

ACTUALIZACIÓN DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS: RECOMENDACIONES 2015

UPDATE IN BASIC LIFE SUPPORT IN ADULTS: 2015 GUIDELINES

AUTORES:

Santiago Martínez-Isasi (1,2)

(1) Facultad Enfermería y Podología. Universidade da Coruña

(2) Grupo Cardiopatías Familiares. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas.(3)

Dirección para correspondencia:

Santiago Martínez Isasi. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas. E-mail: smtzisasi@gmail.com

REFERENCIA:

Martínez Isasi, S. Actualización del Soporte Vital Básico en adultos: recomendaciones 2015. *Tiempos de Enfermería y salud*. 2017; 44 - 48

RESUMEN

Las nuevas recomendaciones publicadas por el Consejo Europeo de Resucitación aportan nueva evidencia y actualizan las guías de soporte vital básico y resucitación cardiopulmonar. En general no se han producido grandes cambios tanto en el soporte vital básico como en las técnicas de resucitación cardiopulmonar.

La secuencia de la Resucitación cardiopulmonar para personal formado, se ha simplificado los primeros pasos de la secuencia, agrupándolos para minimizar el tiempo de respuesta desde la identificación hasta la activación de los servicios de emergencia médicos y la descarga efectiva en el caso de ser necesaria

Para aumentar la supervivencia es necesario mejorar las tasas de resucitación cardiopulmonar por testigos, aumentar la disponibilidad de desfibriladores y la realización de la resucitación cardiopulmonar sea precoz y de calidad. Para aumentar el número de personas que inician maniobras se insta a los operadores de los Servicios de emergencia médicos a fomentar la resucitación cardiopulmonar telefónica. Deben de ser entrenados en identificación de la parada cardiaca, localizar al rescatador y buscar desfibriladores semiautomáticos próximos.

La formación en habilidades y conocimiento de la RCP se debe iniciar en los colegios, adaptando la metodología y la duración a las características de la población.

Palabras clave Guías prácticas, Resucitación cardiopulmonar, Adultos, Europa

ABSTRACT

The new recommendations published by the European Resuscitation Council provide new evidence and the update of the guidelines of vital support and cardiopulmonary resuscitation . The recommendations have not been produced big changes in basic life support and basic cardiopulmonary resuscitation.

The sequence of cardiopulmonary resuscitation for training rescuer, the first steps of the sequence have been simplified, joining up them to minimize the response time from the identification to the activation time of the emergency medical services and the effective shock in case it is necessary

To increase survival, it is necessary to improve the rates of cardiopulmonary resuscitation by bystander, to increase the availability of automated external defibrillation and to perform early and quality cardiopulmonary resuscitation. To increase the number of bystanders who initiate cardiopulmonary resuscitation, emergency medical dispatcher are encouraged to promote telephone cardiopulmonary resuscitation. They must be trained in cardiac arrest identification, to locate the bystander, and look for nearby automated external defibrillation.

The Training in skills and knowledge of cardiopulmonary resuscitation should be initiated in schools, adapting the methodology and duration to the characteristics of the population

Key words Practice Guidelines, Cardiopulmonary Resuscitation, Adult, Europe.

INTRODUCCIÓN

El consejo Europeo de Resucitación publicó el 15 de octubre del 2015 las nuevas recomendaciones de soporte vital básico y resucitación cardiopulmonar. En general no se han producido grandes cambios sobre las recomendaciones del 2015, motivado por falta de estudios validados que lo justificasen o por la inexistencia de nuevas evidencias.

Las nuevas recomendaciones en soporte vital básico (SVB) y resucitación cardiopulmonar (RCP) enfatizan la importancia de reconocer la parada cardíaca, activar los sistemas de emergencia y realizar RCP de calidad en espera de un desfibrilador semiautomático (DESA) y la llegada del personal especializado.

La Reanimación Cardiopulmonar básica (RCP-B) y de calidad por los testigos del evento es la piedra angular en la supervivencia de las paradas cardíacas extrahospitalarias. Por ello, el Consejo Europeo de Resucitación (ERC), en sus recomendaciones, apremia a entrenar a toda la población con la finalidad de ofrecer una respuesta rápida y eficaz que mejore la supervivencia de la PCR fuera del ámbito hospitalario. La RCP precoz realizada por un testigo puede duplicar o triplicar las posibilidades de supervivencia de las víctimas de una parada cardíaca. A pesar de ello, en los países desarrollados, en menos del 25-30% de las paradas cardiorrespiratorias presenciadas, los testigos inician maniobras de RCP.

Las nuevas recomendaciones incluyen una sección nueva de Primeros auxilios (1), y aportan nuevas evidencias y contenidos en todas las secciones destacando soporte vital en entornos especiales (2), pacientes especiales (2), principios de formación en resucitación (3) y ética de la resucitación y decisiones al final de la vida (4) por su influencia en la RCP-Básica (RCP-B).

Este artículo analiza los cambios en las nuevas recomendaciones del ERC en soporte vital básico (SVB) y RCP-B en adultos (2).

CADENA DE SUPERVIVENCIA

La cadena de supervivencia es la secuencia de acciones que se producen y se conectan para llevar una reanimación exitosa. Incluye 4 eslabones: el reconocimiento precoz de la situación de urgencia y la activación de los Sistemas de Emergencias médicos (SEM), la RCP precoz, la desfibrilación precoz y el soporte vital avanzado y, en el caso de ser la reanimación exitosa, los cuidados tras la reanimación.



Figura 1. Cadena de supervivencia (2)

Los eslabones de la cadena de supervivencia (Figura 1) se describen a continuación:

- (1) Reconocimiento y prevención de la situación de la parada cardiorrespiratoria (PCR). La identificación del origen de la PCR o la identificación temprana de la PCR mejora la supervivencia. Es importante identificar y enseñar que la respiración agónica es una respiración ineficaz y se debe realizar RCP.
- (2) RCP realizada por testigos. Los testigos únicamente realizan RCP en el 20-25% de las PCR extrahospitalarias. Realizar la RCP de manera temprana puede duplicar o triplicar la supervivencia.
- (3) Desfibrilación temprana. La disponibilidad de Desfibriladores semiautomáticos de acceso público para reducir el tiempo desde que se produce el colapso (inferior a 5 minutos) puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50-70%, ya que la fibrilación ventricular (FV) está presente en el 25-76% de las PCR.
- (4) SVA y cuidados postreanimación.

RCP ASISTIDA POR TELÉFONO

Se remarca, por primera vez, el papel del operador del SEM en la RCP precoz por testigos no formados.

Las recomendaciones inciden en la importancia del operador del SEM como miembro activo en la identificación de la PCR, localización y disponibilidad de un DESA. Para ello, los operadores deben recibir información adicional y específica en identificación de la PCR y se instruye en la RCP asistida por teléfono (RCP telefónica), en donde los operadores telefónicos deben proporcionar instrucciones de RCP telefónica en todos los casos de sospecha de parada cardíaca a ciudadanos sin formación.

Los resultados de la RCP telefónica son buenos ya que, han mejorado las tasas de RCP por testigos, han reducido el tiempo de inicio de la RCP, han aumentado el número de compresiones torácicas realizadas y han mejorado los resultados del paciente tras una parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) en todos los grupos de pacientes

SECUENCIA SVB EN ADULTOS

En la figura 2 se muestra la secuencia de SVB para reanimadores formados. En un primer momento debe de garantizar la seguridad del reanimador, la víctima y el testigo. Se simplifica y agrupa el primer paso de la secuencia, valorar respuesta a estímulos, apertura de la vía aérea, comprobación de la respiración y se elimina pedir ayuda. La razón es la de simplificar los pasos y minimizar el tiempo desde que se identifica la muerte súbita y se activan los sistemas de emergencia (SEM). La llamada al SEM se puede realizar simultáneamente a los pasos anteriores y se realiza una vez verificado que el paciente no responde a estímulos ni respira. Sí el rescatador está sólo, se activará la función manos libres y mientras llama iniciará las maniobras de reanimación; en el caso de estar acompañado, la otra persona llamará al 112.

Si es posible y se conoce la existencia de un DEA cerca o el operador informa de la ubicación, se debe de mandar a alguien a buscarlo. Si está solo no abandone a la víctima y comience la RCP.

Se insiste en las compresiones de calidad como objetivo fundamental, para ello establece:

- Colocar al paciente sobre una superficie dura
- Colocar el talón de la mano en el centro del pecho. Se entrelazan las manos colocando una sobre la otra, de manera que la superior eleva a la inferior para hacer presión con el talón de mano únicamente y así no presionar las costillas. Los brazos deben de estar rectos y las manos en la misma vertical que los hombros.
- La frecuencia compresiones será de 100-120 compresiones por minuto
- La compresión tiene que tener una profundidad de aproximadamente 5 cm y no más de 6 cm.
- Permitir reexpansión completa del tórax
- Minimizar las interrupciones.

Después de dar 30 compresiones, es necesario volver a abrir la vía aérea con la maniobra frente-mentón, pinzando la nariz, sellando la boca del reanimador a la del paciente y dar 2 ventilaciones. El volumen corriente debe de ser aproximadamente 500 a 600 ml de aire, el necesario para hacer que el tórax se eleve de forma visible, durando alrededor de 1sg y evitado que las ventilaciones excedan de 10s.

La relación compresión ventilación será de 30:2. Las recomendación nos dan la opción, con un nivel de evidencia muy bajo, que en PCR de origen cardíaco podría ser similar a la RCP sólo manos, pero los rescatadores formados y con capacidad para realizar ventilaciones deberían realizarlas; sobre todo cuando la PCR sea en niños, de origen asfíctico o se demore la llegada de los SEM, por el beneficio adicional que supone.

En el caso de disponer de DEA, se seguirán las instrucciones del aparato. Es fundamental no demorar la desfibrilación y continuar la RCP mientras se coloca el aparato y no se indica la descarga. Únicamente se para la RCP para el análisis y durante la desfibrilación. Una vez el aparato descarga, se iniciará inmediatamente la RCP durante 2 minutos, pasado ese tiempo, el DESA procederá a la reevaluación del ritmo del paciente.

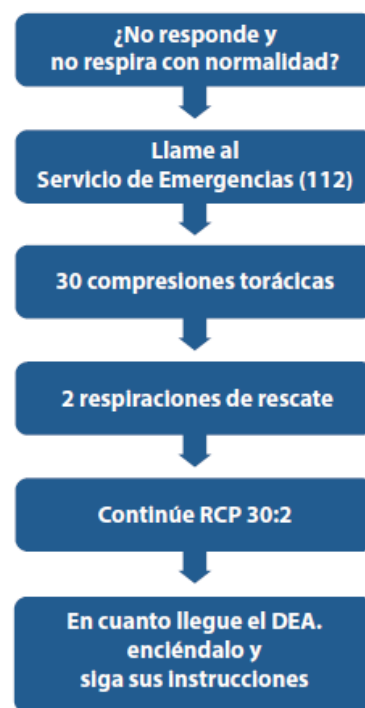


Figura 2. secuencia de SVB

La RCP se continuará hasta que los rescatadores estén exhaustos o llegue personal cualificado.

El personal sanitario debe considerar no iniciar la RCP o finalizarla en niños y adultos cuando:

- No se pueda garantizar la seguridad del reanimador;
- Exista una lesión mortal evidente o muerte irreversible;
- Se disponga de una voluntad anticipada válida;
- Exista otra evidencia convincente de que iniciar o continuar la RCP estaría en contra de los valores y preferencias del paciente o sea considerada fútil;
- Exista asistolia de más de 20 minutos a pesar de SVA continuado, en ausencia de una causa reversible
- Tras interrumpir la RCP, debería considerarse la posibilidad de soporte continuado de la circulación y traslado a un centro especializado con la perspectiva de donación de órganos.

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (atragantamiento)

Las intervenciones tempranas sobre la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) pueden salvar vidas, ya que en los primeros momentos las víctimas están conscientes y responden. Son poco frecuentes pero es una muerte evitable si es tratada.

No se producen cambios respecto a las recomendaciones del ERC 2010.

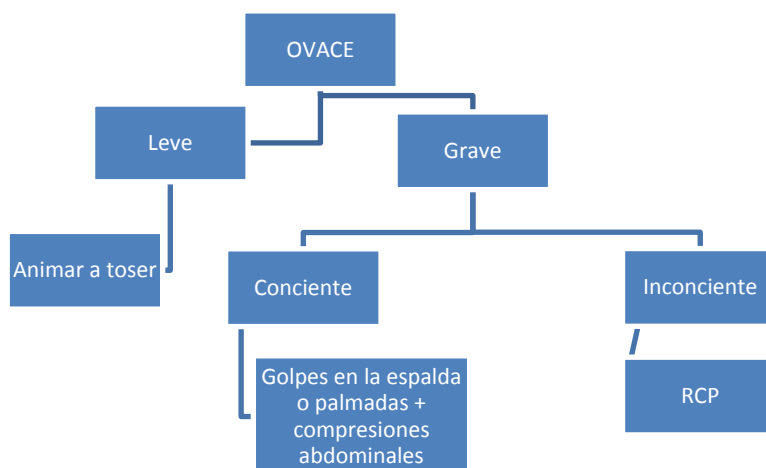


Figura 3. Actuación ante la obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño. Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

Las nuevas guías nos aportan las novedades en el conocimiento de estos últimos 5 años.

Se insiste en entrenar y formar a toda la población en técnicas de resucitación cardiopulmonar y a los operadores de los SEM para que identifiquen y fomenten la RCP telefónica a testigos no formados.

El aumento de las tasas de supervivencia pasa por aumentar el número RCP realizadas por testigos y la realización de compresiones de calidad. Por ello, es importante formar a la población desde los colegios, refrescando los conocimientos periódicamente y adaptando la metodología y la duración a las necesidades de las personas que reciben el curso. Otro aspecto fundamental es la labor del operador telefónico que favorece el inicio precoz de maniobras de resucitación a personal no formado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zideman DA, De Buck EDJ, Singletary EM, Cassan P, Chalkias AF, Evans TR, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 9. First aid. Resuscitation. 2015;95.
2. Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, Castrén M, Smyth MA, Olasveengen T, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. Resuscitation. 2015;95:81–99.
3. Greif R, Lockey AS, Conaghan P, Lippert A, De Vries W, Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 10. Education and implementation of resuscitation. Resuscitation. 2015;95:288–301.
4. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation. 2015;95:302–11.