

# URGENCIAS: CÓMO RESOLVER SITUACIONES CRÍTICAS

Coordinadores:

Mercedes Otero Cacabelos y Moisés Robledo del Corro

Médicos generales y de familia

Docentes:

José Francisco Llave Gamero, Mónica Patricia López Fonticiella,

Marta Martínez del Valle y Diego Agustín Vargas Ortega

Médicos generales y de familia

La cardiopatía isquémica constituye la principal causa de muerte en el mundo. Un reciente estudio llevado a cabo en Europa indica que la incidencia anual de parada cardíaca extrahospitalaria, asistida por los servicios de emergencias médicas, es de 38 por 100.000 habitantes. Esto indica que estamos ante un problema de salud de gran magnitud. El diagnóstico y la rapidez con que se administra el tratamiento, sobre todo en lo referente a terapias eléctricas, influye de forma decisiva en la supervivencia y en la calidad de vida de nuestros pacientes.

El Comité de Unificación Internacional en Resucitación (ILCOR) celebró en Dallas, en febrero de 2010, la Conferencia Internacional de Consenso y las conclusiones y recomendaciones publicadas constituyen la base de las nuevas Guías de ERC (Consejo Europeo de Resucitación) en Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada.

Por todo ello resulta importante realizar una actualización en esta materia. Con tal fin, proponemos los talleres que conforman este curso precongresual.

Los talleres tendrán una duración de una hora cada uno y tratan de ser eminentemente prácticos, con simulaciones de casos que se nos pueden presentar en

el día a día de nuestra consulta. Se realizará un breve repaso teórico de las últimas recomendaciones del 2010 en reanimación cardiopulmonar básica, avanzada y en el manejo del desfibrilador semiautomático. Y, a continuación, se llevarán a cabo supuestos prácticos mediante casos clínicos.

## IMPORTANCIA DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

Se estima que, cada año, en España se producen más de 60.000 infartos agudos de miocardio (IAM). Se ha calculado que fallecen antes de tener la posibilidad de recibir una asistencia cualificada alrededor de 16.000 pacientes (las 2/3 partes de la mortalidad del IAM). La mayor parte de estas son debidas a fibrilación ventricular (FV) y no siempre la aparición de esta arritmia tiene relación con la extensión del infarto y por tanto con su pronóstico a largo plazo (serían corazones demasiado sanos para morir).

El funcionamiento de la "CADENA DE SOCORRO O DE SUPERVIVENCIA" es esencial para la atención adecuada a la parada cardíaca, lográndose tasas de supervivencia muy significativas en una situación tan

dramática como es la parada cardiorespiratoria (PCR). Se compone de unos eslabones enlazados secuencialmente. "La cadena es tan frágil como lo sea su eslabón más débil". Los eslabones fundamentales de esta cadena de supervivencia son:

**1.-El rápido acceso** a un sistema integral de emergencias (SIE): la cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos del IAM y de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE. Estos conocimientos se aportan en los cursos de Soporte Vital Básico (SVB). Se simboliza mediante un teléfono.

**2.- La RCP básica precoz:** la iniciación de medidas de RCP deben comenzar lo antes posible tras la parada cardíaca. La RCP básica sustituye, de forma precaria, las funciones vitales, pero permite ganar algunos minutos, para que así pueda aplicarse el tratamiento definitivo con mayores posibilidades de éxito. Multitud de estudios han demostrado cómo las tasas de supervivencia de las paradas cardíacas descienden si la RCP básica no es iniciada por los testigos antes de la llegada de los equipos profesionalizados.

**3.- La desfibrilación precoz:** es la actuación que de forma aislada determina más decisivamente el pronóstico en el tratamiento de las fibrilaciones ventriculares. Se logran los mejores resultados cuando es posible efectuar la primera desfibrilación antes de 90 segundos o al menos antes de 6 minutos. Para lograr una desfibrilación precoz, las Asociaciones Internacionales (AHA y ERC) preconizan que el personal de emergencias, y no únicamente los médicos, puedan disponer de un desfibrilador; para ello deben estar formados en su uso. Los modernos desfibriladores automáticos o semiautomáticos han simplificado el aprendizaje y su utilización, hasta el punto que están proliferando y se están ubicando equipos en espacios públicos y en algunas regiones europeas se ha dotado a todas

las ambulancias asistenciales de desfibriladores semiautomáticos.

**4.- El soporte vital avanzado:** indica la necesidad de completar la estabilización de las funciones vitales y la actuación sobre la causa desencadenante. Los resultados logrados con carácter inmediato con la desfibrilación precoz se consolidan cuando se asocia antes de 10 minutos el conjunto de técnicas de soporte vital avanzado (SVA). El grupo Larsen, Eisenberg y Cumming comprobaron que en las paradas cardíacas extrahospitalarias por FV la supervivencia era de un 67% si se aplicaban inmediatamente la RCP básica, la desfibrilación y el soporte avanzado, descendiendo significativamente por cada minuto de retraso en realizar estas técnicas. Las probabilidades de supervivencia disminuyen a un ritmo de un 5,5% por minuto si no se realizan ninguna de estas medidas. Los cuidados Intensivos hospitalarios se deben aplicar a todo paciente superviviente de una PCR. El ingreso en UCI debe efectuarse directamente para evitar los riesgos que representan los retrasos que se producen con frecuencia en las áreas de admisión de urgencias.

Las técnicas de RCP básica, desfibrilación y RCP avanzadas son sencillas y pueden aprenderse mediante cursos reglados y periódicos de corta duración. Es necesario que éstos sean eminentemente prácticos para adquirir los hábitos manuales necesarios para la realización de estas maniobras. Las técnicas de RCP Avanzada no pueden ser monopolio de unos pocos médicos especialistas, sino práctica común de todos los profesionales sanitarios titulados. La experiencia acumulada por la SEMIUC y otras sociedades como la SEMG, con el Plan Nacional de Resucitación, coincide con la experiencia internacional en el sentido de que pueden aprenderse con facilidad. Con este aprendizaje se hace un servicio a la salud pública y se evita que un médico precise de otro en la situación más dramática en que puede encontrarse y donde tiene escasos minutos para poder actuar con eficacia. Además, así se evitan los problemas éticos y legales que puede conllevar una actitud de omisión.