

RCP EXTRAHOSPITALARIA EFECTIVA: CASO

CLÍNICO

AUTORÍA

Cerrato Sáez, Patricia*

Alonso Ferradal, Verónica**

* Enfermera SVA, Gerencia Emergencias Sanitarias. Sacyl.

** Enfermera Valladolid. Gerencia Regional de Salud.

RESUMEN

La prioridad asistencial de los Servicios de Emergencias Extrahospitalarios se centra en la atención a todas aquellas situaciones en las que existe compromiso vital. La parada cardio-respiratoria (PCR) es una de esas situaciones donde se produce el cese de las funciones vitales. Situación en la que la correcta planificación de la asistencia es fundamental para conseguir que la persona pueda sobrevivir a dicho evento recuperando una vida activa y de calidad.

PALABRAS CLAVE

Parada cardio-respiratoria (PCR), reanimación cardio-pulmonar (RCP), desfibrilación, supervivencia.

TITLE

Effective CPR: clinical case.

ABSTRACT

Emergency Medical Services (EMS) main purpose is to deal with every vital commitment situations. Cardiorespiratory Arrest means the cardiac and breathing process stop. In this situation the proper planned treatment is the key to achieve succesful survival rates.

KEYWORDS

Cardiorespiratory Arrest, Cardio-Pulmonar Reanimation (CPR), desfibrillation, survival.

INTRODUCCIÓN

La situación de Parada Cardio- Respiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la respiración y circulación espontáneas, en un individuo cuya situación previa no hacia esperar en ese momento un desenlace mortal. Se caracteriza por:

- Pérdida de conciencia.
- Ausencia de respiración espontánea.
- Ausencia de circulación espontánea.
- Los ritmos cardíacos que se detectan en el monitor de un paciente en PCR son:
 - Fibrilación ventricular (FV).
 - Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP).
 - Actividad eléctrica sin pulso (AESP).
 - Asistolia.

Las arritmias más frecuentemente detectadas de estos episodios en los individuos adultos son la fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), siendo la desfibrilación su tratamiento más eficaz en el caso de PCR presenciada. Pudiéndose usar dos tipos de monitores-desfibriladores. Uno denominado monofásico, que descargan una corriente unipolar, es decir una sola dirección del flujo de corriente, la cantidad recomendada es de 360 julios. Otros dispositivos denominados bifásicos, que descargan corriente que fluye en una dirección positiva durante un tiempo determinado antes de revertirse y fluir en dirección negativa. Son más eficaces. Aplicando una descarga inicial de 200julios y de 150-360 julios en sucesivas.

OBJETIVO

Objetivo general: Conseguir los mejores resultados en tasas de supervivencia.

Cadena de supervivencia



Objetivo específico. Destacar y detallar la asistencia y cuidados precoces del paciente que sufre una parada cardio-respiratoria a propósito de un caso clínico cuyo

resultado final se traduce en una recuperación al estado basal.

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Varón de 70 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con un antihipertensivo, atendido en su domicilio por el Servicio de Emergencias Extrahospitalario de Sacyl de la ciudad de Ávila constituido por un médico, un enfermero y dos técnicos en transporte sanitario, tras llamada al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) 112 por parte de su esposa por encontrarle en la cama del dormitorio sin responder a ningún estímulo ni respirar. Hora de activación del recurso asistencial: 00:39h.



A continuación, se procede con las compresiones centro torácicas durante dos minutos. Durante ese tiempo se obtiene aislamiento de la vía aérea con intubación orotraqueal, tubo nº 7,5 para proceder a ventilación con presión positiva consiguiéndose una saturación de oxígeno del 100% y una capnografía de 40 mmHg. Además de una vía venosa periférica con abocath nº 18 en MMSS izquierdo de la que se obtiene una glucemia de 120mg/dl, con el objetivo de administrar fluidoterapia, 500ml de solución salina,

monitorizándose una Tensión Arterial inicial de 80/30 mmHg. Pasando a ser de 110/60 mmHg a los 15 minutos.

Se procede al segundo choque de desfibrilación con 200 julios (monitor bifásico) por mantener el ritmo de fibrilación ventricular.

Tras dos minutos de masaje cardíaco y ventilación se confirma un cambio en el ritmo cardíaco pasando a asistolia. Inmediatamente se administra una ampolla de 1mg/1ml de adrenalina.



Tras dos minutos se observa nuevamente cambio del ritmo cardíaco, en esta ocasión se monitoriza ritmo idioventricular con pulso periférico positivo. Por lo que se administra Amiodarona 300mg/6ml (2 ampollas) diluido

en 100ml de suero glucosado al 5% IV a pasar en 20 minutos.



Finalizada la administración de Amiodarona se procede a la sedo-relajación del paciente debido a nueva modificación del ritmo cardíaco, observándose ritmo de fibriloflutter, e intento de respiración espontánea por parte del paciente, por lo que se administra 10mg de Dormicum y 100mg de Succinilcolina IV.

Se procede a la inmovilización con tablero espinal y araña del paciente para iniciar el traslado desde el domicilio (piso 3º sin ascensor) a la ambulancia y posteriormente al centro hospitalario. Inicio del traslado: 01:31h. A los 20 minutos de la primera dosis de sedo-relajación se administra 7mg de Dormicum y 50 mg de Rocuronio IV

con el objetivo de mantener la sedo-relajación hasta llegada al centro especializado. Hora de llegada al centro hospitalario: 01:38h.

El paciente es ingresado en Unidad de Cuidados Intensivos. Tras la realización de cateterismo, se decide la colocación de un DAI (desfibrilador automático implantable).

CONCLUSIÓN

La muerte súbita en personas adultas tiene un origen cardíaco en el 90% de los casos, caracterizándose

por ser un evento súbito, inesperado y potencialmente reversible. El inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar de forma precoz resultan claves para la supervivencia del paciente, ".....cada minuto de retraso disminuye entre un 8 y 10 % las posibilidades de supervivencia..." Fernández Lozano. Así pues, los equipos de emergencias deben estar entrenados en una correcta planificación y manejo de técnicas, maniobras y fármacos con el objetivo de conseguir resultados de calidad efectivos en reanimación cardiopulmonar.

BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez Murillo L. y Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 4ª ed. Barcelona: editorial Elsevier; 2010.
2. Guías para la resucitación del consejo europeo de resucitación (ERC). 2010.
3. I. Fernández Lozano. Cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP disminuye has un 10% la supervivencia. VIII Reunión anual de la sección de electrofisiología y arritmias de la Sociedad Española de Cardiología. 2009.
4. AMLS, Soporte Vital Avanzado.1ª ed. Barcelona: editorial Elsevier; 2011.
5. Servicio de salud de Castilla y León (SACYL) Manual de actuación clínica en las unidades medicalizadas de emergencias. Editado por Sacyl.2007.
6. Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL. Guía farmacoterapéutica de urgencias. Edita Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.
7. Ladwig KH1, Schoefinius A, Danner R, Gürtler R, Herman R, Koeppl A, Hauber P. Effects of early defibrillation by ambulance personnel on short- and long-term outcome of cardiac arrest survival: the Munich experiment. Chest. 1997 Dec;112(6):1584-91.
8. Cummins RO. Emergency medical services and sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. Annu Rev Public Health. 1993;14:313-33