

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LAS RECOMENDACIONES DE AHA 2005 EN RCP AVANZADA

Diego Borraz Clares. *Enfermero. Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Zaragoza.*

Ya hace un tiempo de la publicación y difusión de las últimas recomendaciones en RCP de la AHA, concretamente en el año 2005. El cambio de la cadencia de reanimación de 15:2 a 30:2 probablemente sea el cambio más llamativo, pero no el único. Numerosos cambios tanto en la RCP básica como en la avanzada motivan la constante formación y reciclaje a que debemos someternos, adaptando nuestras actuaciones a las recomendaciones vigentes.

En un campo de actuación tan eminentemente práctico como es en el que actuamos, se hace necesario plasmar en la realidad lo que tan meticulosamente nos dictan esas recomendaciones. Del mismo modo, se hace necesario clarificar las tareas concretas a desarrollar por cada miembro del equipo, de forma que al enfrentarnos a estas habituales situaciones de paradas cardiorrespiratorias cada uno de nosotros sepamos cuál es nuestro papel y qué se espera de nosotros, sin dudas ni malentendidos. Estandarizar la asistencia significa aumentar la calidad de esta, porque unificamos criterios y actuaciones, evitamos despistes en la asistencia, y aplicamos en nuestra actuación recomendaciones científicas, a efectos jurídicos. Aumentando la calidad de la asistencia lograremos aumentar la supervivencia del paciente, en las mejores condiciones posibles.

Como miembros del equipo no debemos olvidar las tareas a desempeñar por los auxiliares de ambulancia, tareas fundamentales, y que debemos pautarles de forma clara y concisa, debido a la menor práctica y formación en este tema. Con ellos es con los que tenemos que practicar, realizar simulacros de parada, poner casos prácticos, y entre todos, aprender y compenetrar nuestras intervenciones. Del mismo modo, unificaremos las actuaciones del personal sanitario que trabajamos con los auxiliares de ambulancia, de manera que no los llevemos por la “calle de la amargura”, como pasa habitualmente, cada uno con nuestras costumbres y manías.

En esta comunicación intentaré darles “una vuelta más” a las recomendaciones vigentes de la AHA, y adaptar las ya de por sí “prácticas” recomendaciones al funcionamiento y trabajo diario de una UVIMOVIL cualquiera del Cuerpo de Bomberos de Zaragoza, usando para ello un caso práctico.

CASO PRÁCTICO: RITMO DESFIBRILABLE

A través del 080 entra una llamada al Centro de Comunicaciones del parque nº1 de los Bomberos de Zaragoza solicitando la ambulancia para atender a un hombre de unos 45 años que se ha desplomado en el portal de su casa, y permanece inconsciente.

La ambulancia sale inmediatamente hacia la dirección indicada.

LLEGADA

Al llegar al servicio, descenderemos de la ambulancia y cogeremos todo el material de reanimación, del siguiente modo:

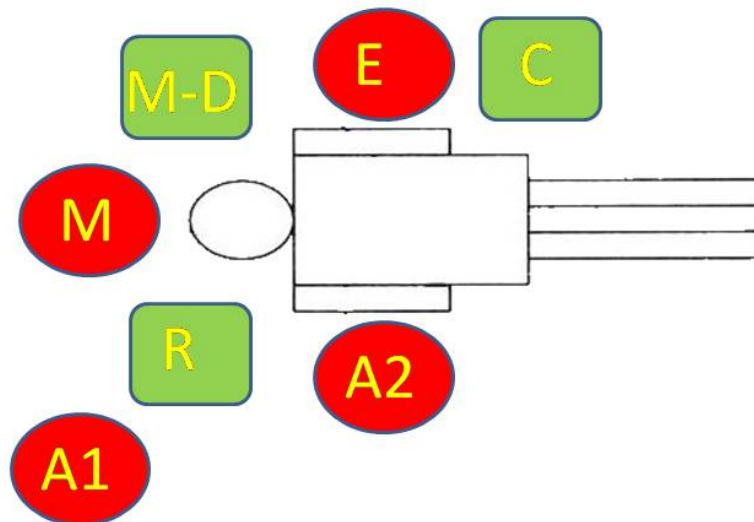
- Médico: monitor desfibrilador
- Enfermero: mochila de circulatorio (piso)
- Auxiliar 1: mochila de respiratorio (RCP)
- Auxiliar 2: estaciona la ambulancia, coge el walkie y el teléfono móvil, y sube con el resto del equipo

En el escenario el Médico se colocará en la cabeza del enfermo, dejando el monitor entre el enfermero y él. El Enfermero se colocará en el costado en el que esté el monitor. El Auxiliar 1 colocará la mochila en el cabecero del enfermo, en el lado contrario al del monitor y desde ahí ayudará al Médico. El Auxiliar 2 se colocará enfrente del enfermero para iniciar las compresiones.

En esta disposición será fácil el cambio de los Auxiliares para realizar compresiones, sin molestar a Enfermero o Médico. El cambio se realizará mientras el Médico y Enfermero valoran el ritmo y realizan la descarga si está indicada.

Será función del Enfermero y los Auxiliares alejar de la zona a curiosos y familiares en estado de shock, despejar la zona y habilitar un lugar amplio donde poner al enfermo y poder colocarlo en posición de RCP, mientras el Médico valora el estado de consciencia, respiración y circulación.

LLEGADA: COLOCACIÓN EN LA ESCENA



MINUTO 0

MEDICO: evalúa consciencia, abre la vía aérea colocando cánula de Guedel, valora respiración y pulso. Comienza ventilación con Ambú con bolsa reservorio conectada a oxígeno, sincronizada con compresiones de AUXILIAR 2

ENFERMERO: coloca electrodos de derivaciones *. Prepara canalización de vía venosa.

AUXILIAR 1: prepara la mochila de soporte ventilatorio, abriendo oxígeno, dando cánula de Guedel adecuada y Ambú al MEDICO, y conectándola a oxígeno a 15 litros/min. Prepara material de intubación.

AUXILIAR 2: tras la valoración del MEDICO, y las dos ventilaciones de rescate, comienza inmediatamente compresiones torácicas durante 2 minutos, a ritmo de 30:2 (5 ciclos). "Cantar" al resto la finalización de cada ciclo de 30:2.

* En paradas presenciadas o en las que se está realizando RCP básica previamente se colocan palas, valoramos ritmo y desfibrilamos si está indicado a 200 J.

MINUTO 2

ENFERMERO: valora ritmo de monitor, y de estar indicado aplica 1ª desfibrilación a 200J (monitor bifásico). Canaliza vía venosa si aún no lo ha hecho.

AUXILIAR 1: tras desfibrilación inicia compresiones inmediatamente 30:2. Si está intubado, no sincronizar compresiones y ventilaciones, realizando 100 compresiones por minuto (2 minutos=200 compresiones)

MEDICO: realiza intubación sin detener masaje, comprueba posición, fija tubo y conecta a respirador a 10 ventilaciones por minuto.

AUXILIAR 2: colaborar con MEDICO y ENFERMERO en intubación y canalización venosa.

MINUTO 4

MEDICO: valora ritmo de monitor, y de estar indicado realiza 2ª desfibrilación a 360J. Si dispone de tiempo, procederá a hablar con la familia o testigos interrogando sobre antecedentes, etc., así como el inicio de los síntomas.

ENFERMERO: punción intraósea si aún no ha obtenido vía venosa y preparación de fármacos: adrenalina y amiodarona

AUXILIAR 2: tras desfibrilación, inicia compresiones inmediatamente, durante 2 minutos a un ritmo de 100 x'

AUXILIAR 1: colabora con MEDICO y ENFERMERO en lo necesario

MINUTO 6

MEDICO: valora ritmo de monitor, y de estar indicado realiza 3ª desfibrilación a 360J

ENFERMERO: administra inmediatamente antes de la 3ª descarga adrenalina 1 mg IV, acompañada de 20 ml de Suero Fisiológico, y de elevación del miembro.

AUXILIAR 1: tras desfibrilación, inicia compresiones inmediatamente, durante 2 minutos a 100 x'

AUXILIAR 2: colabora con MEDICO y ENFERMERO en lo necesario

MINUTO 8

MEDICO: valora ritmo de monitor, y de estar indicado realiza 4ª desfibrilación a 360J

ENFERMERO: administra inmediatamente antes de la 4ª descarga amiodarona 300 mg IV, acompaña de 20 ml de suero fisiológico, y de elevación del miembro

AUXILIAR 2: tras desfibrilación, inicia compresiones inmediatamente, durante 2 minutos a 100x'

AUXILIAR 1: colabora con MEDICO y ENFERMERO en lo necesario

MINUTO 10

MEDICO: valora ritmo de monitor, y de estar indicado realiza 5ª desfibrilación a 360J

ENFERMERO: administra inmediatamente antes de la 5ª descarga adrenalina 1 mg IV, acompañada de 20 ml de suero fisiológico, y de elevación del miembro

AUXILIAR 1: tras desfibrilación, inicia compresiones inmediatamente, durante 2 minutos a 100x'

AUXILIAR 2: colabora con MEDICO y ENFERMERO en lo necesario

MINUTO 12

MEDICO: valora ritmo de monitor, y de estar indicado realiza 6ª desfibrilación a 360J

ENFERMERO: canaliza otra vía venosa periférica, ante la posibilidad de administrar bicarbonato sódico 1M

AUXILIAR 2: tras desfibrilación, inicia compresiones inmediatamente, durante 2 minutos a 100x'

AUXILIAR 1: colabora con MEDICO y ENFERMERO en lo necesario

MINUTO 14

MEDICO: valora ritmo de monitor, y de estar indicado realiza 7ª desfibrilación a 360J

ENFERMERO: administra inmediatamente antes de la 7ª descarga adrenalina 1 mg IV, acompañada de 20 ml de suero fisiológico, y de elevación del miembro

AUXILIAR 1: tras desfibrilación, inicia compresiones inmediatamente, durante 2 minutos a 100x'

AUXILIAR 2: colabora con MEDICO y ENFERMERO en lo necesario

MINUTOS SUCESIVOS

MEDICO: cada 2 minutos (200 compresiones) valorará ritmo de monitor, y de estar indicado realizará desfibrilación

ENFERMERO: administrará cada 4 minutos (400 compresiones) inmediatamente antes de la descarga adrenalina 1 mg IV, acompañada de 20 ml de suero fisiológico, y de elevación del miembro

AUXILIAR 1 Y 2: tras desfibrilación, iniciarán compresiones inmediatamente, durante 2 minutos a 100x', relevándose entre ellos la realización de las compresiones cada 2 minutos (200 compresiones), y colaborando con MEDICO y ENFERMERO en lo necesario el que esté descansando. Tendrán presente la posibilidad de necesitar el aspirador de secreciones y la botella de oxígeno de repuesto, bajando a recogerlas.

¿¿¿Y EN RITMOS NO DESFIBRILABLES???

- Aplicar compresiones y ventilaciones durante 2 minutos
- Valorar ritmo
- Iniciar administración de adrenalina 1 mg IV tan pronto como sea posible. Dosis posteriores de 1 mg cada dos bucles (4 minutos)
- Administrar atropina 3 mg IV tras la primera dosis de adrenalina
- Si en la asistolia aparecen ondas P, colocar marcapasos transcutáneo
- Si hay dudas entre asistolia y fibrilación ventricular fina, no desfibrilar