

Nuevas Recomendaciones para la Reanimación Cardiorrespiratoria y Cuidados Cardiovasculares de Emergencia

Estimado Editor,

El año empieza con varias novedades en Reanimación Cardiorrespiratoria (RCR). Al final de 2010, las nuevas directrices para la RCR y Cuidados Cardiovasculares de Emergencia (CCE) ya fueron publicadas ¹. El asunto es de gran importancia para toda la comunidad médica, especialmente para los anestesiólogos, muchas veces involucrados en reanimaciones. Nuevas prioridades se le dan a la parada cardíaca. Por otro lado, las conductas adoptadas hace mucho tiempo, ahora tienen menos importancia. Es la medicina que se basa en evidencias. Las palabras de orden de la nueva publicación son: "compresiones torácicas de alta calidad" y "simplificación". La terminología "como promedio 100 compresiones por minuto" fue reemplazada por: "como mínimo 100 compresiones por minuto". El procedimiento "ver, oír y sentir", relacionado con la evaluación de las vías aéreas de las directrices anteriores ², se excluyó en esta nueva edición. La atropina no está más indicada para el tratamiento de la actividad eléctrica sin pulso (AESP), y de la asistolia. Se incluyeron cuidados pos reanimación como parte integral de la cadena de supervivencia. También se le dio una importancia mayor a la monitorización de la capnografía, y el masaje precordial vuelve a ser recomendado en situaciones especiales.

Las compresiones torácicas de alta calidad en el paciente adulto, según las nuevas directrices, son definidas como aquellas en la frecuencia mínima de 100 por minuto y una profundidad mínima de 5 cm, con un retorno o relajación total del tórax después de cada compresión, reduciéndose las interrupciones (por ejemplo, después de la desfibrilación, para la garantía de la vía aérea o para la verificación del pulso). Las ventilaciones excesivas deben ser evitadas. Se mantiene el estándar de dos ventilaciones para 30 compresiones u 8 a 10 ventilaciones por minuto, asincrónicas con las compresiones, si la vía aérea ya fue garantizada con algún dispositivo (tubo traqueal o máscara laríngea, por ejemplo). A diferencia de lo que se practicaba hasta aquel momento, ahora se recomiendan las compresiones torácicas de alta calidad como el primer paso del algoritmo de atención de la parada cardíaca, seguidas de una abertura de la vía aérea y ventilación – C (*chest compressions*); A (*airway*); B (*breathing*) y no más A; B; C.

Los legos o los que están menos capacitados, deben realizar solamente las compresiones torácicas (*hands only*), ha-

ciendo más rápida la toma de decisión después de una breve evaluación de la capacidad de respuesta de la víctima, y si la misma está respirando de forma anormal o si no está respirando. La literatura indica que la rapidez en la realización de las compresiones torácicas mejora el pronóstico de la parada cardíaca. El lego deberá mantener las compresiones torácicas hasta la llegada de un desfibrilador o de un socorrista entrenado.

El profesional de salud debe ahora observar la ventilación mientras también verifica si el paciente está respondiendo (consciente o no) y entonces, iniciar rápidamente 30 compresiones torácicas de alta calidad, para después desobstruir la vía aérea y poder realizar dos ventilaciones. Si no está solo, las acciones pueden ser realizadas simultáneamente, recordando que las compresiones torácicas son una prioridad. El desfibrilador, en el caso de la fibrilación ventricular o de la taquicardia ventricular sin pulso, debe ser utilizado cuanto antes. Al momento del colapso, y mientras se instala el desfibrilador automático, se deben mantener las compresiones torácicas y enseguida que el choque se administre, las compresiones torácicas deben ser reiniciadas. Si no se está presente cuando ocurra la parada cardíaca extra-hospitalaria, hay que considerar la realización de compresiones torácicas por cerca de 1,5 minuto a 3 minutos antes del intento de desfibrilación. Cuando se indique, lo ideal es que el choque se administre hasta 3 minutos después del colapso.

En la edición de 2005 ², no había recomendaciones que implicasen el masaje precordial. Esa técnica de RCR fue incluida en la nueva edición como una alternativa para la taquicardia ventricular inestable, al ser presenciado el inicio en el paciente monitorizado, cuando no hay un desfibrilador listo para ser usado. Una vez más, la publicación enfatiza que el masaje precordial no debe retardar la RCR ni la aplicación del choque.

La monitorización de la capnografía ha recibido una atención reforzada. Antes era delicadamente recomendada para confirmar el posicionamiento del tubo endotraqueal y para ser útil como un indicativo del débito cardíaco generado durante las compresiones torácicas, ahora, es un imperativo usarla para los mismos propósitos, inclusive para la detección del aumento del flujo sanguíneo cuando hay un retorno de la circulación espontánea.

Los protocolos de medicación también fueron modificados. La utilización de rutina de la atropina en los casos de asistolia o AESP, quedó excluida del algoritmo, porque las evidencias no son sólidas para indicar los beneficios de su uso. Además, la adenosina puede ser usada en los casos de taquicardia

monomórfica regular de complejo ancho, con una finalidad diagnóstica y terapéutica, y no solamente en los casos de taquicardia supraventricular, como anteriormente fue dicho.

Finalmente, se destacan los cuidados organizados pos reanimación, con la implementación de un sistema abarcador, estructurado, integrado y multidisciplinario de cuidados, o sea, la evaluación continua y el soporte hemodinámico, respiratorio y neurológico, que incluye intervenciones coronarias percutáneas, si están indicadas, como también la hipotermia, después de todos los tipos de parada cardíaca. Consideramos también que lo ideal sería mantener la saturación arterial de oxígeno entre un 94% y un 99%, evitando así la hiperoxia después de la reanimación.

Frente a esas novedades sobre un asunto tan importante en nuestra área de actuación, remarcamos la necesidad de la actualización y de la educación continuada. Las nuevas directrices pueden ser obtenidas gratuitamente en la Página Web de la *American Heart Association*¹. Los destaques de las nuevas directrices, también con acceso gratuito, fueron publicados en varios idiomas, incluyendo el portugués³. La comunidad médica necesita estar atenta

y entrenarse, para dominar un viejo asunto que ha sido ahora renovado en el 2011.

Dra. Camila Sampaio Chiarantano
ME del CET/SBA del Departamento de Anestesiología
Facultad de Medicina de Botucatu

Dr. Paulo do Nascimento Junior
Profesor Adjunto del Departamento de Anestesiología
Facultad de Medicina de Botucatu

REFERENCIAS

01. 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science. *Circulation*, 2010;122(18 suppl 3):S639-S946. Disponível em: http://www.circ.ahajournals.org/content/vol122/18_suppl_3/
02. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 2005;112(24 suppl):iv1-iv211.
03. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Disponível em: <http://guidelines.ecc.org/guidelines-highlights.html>