité Directivo PNRCP (SEMICYUC)

^b Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España

^c Servicio de Urgencias Médicas, SUMMA 112, Madrid, España

^d Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^e Hospital Galdakao-Usansolo, Galdácano, Vizcaya, España

Recibido el 6 de marzo de 2011; aceptado el 10 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Parada cardíaca;
Resucitación;
Soporte vital básico;
Desfibrilación;
Operadores
telefónicos;
Acceso público

KEYWORDS

Cardiac arrest;
Resuscitation;
Basic life support;
Defibrillation;
Dispatcher;
Public access

Resumen Durante la resucitación, el soporte vital básico (SVB) y la desfibrilación externa automática hacen referencia a las maniobras de mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea, el apoyo de la respiración y de la circulación, sin el uso de otro equipo que un dispositivo de barrera, y el uso de un desfibrilador externo automático (DEA). Se presentan a continuación algunas de las novedades más importantes que incorporan las nuevas recomendaciones internacionales en resucitación de 2010. Se destacan los aspectos relacionados con la prevención y detección precoz de la parada cardíaca, el papel importante de los teleoperadores de los servicios de emergencias médicas, la importancia de la resucitación cardiopulmonar de alta calidad y de los programas de acceso público a la desfibrilación. Se presentan las secuencias de actuación y algoritmos de soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

News in basic life support and semi-automated external defibrillation

Abstract During resuscitation, basic life support (BLS) and automated external defibrillation refer to maneuvers designed to maintain airway patency and support breathing and circulation without equipment other than a barrier device and the use of an automated external defibrillator (AED). We present some of the most important developments incorporated to the new international recommendations for resuscitation 2010. Aspects related to prevention and early detection of cardiac arrest are highlighted, along with the important role of dispatchers of emergency medical services, the importance of high quality CPR and programs of public access defibrillation. We likewise describe sequences of action and basic life support algorithms, and semi-automated external defibrillation.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezme@saludcastillayleon.es (J.B. López-Messa).

Introducción

La muerte súbita cardíaca (MSC) afecta en Europa alrededor de 350.000-700.000 individuos por año, y de un 25 a un 30% de las víctimas presentan una fibrilación ventricular (FV) como ritmo inicial. Probablemente muchas más víctimas tengan ritmos desfibrilables en el momento de la parada cardíaca, pero en muchas ocasiones cuando los equipos de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) monitorizan el electrocardiograma (ECG), el ritmo se ha deteriorado hacia asistolia. Si el ritmo se registra justo después de la parada, la proporción de víctimas en FV sería de un 59 a un 65%. El tratamiento para la parada cardíaca por FV es la resucitación cardiopulmonar (RCP) inmediata por testigos (compresiones torácicas combinadas con respiraciones de rescate) y la desfibrilación precoz.

La mayoría de las paradas cardíacas de origen no cardíaco se deben a causas respiratorias como el ahogamiento, sobre todo en niños, y la asfixia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en muchas partes del mundo el ahogamiento es una causa principal de muerte (http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/drowning/en/), por lo que las respiraciones de rescate son, tal vez, más determinantes para la reanimación de las víctimas.

En la mayoría de las comunidades, el retraso hasta la llegada al lugar de la parada de los SEM es de 8 min, y hasta 11 min el tiempo hasta la primera descarga del desfibrilador. La supervivencia de la víctima dependerá, por tanto, de que los testigos inicien el SVB y usen un DEA para la desfibrilación si disponen de él.

Las conclusiones de la última conferencia de consenso internacional del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) celebrada en Dallas en febrero de 2010 y sus conclusiones, publicadas en octubre, constituyen las Guías 2010 para la reanimación. Se presentan a continuación los aspectos más destacados del SVB y la DEA, así como las novedades que, surgidas de esa conferencia, ha publicado el European Resuscitation Council (ERC).

La cadena de supervivencia

Las acciones que conectan a la víctima de una parada cardíaca súbita con su supervivencia se denominan cadena de supervivencia. La cadena de supervivencia resume los pasos vitales necesarios para llevar a cabo una reanimación con éxito. Estas acciones incluyen el reconocimiento precoz de

la situación de urgencia y la activación de los SEM, la RCP precoz, la desfibrilación precoz y el soporte vital avanzado (SVA), junto a los cuidados tras la reanimación si la víctima se recupera de la parada cardíaca.

La importancia de reconocer la situación crítica y/o el ataque cardíaco y de evitar la parada cardíaca, así como la atención posterior a la resucitación, queda resaltada mediante la inclusión de estos elementos en la cadena de supervivencia de cuatro eslabones.

El primer eslabón indica la importancia de reconocer a los pacientes con riesgo de parada cardíaca y pedir ayuda con la esperanza de que una atención rápida pueda evitar la parada. Los eslabones centrales de esta cadena definen la integración de la RCP y la desfibrilación como los componentes fundamentales de la resucitación precoz en el intento de reestablecer la vida. El eslabón final, soporte vital avanzado y el tratamiento efectivo posterior a la resucitación, se centra en la conservación de las funciones vitales, en especial del corazón y el cerebro.

Descripción de los eslabones de la cadena de supervivencia (figura 1):

1. El primer eslabón es, como ya se ha mencionado, la llamada de alerta al SEM tras el reconocimiento de la situación de parada. Hay un número único para toda Europa, es el 112. El alertante deberá identificarse, decir con claridad lo que le ocurre al paciente, el lugar concreto donde se encuentra y si va a iniciar maniobras de RCP. Deberá seguir las indicaciones que le dé el teleoperador y siempre será el último en colgar el teléfono.
2. El segundo eslabón es la RCP básica realizada por los testigos presenciales de la parada. Una RCP de alta calidad puede duplicar e incluso triplicar la supervivencia.
3. El tercer eslabón es la desfibrilación que deberá ser lo más precoz posible. La desfibrilación es un eslabón clave en la cadena de supervivencia y es una de las pocas intervenciones que se ha demostrado que mejoran el resultado de las paradas cardíacas con FV. Dado que la efectividad de las descargas disminuye rápidamente con el paso del tiempo, la desfibrilación debería poder efectuarse antes de la llegada del SEM, cuyo tiempo de respuesta es, por término medio, no inferior a 8-10 min. Los DEA son seguros y efectivos cuando los utilizan personas legas. Por lo tanto, lo ideal sería que el primer interviniente, testigo presencial, voluntario entrenado, bombero, policía, etc., fuera capaz de utilizar un DEA y que este estuviera disponible en los primeros 3-5 min de



Figura 1 Cadena de supervivencia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113066>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113066>

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