

RESUMEN DE CONGRESO

Un patrón electrocardiográfico de muy mal pronóstico es el infradesnivel en casi todas las derivaciones acompañadas por elevación sS-T, este patrón significa la lesión de dos arterias coronarias o el tronco de la coronaria izquierda. Estos pacientes son de muy alto riesgo.

Una vez que el ECG demuestre una lesión compatible con infarto se le debe de dar los cuidados básicos: oxígeno en caso de que el paciente muestra una desaturación a partir de 90%; ácido acetilsalicílico, a dosis de mínimo 500 mg y de preferencia masticable; nitratos y analgésicos, ambos para disminuir el dolor. Posterior a estos cuidados se deberá de pasar a terapias de reperfusión en donde dependerá de los recursos que se tengan para tomar una decisión; en sitios donde no se tenga tromboplastina o no haya un hospital de referencia a menos de 2 horas, la mejor opción será la trombólisis farmacológica que puede ser hasta 180 minutos, mientras que si se cuenta con el servicio de tromboplastina se puede hacer trombólisis

farmacológica dentro de los primeros 30 minutos para que en menos de 90 minutos se esté realizando la intervención cardíaca. Si el paciente fue trombolizado con éxito se debe de llevar en máximo 24 horas a angioplastia, para realizar estratificación de riesgo y revisión de perfusión coronaria. Los fibrinolíticos disponibles en nuestro medio son: exoquinasa, atepasa y reneteplasa. Hay que tener precaución con las condiciones propias del paciente que encajen con contraindicaciones absolutas o relativas indicadas por la American Heart Association (AHA)

Otros medicamentos utilizados dependientes de cada caso son: los antitrombóticos, como la heparina no fraccionada, enoxaparina y los anticoagulantes orales nuevos como el fondaparinux.

El abordaje correcto de un síndrome coronaria agudo permitirá la correcta ejecución del protocolo de atención al paciente, para que tenga las mayores probabilidades de supervivencia.

ESTADO ACTUAL DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Seminario de Actualización en Tópicos Selectos: Urgencias —Abril 2019

Ponente: Dr. Reynaldo Reyes García

Redactó: Ana Bolena Campa-Navarro



Figura 1. Representación de realización de maniobras de compresión torácica en un maniquí de entrenamiento.

En México, debido a que el infarto al miocardio es una de las principales causas de muerte, las noticias nos muestran titulares como: “Fallece baterista mientras tocaba en bar”, “Muere ciclista por infarto agudo” o “Muere hombre de infarto en el centro de la ciudad”. Estos sucesos tienen en común que se dieron en lugares donde habían muchas personas que presenciaron el evento. Nos enteramos de cuándo sucedió y en dónde, pero no si era prevenible, o si se está planeando algo para evitar que suceda de nuevo. Notamos que mientras en El Imparcial publica: “100 mil personas mueren cada año por infarto al corazón”, las noticias de España dicen: “Más de 100 mil personas se capacitaron en reanimación cardiopulmonar en todo el país”.



RESUMEN DE CONGRESO

Un territorio cardioprotegido es un lugar que cuenta con todo el equipo necesario para ayudar a una persona en los primeros minutos de un arresto cardíaco. Además, asegura que hay suficiente personal capacitado para realizar las maniobras de reanimación. La secuencia básica de soporte de vida es: asegurar que la zona es segura, buscar respuesta en el individuo que cae en paro, pedir ayuda, verificar si cuenta con respiración o pulso (arteria carótida preferentemente) durante 10 segundos y de no encontrarlo, empezar las compresiones torácicas y utilizar el Desfibrilador Automático Externo (DEA). La efectividad del DEA en una fibrilación ventricular es de aproximadamente el 90%, por lo que es importante saber si contamos con uno cerca y cómo utilizarlo para no perder valiosos minutos.

La ventaja de ser un territorio cardioprotegido se ve en los porcentajes de sobrevivencia ante un infarto cardíaco y una muerte súbita. Un infarto de miocardio a menudo va asociado con dolores agudos durante horas, sudoración, dolor en el pecho y no se presenta pérdida de conocimiento. Por otro lado, una muerte súbita aparece de manera repentina en personas sanas; el corazón deja de latir o late de manera irregular y hay pérdida del conocimiento. Generalmente, la muerte súbita de origen cardíaco la generan las arritmias letales, mayormente la fibrilación o la taquicardia ventriculares sin pulso.

Una compilación de varios estudios realizados en diferentes países nos demuestra que entre el 70 y 80% de las muertes súbitas cardíacas ocurren en el hogar, de las cuales, son atestiguadas el 54%. Si reciben compresiones torácicas sobreviven el 10.8%. El resto de los arrestos cardíacos (del 20 al 30%) ocurren dentro del hospital, por lo que son atestiguadas en el 84% de los casos, debido a que los pacientes están en constante observación por personal hospitalario (enfermeras y médicos residentes internos y estudiantes), y sobreviven del 23 al 25% al realizarse las maniobras de reanimación.

El porcentaje de sobrevida cae del 7 al 10% por cada minuto que un paciente está fibrilando. Aún cuando existen testigos que observan que una persona cae en paro, si no saben qué hacer o pierden mucho tiempo en pedir ayuda, disminuyen las probabilidades de supervivencia del individuo en paro. Además, nos enteramos en redes sociales cuando una persona se

desploma en la calle porque inmediatamente se rodea de personas que no hacen nada pero empiezan a grabar. El objetivo de tener un territorio cardioprotegido es preparar al público, es decir, a cualquier persona y no solamente personal de salud, para poder realizar maniobras de reanimación. Todas las comunidades deberían de estar preparadas para actuar eficazmente y tener un sistema para proporcionar reanimación a cualquier persona. Es por esto que se realizan campañas cada vez más grandes para animar a la comunidad a interesarse en aprender maniobras de reanimación desde edades tempranas.

El 65% de los estados de EU exige a los estudiantes haberse capacitado en RCP antes de terminar la preparatoria. Esta inquietud también debería de surgir en nuestro país y buscar que se vuelva obligatorio en preparatorias o universidades. Sin embargo, éste es requisito sólo en posgrados médicos. Por ejemplo, a los niños se les debe enseñar en ferias de la salud introducciones acerca de qué es la fibrilación y cuáles son las maniobras de reanimación. Estas pequeñas intervenciones de información pueden sumar a otra persona en la comunidad que puede ayudar de ser necesario. En muchos estados de la república se están dando capacitación a los niños, ya que se dice que ellos son los reanimadores del futuro. Si estos niños tienen la inquietud de aprender a hacer compresiones, cuando sean mayores lo harán mucho mejor. Por supuesto, todos preferimos estar rodeados de una comunidad que cuente con muchas personas capacitadas en maniobras de reanimación porque tenemos más posibilidades de sobrevivir si necesitamos de ayuda.

Otro de los objetivos de un territorio cardioprotegido es la capacitación de personal que está en contacto con personas potenciales o con mayor probabilidad de desarrollar un paro cardíaco, como en los asilos, hospitales o inclusive en los centros de cuidados de adultos mayores. También es necesario capacitar a los integrantes de establecimientos con grandes concentraciones de personas, como meseros, guardias o gente de limpieza en los hoteles, restaurantes, plazas, escuelas, gimnasios, etc.

Las redes sociales son una herramienta muy útil para promover la creación de estos espacios; la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias actualmente está haciendo uso de Facebook, Instagram y Twitter



RESUMEN DE CONGRESO

compartiendo información para saber qué hacer en el momento que alguien se desplome. Además, existen cerca de un millón y medio de videos en YouTube relacionados a reanimación.

Existen países cardioprottegidos, como España, Francia, Inglaterra, EU y Japón, que como observamos, son también de primer mundo. México, por otro lado, cuenta con ciudades que cumplen los requisitos para ser territorios cardioprottegidos. Una de las ciudades cardioprottegidas de nuestro país es San Miguel de Allende. Ésta cuenta con un sistema de salud muy interesante porque gran parte de lo que se presta como servicios al público está avalado o financiado por la iniciativa privada. San Miguel de Allende es una ciudad turística, habitada por muchas personas de EU y otros países, por lo que tienen desfibriladores automáticos externos públicos y sistemas de capacitación muy importantes que son mezclas entre la iniciativa privada y el gobierno del estado. En la Ciudad de México, el grupo RCP hace eventos de cursos de capacitación masiva donde participan alrededor de 1600 personas que aprenden a dar compresiones. En Ciudad Guzmán de Jalisco, con una población de aproximadamente 100,000 habitantes, se planeó contar con un DEA por cada 5000 habitantes, por lo que

se colocaron 20 DEAs en puntos estratégicos de la ciudad, como lugares turísticos, escuelas y hospitales, además de capacitar a personas de la comunidad. En Monterrey tienen una aplicación para ubicar dónde se encuentran los desfibriladores públicos más cercanos. San Luis Potosí cuenta con un protocolo muy bien establecido para la capacitación comunitaria. En Tijuana tienen un proyecto de rescate para paro cardíaco y el uso de motocicletas para poder llegar más rápido al lugar de emergencia. En Nayarit ya se encuentran algunos hoteles y restaurantes que cuentan con personal capacitado y desfibriladores.

En el estado de Sonora existen cursos de certificación, aunque son costosos o no accesibles para todos, por lo que se complica tener personas capacitadas en caso de que se necesite una reanimación. Para aumentar la cantidad de personas capacitadas en la comunidad, el Dr. Celaya y su organización llegan a escuelas y distintas estancias de concentraciones de personas y les proponen juntar a cierta cantidad de personal para que sean capacitados en reanimación básica mientras que el establecimiento paga el desfibrilador. En Sonora, contamos con DEAs en supermercados, compañías como Bimbo, instituciones deportivas, hospitales, universidades, escuelas públicas y privadas, y oficinas de gobierno. Es verdaderamente importante enfatizar que no es necesario sólo en el personal de salud. Por ejemplo, en las instituciones hospitalarias también se encuentran secretarías, gente de limpieza, ingenieros y otro personal que tiene mayor probabilidad a ser los primeros en observar que un individuo se desploma. El Diario Oficial de la Federación exhorta a los propietarios y responsables de establecimientos con grandes concentraciones de personas, así como a las instituciones o personas físicas que cuenten con unidades de emergencia móvil y ambulancias destinadas a la atención de emergencias y traslado de pacientes, a contar con desfibriladores automáticos externos en sus instalaciones. Sin embargo, se está buscando que esto sea una ley en el estado.



Figura 2. Desfibrilador Automatico Externo (DEA) en su caja de seguridad. (Autor: WQL)

