

RCP BÁSICO: EVALUACIÓN INICIAL Y REANIMACIÓN

EVALUACIÓN INICIAL

Con este proceso de exploración, buscamos identificar perfectamente qué le ha ocurrido a una víctima de cualquier incidente.

SIEMPRE DIVIDIMOS LA EVALUACIÓN EN DOS FASES:

Valoración primaria.

Valoración secundaria.

No obstante, también es muy importante la previa evaluación del entorno y el primer contacto con la víctima.

EVALUACIÓN DEL ENTORNO

Al llegar al lugar del incidente, antes de acceder a las posibles víctimas, es conveniente emplear unos instantes en realizar una inspección visual del accidente y de los alrededores en busca de otros riesgos que puedan poner en peligro nuestra propia vida.

Es fundamental establecer las medidas de autoprotección necesarias, incluido el uso de guantes para la prevención de posibles contagios. Sin entretenerse excesivamente preguntar a testigos, acompañantes, familiares y a la propia víctima sobre lo ocurrido. Además, al conocer el tipo de accidente sufrido, podremos saber con bastante aproximación el tipo de lesiones que se han podido producir en la víctima.

Si se trata de un accidente de tráfico, preguntaremos a las víctimas conscientes sobre el número de acompañantes y sus nombres para conocer el estado de orientación o conmoción en que se encuentran y, además, establecer una relación y si procede, buscaremos otras posibles víctimas en el interior del maletero del vehículo o por los alrededores.

Observar si existe derrame de líquidos inflamables, materias tóxicas o corrosivas en las ropas de la víctima, objetos cortantes o punzantes que pueden herirnos. Todo servirá para dar una asistencia eficaz.

No olvidar que existen personas que no pueden vernos, oírnos o hablarnos (ciegos, sordos, mudos, disminuidos, etc.) o, simplemente, que no entienden nuestro idioma. En estos casos, tratar de expresar lo necesario mediante gestos con las manos.

En todo paciente inconsciente sin respiración normal se ha de iniciar la RCP, habiendo alertado previamente a los servicios de emergencias del estado.

VALORACIÓN PRIMARIA Y RCP

Consiste en la exploración de las constantes vitales con el único fin de detectar su presencia, sin entretenernos en cuantificar.

SE REALIZARÁ SIEMPRE DE MANERA RÁPIDA Y SISTEMÁTICA, SIGUIENDO ESTOS PASOS:

Conciencia: para evaluar la conciencia, se preguntará a la víctima si nos escucha y cómo se encuentra, a la vez que sacudimos ligeramente sus hombros o la pellizcamos en la cara (AVDN). No solo buscaremos que el paciente nos dé una respuesta verbal, sino que también esperaremos posibles movimientos de defensa ante los pellizcos, como la apertura o cierre de ojos, la retirada de la cara o manos, etc. Si la víctima responde, pasaremos a realizar la valoración secundaria; si, por el contrario, no percibimos ninguna respuesta, consideraremos a la víctima inconsciente, avisaremos a emergencias y pasaremos a prepararnos para la evaluación de la respiración. Una persona inconsciente como consecuencia de un golpe (traumatismo) siempre se la supondrá y tratará como si tuviera lesión en la columna vertebral, tratando y movilizando el eje cabeza, cuello y tronco como un bloque.

Preparación: nos colocaremos a la altura de los hombros, quitaremos la ropa que nos moleste del pecho de la víctima (¡atención con los sujetadores que tienen aros

metálicos!); aflojaremos corbata y cinturón, retiramos cadenas o collares y colocaremos a la víctima tumbada sobre un plano duro en decúbito supino (boca arriba) con los brazos a lo largo del cuerpo.

Respiración: la evaluaremos acercando un lateral de nuestra cara a la boca y nariz de la víctima mientras que miramos su pecho y abdomen. Buscamos oír y/o sentir en nuestra mejilla la entrada y salida del aire de la víctima, a la vez que nos permite ver y observar el movimiento respiratorio del tórax y abdomen.

Si la respiración existe, giraremos su cabeza hacia un lado y pasaremos a realizar la valoración secundaria; si, por el contrario, la respiración no está presente, realizaremos el boca a boca y, a continuación, valoraremos el pulso.

El boca a boca consiste en introducir en los pulmones de la víctima el aire contenido en nuestra boca, faringe, laringe, tráquea y bronquios antes de que quede viciado por nuestra propia respiración; es decir, el aire que aún no ha sufrido el total intercambio gaseoso en nuestros pulmones.

RECOMENDACIONES DE LA SEMICYUC (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS) RESPECTO A LAS VENTILACIONES EN RCP:

Cada respiración artificial de rescate debe durar 1 segundo. Evitar darlas demasiado largas o con demasiada fuerza.

Cada respiración artificial debe hacer que el pecho se eleve visiblemente.

MASAJE CARDÍACO

Consiste en comprimir el corazón entre el esternón y la columna vertebral, cargando nuestro peso sobre el tercio inferior del esternón de la víctima.

En la zona central del pecho, chocaremos con la punta cartilaginosa del esternón (apófisis xifoides); en este punto, pondremos 2 o 3 dedos de la otra mano en dirección a la cabeza y, en este nuevo punto, colocaremos el talón de la primera mano.

Esta es la zona donde realizaremos las compresiones, quedando completamente desnuda, especialmente si existen sujetadores con aros metálicos.

TÉCNICA:

Se coloca el talón de una mano en el centro del tórax, sobre el tercio inferior del esternón; entre los pezones.

Se sitúa el de la otra mano sobre el dorso de la primera, se entrelazan y elevan los dedos para impedir aplicar la presión sobre las costillas.

Se han de mantener las manos lo más fijas posible al tórax.

Los brazos del reanimador han de estar perpendiculares al punto de aplicación de las compresiones, sin doblar los codos en ningún momento. Con ello, se mejora la eficacia del masaje y disminuye notablemente el esfuerzo físico.

La compresión del tórax se realiza cargando el peso del cuerpo sobre los brazos extendidos, con fuerza suficiente como para conseguir que el esternón ceda 4-5 cm.

Se realizarán 30 compresiones por cada 2 ventilaciones.

Para facilitar la coordinación entre dos reanimadores, el seguimiento del ritmo y no perderse, es recomendable contar en voz alta.

DEBEMOS TENER EN CUENTA:

Apretar con firmeza y rapidez. Se debe comprimir el pecho a un ritmo de unas 100 compresiones por minuto para todas las víctimas; si las compresiones torácicas son lentas o poco profundas, no se aporta a los órganos vitales la mayor cantidad de sangre posible.

Permitir que el pecho recupere completamente su posición normal después de cada compresión, para permitir el llenado de sangre del corazón; la compresión y la relajación debería durar, aproximadamente, lo mismo.

Limitar el número de interrupciones en las compresiones torácicas. Cada vez que se interrumpen, la sangre deja de circular.

RCP CON DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA (DEA)

Actualmente, ya existen —en centros comerciales y edificios de oficinas— unos equipos denominados DEA, por este motivo consideramos oportuno describir la utilización de estos, pues podríamos vernos en la necesidad de utilizarlos. Es cierto que, en los centros de trabajo donde existe un DEA, debe existir personal encargado de su uso y entrenado para ello; este personal debe haber recibido formación previa.

En el adulto, la principal causa de parada cardiorrespiratoria tiene su origen en la fibrilación ventricular (FV). Esta es una alteración en el ritmo cardíaco caracterizada por su contracción de forma anárquica e incapaz de generar un latido cardíaco eficaz. En esta situación, se estima que las posibilidades de supervivencia disminuyen, aproximadamente, un 10% cada minuto sin aplicar desfibrilación eléctrica.

El inicio rápido de las maniobras de RCP previene que la fibrilación ventricular dé paso a una asistolia (ausencia de latido cardíaco), incrementa el éxito de la desfibrilación, contribuye a disminuir el riesgo de daño cerebral y aumenta de forma significativa la tasa de supervivencia. Este es el mejor tratamiento para la parada cardíaca, hasta que se pueda realizar la desfibrilación externa y el soporte vital avanzado.

El objetivo es poder desfibrilar antes de los 5 minutos iniciales de la parada. Debido a la dificultad para recibir asistencia médica de emergencia en este plazo de 5 minutos, se ha decidido optar por incluir la desfibrilación externa automática como uno de los eslabones de la cadena de supervivencia.

Los desfibriladores automáticos (DEA) incorporan un software que analiza el ritmo cardíaco, discriminando si se trata de un ritmo susceptible de ser incluido entre las indicaciones de tratamiento con choque eléctrico. En caso afirmativo, el DEA se carga, ajusta los parámetros de la descarga y emite una alarma avisando que va a efectuarla en unos segundos, a menos que se anule manualmente la orden. Los DEA semiautomáticos

avisan de que hay un ritmo desfibrilable, se activan y esperan la orden del reanimador para efectuar la descarga. Los niveles de energía de las descargas están estandarizados.

Los protocolos de reanimación con DEA contemplan que, en caso de disponer de ellos, todos los reanimadores deben administrar una descarga tan pronto como esté disponible. A continuación, se ha de reanudar inmediatamente la RCP, comenzando con las compresiones torácicas. Se ha de permitir que el DEA verifique nuevamente el ritmo de la víctima después de administrar 5 ciclos (aproximadamente, 2 minutos) de RCP

PROCEDIMIENTO DE RCP Y DESFIBRILACIÓN CON DEA

Asegurarse de que no existe riesgo para el reanimador ni para la víctima (agua, gases inflamables, combustibles, etc.).

Si la víctima no responde ni respira con normalidad, enviar a alguien a por un DEA (los va habiendo disponibles en algunos aeropuertos, polideportivos, centros comerciales, etc.), alertar a emergencias 112 y comenzar la RCP siguiendo los protocolos de SVB.

TAN PRONTO COMO ESTÉ DISPONIBLE UN DEA:

Encenderlo:

A partir de este momento, el DEA va emitiendo instrucciones habladas y visuales que guían al reanimador en todo el proceso de conexión a la víctima y protocolo de RCP. Seguir sus instrucciones.

Asegurarse de que nadie toca a la víctima mientras el DEA analiza el ritmo.

Si el choque eléctrico está indicado:

Verificar que nadie toca a la víctima; recibirá él la descarga del DEA.

Pulsar el botón de descarga cuando las instrucciones lo indiquen.

Reanudar la RCP tras la descarga, comenzando por las compresiones torácicas.

Seguir las instrucciones del DEA.

Si el choque eléctrico no está indicado:

Reanudar inmediatamente la RCP. Secuencia 30:2.

Seguir las instrucciones del DEA.

Los mensajes del DEA seguirán dando instrucciones para seguir el procedimiento de reanimación. Continuar la RCP siguiéndolas hasta que llegue ayuda especializada (SVA) o aparezcan signos de vida.

VALORACIÓN SECUNDARIA

Consiste en determinar el estado de la víctima mediante la localización de todas sus lesiones. Para ello, reevaluaremos y cuantificaremos su conciencia, respiración y pulso, y realizaremos una exploración rápida pero ordenada y concienzuda de todo su cuerpo en busca de sangre, deformidades (bultos o huecos), secreciones (sudor, heces, orina o vómitos), anormalidades en el color, temperatura y aspectos de la piel, etc.

Si es posible y para evitar todo tipo de contagios, siempre utilizaremos guantes a la hora de tocar a una víctima, aunque su aspecto parezca saludable.

Si la víctima puede colaborar, le preguntaremos por sus molestias, dolores, etc., detectando cualquier problema de orientación o memoria antes de la exploración, y mantendremos una ligera conversación informativa de las maniobras que vamos a hacer.

No es conveniente informar de las lesiones sufridas para evitar choques emocionales. En esta entrevista, tendremos en cuenta las características particulares de cada colectivo (niños, ancianos, discapacitados, sordos, mudos, extranjeros, etc.).

PARA LA EXPLORACIÓN, UTILIZAREMOS NUESTRAS DOS MANOS Y, A LA VEZ, OBSERVAREMOS VISUALMENTE LA ZONA EXPLORADA:

Las manos se moverán simultáneamente, a ambos lados del cuerpo, aprovechando la simetría de este.

Comenzaremos nuestra exploración en la cabeza (en el cráneo y en el macizo facial, incluido el interior de la boca), bajaremos al cuello y hombros. Continuaremos por el tórax, explorando el esternón y la parrilla costal; observaremos el abdomen, prestando atención a su consistencia (un abdomen rígido puede indicar una lesión interna).

Bajaremos al vientre, observando la presencia de heces u orina; a continuación, exploramos las piernas comenzando por las caderas, siguiendo por el muslo, rodilla, pierna, tobillo y pies (incluidos dedos). Por último, no nos olvidemos de las extremidades superiores, empezando por el brazo, codo y antebrazo, pasando luego a las muñecas y manos (incluidos dedos).

En la exploración, nos detendremos en las partes más complejas y ante una duda de lesión en alguna de las extremidades, podremos utilizar como modelo la otra, pues ambas son simétricas.

Si ha habido relajación de esfínteres, sospecharemos lesión en la columna y valoraremos la movilidad (diciéndole que mueva los dedos) y la sensibilidad (mediante pellizcos o pinchazos) de las extremidades.

Posteriormente, valoraremos de nuevo la respiración y el pulso con el fin de conocer su frecuencia y su fuerza. Prestaremos también atención al color de la piel, al sudor y a la temperatura.

DIFICULTADES DURANTE LA EVALUACIÓN Y LA REANIMACIÓN:

Hemorragia aguda: si observamos que ha existido una hemorragia aguda previamente al masaje cardíaco, procederemos al taponamiento de la herida para evitar que siga perdiendo más sangre por esa herida con el bombeo artificial. Esta maniobra debemos realizarla en el menor tiempo posible y, si fuese necesario, aplicaremos inmediatamente un taponamiento o un torniquete para poder dedicarnos enteramente a la reanimación.

No hay entrada de aire en las insuflaciones: en cada insuflación, el tórax tiene que subir; si no subiera o lo que subiera fuese el estómago, revisaríamos la hiperextensión del cuello y volveríamos a intentarlo. Si aun así siguiera sin subir, pensaríamos en una obstrucción de las vías respiratorias, por lo que realizaríamos las maniobras de desobstrucción pertinentes.

Maniobra de desobstrucción: estas maniobras consisten en presionar la zona inferior del tórax para comprimir los pulmones y que estos expulsen fuertemente el aire contenido con el fin de empujar hacia el exterior el objeto que obstruye.

DATOS A TENER EN CUENTA:

Si la víctima está tumbada, nos sentaremos en sus muslos mirando hacia su cabeza, que la colocaremos ladeada. Situaremos nuestro puño en la boca del estómago (inmediatamente debajo de las costillas) y presionaremos oblicuamente hacia abajo y hacia la cabeza.

Si la víctima está de pie o sentada le pasaremos los brazos por debajo de sus axilas y presionaremos, con el puño cerrado ayudado por la otra mano, en el mismo punto, oblicuamente hacia nosotros y hacia arriba. Las presiones han de ser secas y profundas. Continuaremos intercalando 2 insuflaciones cada 4 compresiones abdominales.

Estas maniobras no se pueden hacer en víctimas con obstrucción parcial (tosen, se quejan, pueden hablar), ya que solo las invitaremos a toser. Nunca dar golpes en la espalda a los adultos.

Tampoco las usaremos en embarazadas o en niños de corta edad. A estos los colocaremos cabeza abajo e intentaremos desalojar el obstáculo mediante golpes fuertes entre los omóplatos.

RCP BÁSICA EN LACTANTES Y NIÑOS

CONSIDERACIONES SOBRE LA RCP EN LACTANTES (0 A 12 MESES):

Apertura de la vía aérea: hiperextensión moderada del cuello.

Ventilación artificial: técnica boca a boca-nariz (la boca del reanimador cubre la boca y nariz de lactante). Frecuencia: 20-25 insuflaciones por minuto.

Masaje cardíaco externo: localización del punto de compresión un dedo por debajo de la línea intermamilar.

Hacer compresiones torácicas: con 2 dedos (2cm). Frecuencia 100comp/min.

Alternancia compresiones-ventilaciones: 30/2, con uno o dos reanimadores.

Obstrucción de la vía aérea: golpes interescapulares

Introducción

El paro cardiorrespiratorio (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y de la circulación espontánea.

Aunque el PCR se puede presentar en una gran variedad de patologías, tanto médicas como traumáticas, la elevada incidencia de procesos cardiovasculares que en la actualidad se presentan lo vuelven muy frecuente en ellas. La reanimación cardiocerebropulmonar (RCCP) consiste en maniobras mecánicas y farmacológicas dirigidas a restablecer la circulación y ventilación espontánea en un paciente que ha sufrido paro cardiorrespiratorio. La historia de la RCCP es inseparable de la historia de la medicina y abarca de alguna u otra forma no sólo a los diferentes niveles de formación médica (universidad, pregrado y postgrado) sino que incluso es enseñada en la actualidad a personal ajeno a los sistemas de salud

La técnica de reanimación consta de 2 fases: la reanimación básica, que puede ser realizada por personal con el adiestramiento adecuado sin necesidad de ser profesional en el área de la salud proporcionando ventilaciones artificiales a la víctima, compresiones torácicas y desfibrilación precoz, sin administración de fármacos o maniobras invasivas, y la segunda fase que consiste en la reanimación avanzada que consta de aplicación de ventilaciones artificiales y compresiones torácicas, incluyendo la realización de maniobras invasivas y administración de medicamentos, proporcionados por un profesional en la salud previamente capacitado en el área.

Existe una amplia documentación sobre los factores que más pueden influir para mejorar el pronóstico del paro cardiorrespiratorio, tanto en adultos como en niños. Por un lado están las medidas preventivas y por otro la enseñanza de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, en especial a los diferentes integrantes del equipo de salud.

En este sentido, el pronóstico del paro cardiorrespiratorio es directamente proporcional al entrenamiento del personal que lo atiende e inversamente proporcional al tiempo que transcurre entre el paro y el inicio de las maniobras de reanimación (las posibilidades de sobrevivencia se reducen entre 7 a 10% por cada minuto que el paciente permanece sin reanimación).

Actuar inmediatamente y por parte del personal capacitado en un paro cardiorrespiratorio aumenta las

posibilidades de supervivencia en 10 x

EVALUACION

En la calle, si tenemos una PCR y no tenemos dispositivo de barrera... ¿damos las ventilaciones?

Si atendemos una PCR en la calle y nos traen el DESA, ¿cuánto tiempo sigo con compresiones hasta poner el desfibrilador?

¿Cada cuánto evaluamos el pulso en una víctima en PCR?

Y, ¿cuándo se para la RCP?

¿Son mejores los dispositivos de compresiones torácicos que las compresiones manuales?

¿Es obligatorio cambiar de reanimador cada 2 minutos?