



flumazenil

COMPOSICION: Flumazenil (DCI): Ampollas con 0,5 mg / 5 ml de solución acuosa ó 1 mg / 10 ml de solución acuosa (para administración intravenosa). **PROPIEDADES:** El flumazenil, es un antagonista de las benzodiazepinas (BZD), que bloquea por inhibición competitiva los efectos producidos en el SNC por las sustancias que actúan a través de los receptores de BZD. "Anexate" no influyó en la actividad de los compuestos sin afinidad por los receptores BZD - barbitúricos, etanol, meprobamato, GABA-miméticos, agonistas de los receptores de adenosina, etc. - pero sí bloqueó los efectos de los agonistas no benzodiazepínicos de los receptores de BZD (Ciclopirrolonas - ej. zopiclona, triazolopiridazinas). Tras la inyección i.v. (30-60 seg.), el "Anexate" invierte rápidamente los efectos hipnótico-sedantes de las BZD, pudiendo reaparecer estos gradualmente durante las horas siguientes, según la vida media y la relación posológica agonista - antagonista. Es bien tolerado, incluso a altas dosis. En ensayos de toxicidad animal demostró ser poco tóxico y no mutagénico. Es posible que ejerza una leve actividad agonista, (anticonvulsiva). En animales pretratados con altas dosis de BZD durante varias semanas, el "Anexate" provocó síntomas de privación. **FARMACOCINETICA:** El flumazenil, es una base lipófila débil; su tasa de fijación a las proteínas plasmáticas es aproximadamente de un 50% (2/3 de la cual se deben a su fijación a la albúmina). La vida media de eliminación es de 53 min. de promedio. El volumen medio de distribución en estado de equilibrio ($V_{ss} = 0,95 \text{ l/Kg}$) es similar al de las BZD estructuralmente afines, lo que indica fijación y/o distribución histica del preparado. Se excreta casi exclusivamente (99%) por vía no renal. Su principal metabolito - Ac. carboxílico- se ha identificado en forma libre y conjugada en la orina humana, careciendo de actividad tanto agonista como antagonista de las BZD. El aclaramiento plasmático del "Anexate" es de 1 litro por min. y puede atribuirse casi totalmente al aclaramiento hepático. La baja tasa de aclaramiento renal indica una eficaz reabsorción tras la filtración glomerular. Los parámetros farmacocinéticos básicos del "Anexate" no variaron al administrarse junto a las BZD (midazolam, flunitrazepam o lormetazepam). **INDICACIONES:** El "Anexate" está indicado para neutralizar efecto sedante central de las BZD. **En la anestesia:** - Para terminar la anestesia general inducida y mantenida con BZD en pacientes hospitalizados. - Para detener la sedación producida por BZD en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos cortos en régimen hospitalario o ambulatorio. - Para contrarrestar las reacciones paradójicas debidas a BZD. **En los cuidados intensivos:** - Diagnóstico y/o tratamiento de sobredosificación benzodiazepínica (voluntaria o accidental). - Diagnóstico en la incoscienza de etiología desconocida, para comprobar si es debida a BZD, otros fármacos o lesión cerebral. - Neutralización específica de efectos centrales de BZD administradas a dosis demasiado altas (recuperación de la respiración espontánea y la conciencia a fin de no tener que intubar o para proceder a la extubación). **POSOLOGIA HABITUAL:** Debe administrarlo un anestesiólogo o médico experimentado por vía i.v.; puede diluirse en glucosa al 5% o ClNa al 0,9%; también puede utilizarse junto con otras medidas de reanimación. **En la anestesia:** - Dosis inicial 0,2 mg i.v., en 15 seg. pudiendo administrarse a los 60 seg. siguientes (caso de no obtenerse el grado de conciencia deseado), una nueva dosis de 0,1 mg, repitiéndola si es necesario en el mismo intervalo hasta una dosis total de 1 mg; la dosis habitual se sitúa entre 0,3 y 0,6 mg. Se evitará la inyección rápida de "Anexate", en los pacientes sometidos a tratamiento prolongado con BZD, ya que el "Anexate" puede provocar síntomas de privación. De producirse fenómenos inesperados de privación, se recomienda inyectar lentamente por vía i.v. 5 mg de diazepam o midazolam. **Cuidados intensivos:** - Dosis inicial 0,3 mg i.v. pudiendo administrarse a los 60 seg. siguientes (dependiendo de la respuesta del paciente) una nueva dosis, repitiéndola en el mismo intervalo hasta que el paciente despierte, pero sin sobrepasar una dosis total de 2 mg. En caso de reaparecer somnolencia, puede ser útil una infusión i.v. de 0,1-0,4 mg/hora. La velocidad de infusión se ajustará individualmente en función del grado de conciencia deseado. Los pacientes tratados largo tiempo con altas dosis de BZD, no deberían presentar síntomas de privación si el "Anexate" se ha dosificado individualmente y su inyección ha sido lenta. De presentarse signos inesperados de sobrestimulación, deben administrarse 5 mg. de diazepam o midazolam por vía i.v. Si dosis repetidas de "Anexate" no mejoran significativamente el estado de conciencia y función respiratoria, ha de suponerse la existencia de factores etiológicos no benzodiazepínicos. **CONTRAINDICACIONES:** Pacientes con hipersensibilidad conocida al preparado. **PRECAUCIONES:** Durante las 24 horas siguientes a la administración del "Anexate", a pesar de encontrarse conscientes y despiertos, los pacientes deben abstenerse de realizar actividades peligrosas que requieran la plena concentración mental (manejar máquinas peligrosas, conducir vehículos) ya que puede reaparecer el efecto de la BZD tomada o administrada previamente. **Uso durante el embarazo y la lactancia:** - Aunque no se han comprobado efectos embriológicos ni teratogénicos del "Anexate" a altas dosis en experimentación animal, no es conveniente administrar medicamentos en los 3 primeros meses del embarazo, salvo que sea absolutamente necesario. Durante la lactancia no está contraindicado el "Anexate" por vía parenteral en casos urgentes. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** El "Anexate" es bien tolerado, incluso a altas dosis parenterales - hasta 100 mg-. No se conoce ningún trastorno de la función renal o hepática. Su empleo en la anestesia ha provocado -en raras ocasiones- náuseas y/o vómitos. Ocasionalmente (tras inyección rápida de "Anexate") los pacientes se han quejado de ansiedad, palpitaciones y miedo que de ordinario no han requerido tratamiento especial. **INTERACCIONES:** A partir de sus efectos sobre las BZD y agonistas no benzodiazepínicos de los receptores de BZD, no se han observado interacciones con otros depresores del SNC, la farmacocinética de las BZD permanece inalterada en presencia del "Anexate". **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** No se han observado síntomas de sobredosificación ni siquiera tras la administración de 100 mg i.v. Respecto a los fenómenos de privación atribuibles a los agonistas, cf. posología habitual. **OBSERVACIONES:** Cuando se utilice en anesestesiología al final de una operación, no debe inyectarse "Anexate" hasta la desaparición de los efectos de los miorrelajantes periféricos. **CONSERVACION:** Protéjase del calor. **PRESENTACIONES Y PVP:** Ampollas de 5 ml con 0,5 mg. PVL: 10.215 pts. PVP (IVA): 17.553 pts. Reg. DGFP n.º 57806. Ampollas de 10 ml con 1 mg. PVL: 17.543,9 pts. PVP (IVA): 30.146 pts. Reg. DGFP n.º 57807.

Cartas al Director

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS

Sr. Director:

Cuando una persona acude a un Servicio de Urgencias, espera que su problema sea solucionado de forma inmediata. Debido a la masificación de estos servicios, ello no es siempre posible, por lo que hay que establecer un orden de prioridades para identificar pacientes que precisen atención inmediata. A este respecto recientemente ha aparecido en la revista que usted dirige un artículo¹ que incluye una clasificación de procesos atendidos por orden de prioridades. Queremos hacer una serie de consideraciones, asumiendo que sumamente difícil agrupar por orden de prioridad toda la patología urgente, ya que por su variedad es fácil olvidarse de algunos procesos y por otro lado en ocasiones un proceso grave, sólo se manifiesta por clínica aparentemente banal.

1. Dentro del grupo I (Urgencias inmediatas) incluyen los autores al «Politraumatizado grave» y dentro del grupo II (Urgencias), al «Politraumatizado». No estamos de acuerdo y no se acepta en la bibliografía la distinción entre ambos politraumatizado grave y politraumatizado. Por definición politraumatizado es todo herido afecto de al menos una lesión traumática, alguna de las cuales comporta un riesgo vital aunque sea potencialmente². Es una de las prioridades de los Servicios de Urgencias y su asistencia no puede demorarse en ningún caso. Es obligatorio diferenciar el término politraumatizado de una serie de situaciones fronterizas; así hablamos de «policontusionado» cuando presenta al menos dos lesiones traumáticas y

Correspondencia: M. B. Gómez Moro. Servicio de Urgencias, Hospital Central de Asturias. C/. Celestino Villamil, s/n. 33006 Oviedo.



PRODUCTOS ROCHE, S.A.

Apartado de correos 1.157 - 28080 MADRID

Tel.: 208 62 40 Fax: 208 47 01

- «polifracturado» cuando hay al menos dos fracturas de segmentos anatómicos diferentes. Tanto uno como otro, pueden convertirse en politraumatizado si se produce el deterioro de una función vital. No es siempre fácil distinguir entre el paciente policontusionado, polifracturado y politraumatizado; por ello cualquier accidentado precisa atención inmediata para averiguar el exacto alcance de sus lesiones y además requiere una vigilancia estrecha para detectar cualquier alteración de sus funciones vitales.
2. En relación con las quemaduras, su gravedad no está sólo en función de su profundidad, sino que depende de una serie de circunstancias como: Extensión, localización, pacientes de alto riesgo (cardiópatas, enfermos renales, ancianos, inmunosuprimidos, etc.), de acuerdo con los protocolos usados con mayor frecuencia en el momento actual^{3,4}. Por todo ello una quemadura de 2.º puede precisar atención más inmediata que una de 3.º dependiendo de los factores anteriormente citados.
 3. Los autores hablan del EPOC y de la Insuficiencia Cardíaca congestiva como urgencias inmediatas. Nos parece que la catalogación de la disnea como cuadro sindrómico es mucho más real, dado que es más la situación del paciente la que debe marcar la premura de asistencia que el cuadro que presenta el paciente.
 4. Dentro del grupo II se incluyen las convulsiones. Un paciente en esta situación clínica precisa siempre atención inmediata.
 5. En el grupo II se habla de la taquicardia «cardíaca» y sin embargo no se hace mención a las bradicardias. Siempre es preferible en todos los procesos arrítmicos la valoración inmediata, algunos no precisarán cuidados especiales pero otras son de extrema gravedad y potencialmente letales. Toda arritmia debe ser atendida en el instante de su llegada para confirmarla, diagnosticarla e instaurar el tratamiento oportuno.

6. Dentro del grupo III se habla de «cefalea con migraña». No entendemos a que hace referencia ya que la migraña es una variedad de cefalea.
7. Nos sorprende no encontrar dentro de la clasificación patologías como el shock o las urgencias endocrino-metabólicas, patologías que de no ser tratadas con urgencia pueden llevar progresivamente a la muerte. Tampoco se habla del abdomen agudo, que debe ser atendido de forma inmediata, ni del dolor torácico síntoma común de muchas entidades, algunas banales y otras graves que dejadas a su libre evolución pueden llevar a un desenlace fatal.

Sabemos que es muy difícil el priorizar en Medicina y mucho más clasificar exactamente a los pacientes a la llegada de un Servicio de Urgencias, pero nos parece muy importante y se debe apoyar cualquier intento en esa línea, ya que indudablemente influirá en la buena asistencia al paciente crítico.

Bibliografía

1. OTERO P y cols. *Estudio del Servicio de Urgencias del Hospital General «Río Carrión» de Palencia*. Emergencias 1991; 3 (1): 58-68.
2. PÉREZ LÓPEZ DE BRIÑAS JM y cols. *Politraumatizados en: Protocolos Terapéuticos en el Servicio de Urgencias*. Eds Lloret y Carbó J. Edicién, Barcelona 1989: 545-7.
3. KIRSCHBAUM SM. *Tratamiento integral de las quemaduras*. Barcelona. Salvat Ediciones 1968.
4. DEL BUSTO F y cols. *Transporte sanitario aéreo en grandes quemados*. Anales Cuidados Intensivos 1990; 5 (1): 7-10.
5. CAMBIER J y MASSON M. *Manual de Neurología*. 2.ª ed. Barcelona Toray Masson 1978.

M. Gómez Moro
F. Del Busto Prado
L. Alonso Calo
A. Mori Fernández

Cartas al Director

¿QUÉ CLASIFICACIÓN UTILIZAR?

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés la carta de Sicras et al¹, referente al uso de la clasificación ICHPPC-2 modificada en los servicios de urgencias, pero desearíamos hacer alguna consideración. Estamos de acuerdo en que uno de los mayores problemas, no sólo de los servicios de urgencias sino de cualquier nivel de atención, es contar con un sistema de clasificación que nos permita almacenar, elaborar y recuperar de nuevo los datos, ya que obtener una información adecuada es indispensable, no sólo para valorar lo que se está haciendo, sino también para evaluar las prioridades y la misma organización del sistema donde nos desenvolvemos.

Parece claro en la actualidad, que en la Atención Primaria se utiliza mayoritariamente la «International Classification of Health Problems in Primary Care-2», ICHPPC-2²; mientras que en el área hospitalaria se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades-9-Modificación Clínica, CIE-9-MC, de la que tenemos una reciente traducción al castellano³. Pero quedan los servicios de urgencias en una situación intermedia entre ambos niveles de atención, y digo bien, pues aun cuando los servicios de urgencia hospitalarios debieran ser la «entrada urgente» al sistema hospitalario, en la práctica los casos atendidos difieren poco de la visita diaria en un centro de salud (ver la estadística de Sicra et al¹). Esto supone que, lo mismo que en la atención primaria, muchas consultas quedan sin un diagnóstico claramente definido, lo que justificaría el empleo de la ICHPPC-2 que es capaz de codificar problemas de salud. Pero también se establecen diagnósticos firmes que podrían ser clasificados por la

CIE-9-MC. El problema surge al comprobar que ambas clasificaciones sólo coinciden en un 44% de las rúbricas⁴.

Esto nos lleva a pensar que sería necesario una clasificación que nos permitiera codificar a la vez todo tipo de asistencia, hospitalaria, atención primaria, urgencias hospitalarias y no nos olvidemos de que también existen urgencias extrahospitalarias. Esto parece ser que no será un obstáculo insalvable, ya que la ICHPPC-1 y la ICHPPC-2 derivan de la CIE-8 y CIE-9 respectivamente y parece que en estos momentos se está elaborando la décima revisión de la CIE, que encuadraría ambas clasificaciones, con lo que el problema quedaría aparentemente resuelto.

Bibliografía

1. SICRAS A, GALOBART A, NAVARRO R. *Utilización de la clasificación ICHPPC-2 modificada en la codificación de las urgencias hospitalarias*. Emergencias 1991; 3:75.
2. Comité de Clasificación de la WONCA: *Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria-2 Definida*. 1.ª Ed en español. Buenos Aires. CIMF 1986.
3. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 9.ª revisión. Modificación Clínica. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1991.
4. GERVAJ JJ, FORES M. *La morbilidad ambulatoria: estudio de los problemas de salud mediante la clasificación WONCA*. Atención Primaria 1991; 4: 272-275.

F. Gutiérrez Moreno
Jefe del Servicio de Admisión del Hospital del
INSALUD de Alcañiz.

M. Guillén Galve
Residente de Pediatría, Hospital Infantil
"Miguel Servet" de Zaragoza

Cartas al Director

CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS

Sr. Director:

Es indudable que los servicios de urgencias deben tender a la protocolización y adecuación de conceptos que le son propios por su filosofía y funcionamiento, máxime teniendo en cuanto el gran volumen de pacientes que en ellos se atienden, para de esta manera intentar mejorar la calidad de la asistencia. Así mismo, y sin alejarnos de esta motivación, no debemos perder de vista los sistemas que esta era de la informática pone a nuestro alcance, dando una razón de existir a los métodos codificados con los cuales podemos acceder de una forma más rápida, sencilla y correcta a la información deseada.

Nos encontramos últimamente con intentos encomiables de establecer una agrupación resumida de diagnósticos dirigidos a los servicios de urgencias en nuestro país como la clasificación ICHPPC-2, y sobre ésta otras aproximaciones aún más resumidas como pudimos comprobar en la última publicación de la Rev. de Emergencias de los Dres. Sicras A y cols.

Por lo anteriormente expuesto es por lo que deseamos aportar nuestra experiencia, que se apoya indudablemente en las ya conocidas y utilizadas a nivel de las urgencias hospitalarias ICHPPC-2 o el ICD-9^{2,3}.

En nuestra experiencia, que viene desde el año 1986 iniciamos la informatización de nuestro servicio de urgencias del Hospital Central de Asturias (otro Hospital Covadonga de Oviedo), pudimos observar que la entrada libre en el campo destinado al diagnóstico, ocasionaba un gran número de errores de entrada por teclado, así como un gran número de diagnósticos diferentes al no existir una codificación.

Por ello realizamos un estudio de nuestra base de datos observando que existían 5.667 entradas diferentes, lo que nos dificultaba enormemente la extracción de datos para este concepto. Tras una revisión exhaustiva decidimos que debíamos seguir un sistema de codificación internacionalmente aceptado que no limitase posteriormente nuestra evolución a posibles adaptaciones futuras, lo que nos llevó a desestimar el, no por ello excepcional manual de codificación, ICHPPC-2 del que extrajimos un gran número de ideas. A partir de este momento centramos todo nuestro esfuerzo en el CIE-9-MC del que extrajimos el sistema de codificación de 5 cifras y sus diagnósticos readaptándolo a nuestras necesidades, añadiendo aquellos diagnósticos específicos de nuestro servicio que aparecían en esta clasificación, pero respetando siempre la clasificación y agrupación de diagnósticos que este sistema establece. Únicamente nos saltamos esta norma para introducir un apartado de técnicas que se realizan habitualmente en urgencias, y que en el CIE-9-MC resultaba excesivamente enfarragoso su búsqueda, estableciendo en este caso nuestro propio sistema de codificación al que le añadíamos un «P» previa al número de código. De esta manera conseguimos reducir el número de entradas a 1.162, lo que sin lugar a dudas es una gran mejora respecto a la cifra anterior.

Posteriormente esta tabla codificada se adaptó a una ficha de captura de datos mediante programación, de manera que no aceptase otra entrada que no encontrase entre las previamente establecidas, añadiendo una función de ayuda en la búsqueda a través de una ventana abierta en la pantalla en la que van apareciendo los diagnósticos y permitiendo su búsqueda directa con las teclas del cursor o, bien, mediante un sistema índice de acceso rápido.

Para la adecuación de la anotación en nuestras hojas de registro de los diagnósticos por parte de todo el personal de urgencias, procedimos a editar un pequeño libretto de diagnósticos codificados en el que establecimos otra di-

ferencia con los códigos hasta ahora conocidos, siendo esta el sistema de ordenación. Así como en otros sistemas el orden seguido es el del número de código, nosotros decidimos establecer el orden alfabético con el número anexo para así facilitar la búsqueda a aquel personal que estuviese familiarizado con el sistema.

Esto quizás contrasta excesivamente con la clasificación adoptada por Sicras et al¹, respecto a la que deseamos establecer nuestros criterios de disensión:

1. La necesidad de aproximarse a los sistemas internacionalmente aceptados.
2. La restricción de los diagnósticos conlleva el que determinadas patologías con una gran entidad en los servicios de urgencias queden enmascaradas en grupos que en ocasiones poco nos dicen de su contenido.
3. Que la circunstancia de reducir los datos nos lleva, a la hora de hacer estudios estadísticos detallados, a sufrir el gran compromiso de la revisión de los historiales clínicos uno a uno para extraer aquellos que nuestro estudio requiere.
4. Que si la codificación es correcta y su escalonamiento adecuado, la agrupación de patologías también es factible en un momento de duda, por lo que no existiría ningún motivo para que se de pérdida de calidad en la anotación de los datos.

5. Que no nos debemos de olvidar que los servicios de urgencias, con todas sus peculiaridades, se encuentran integrados en los hospitales y por ello, nuestra aportación de codificación diagnóstica no debe ser tan restringida que nos aisle del resto de los servicios que lo componen, debiendo ir dirigida a un espíritu de colaboración, del que sin lugar a duda todos nos beneficiaremos.

Bibliografía

1. SICRAS A, GALOBART A, NAVARRO R. *Utilización de la clasificación ICHPPC-2 Modificada en la codificación de las Urgencias Hospitalarias*. Rev Emergencias, 1991; 1, vol 3: 75-76.
2. LLORET J, PUIGX, MUÑOZ J. *Urgencias médicas: Análisis de 18.240 pacientes en el Servicio de Urgencias de un Hospital General en el periodo de un año*. Med Clin (Barc) 1984; 83: 135-141.
3. CASTILLOM, HUGUET J, BRABO, CORTADAL. *Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas*. Med Clini (Barc) 1986; 87: 539-542.

A. Ibarra
F. Busto
J.A. Blanco
R. Barraca

Cartas al Director

COMENTARIOS SOBRE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

Sr. Director:

He leído con interés los trabajos «*Características de la Parada Cardiorespiratoria producida en la Fase Aguda del Infarto de Miocardio*» (Emergencias, 1991; 3: 83-90) y «*Resucitación Cardiopulmonar de la Parada Cardiorespiratoria producida en la Fase Aguda del Infarto de Miocardio*» (Emergencias, 1991; 3: 153-161). El autor, E. Moreno, vuelve de nuevo a acertar con la publicación de esta serie de pacientes, pero esta vez lo hace doblemente: por un lado se mantiene en todo momento dentro de la ortodoxia de las recomendaciones más extendidas (American Heart Association, Primer Congreso Internacional de Ayuda Médica Urgente, Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar de la SEMIUC, etc), convirtiendo sus trabajos en revisiones conceptuales de lectura recomendable; por otro lado, nos ofrece datos de la población alavesa, mucho más próxima para nuestras comparaciones y referencias que la norteamericana, francesa o británica, habituales de las revisiones bibliográficas.

La muy favorable impresión global, enturbiada sólo por la repetición de datos en ambos trabajos, no evita que surjan durante la lectura algunas dudas y comentarios, de índole metodológico unos y conceptual otros, que desearía exponer en estas líneas.

En la serie se describen 80 paradas cardiorespiratorias (PCR) pero no se menciona en qué espacio de tiempo son atendidas. El periodo de tiempo en que se desarrolla un estudio sobre Resucitación Cardiopulmonar (RCP) tiene gran interés. Debe tenerse en cuenta que desde 1986 en que

la American Heart Association publicó sus últimas recomendaciones¹ se han producido matizaciones en aspectos tan importantes como la prioridad de utilización de la desfibrilación o el empleo de dosis más altas de adrenalina², que han sido aceptadas por numerosos grupos. Es evidente que las PCR atendidas en 1986 y las atendidas en 1991 pueden tener notables diferencias técnicas que restan homogeneidad a una muestra que incluya ambos tipos.

El medio en que se producen las PCR y las personas que realizan la RCP, tiene gran importancia a la hora de analizar los resultados³. En la serie de E. Moreno se afirma que las PCR estudiadas se produjeron tanto intra (75 casos) como prehospitalariamente (5 casos). Sorprende, sin embargo, que la RCP básica se comenzara inmediatamente en todos los casos, que se lograra el inicio reglado de la RCP avanzada en menos de tres minutos en el 97,5% de las PCR (78 casos) o que la RCP se realizara incluso a bordo de vehículos medicalizados. A menos que en Álava se haya entrenado recientemente a toda la población en técnicas de RCP básica y se disponga de un sofisticado y muy avanzado sistema de ayuda médica urgente, parece probable que hayan quedado excluidos de la serie los casos, desgraciadamente frecuentes, de PCR extrahospitalaria que fallecen antes de su llegada al hospital sin recibir asistencia alguna.

Especialmente sorprendente resulta la elección sistemática de la triple maniobra para la apertura de la vía aérea referida por el autor. En las recomendaciones para permeabilización de la vía aérea sin equipamiento, la triple maniobra ocupa un lugar secundario por detrás de la maniobra mentón frente, que resulta más sencilla de aprender y realizar, y tiene la ventaja adicional de poder ser aplicada con menor grado de hiperextensión cervical para la realización de la ventilación boca-nariz^{1,2}. Esta menor hiperextensión tiene, como es bien conocido, importantes repercusiones sobre la integridad de la columna cervical, habiéndose recientemente demostrado que la realización

Correspondencia: Dr. J.A. Alvarez. Coordinador Médico, Servicio Especial de Urgencia de INSALUD-Madrid. C/ Lope de Rueda, 43. 28009 Madrid.

de la triple maniobra «modificada» con tracción hacia el reanimador, no sólo no evita el riesgo de lesión cervical, sino que puede llegar incluso a favorecer dicha lesión⁴.

Por último, hay un aspecto que merece un especial comentario. En la serie de E. Moreno en el 70,9% de las PCR tipo Fibrilación Ventricular (FV) no se empleó droga alguna, procediéndose directamente al tratamiento eléctrico (desfibrilación), incluso «a ciegas» en algunos pacientes. Esta práctica, que es habitual en la mayoría de los grupos que atienden las PCR en cualquier medio, representa de algún modo una heterodoxia con respecto a las recomendaciones internacionales. Sin embargo, el recomendado empleo sistemático de Adrenalina (Fase D) previo a la realización del diagnóstico electrocardiográfico (Fase E) y el tratamiento de la FV y otras arritmias (Fase F) es actualmente motivo de controversia; se ha cuestionado la creencia de que el empleo de Adrenalina facilite la reversión de algunas FV y se ha llegado a afirmar que dicha práctica puede llevar incluso a empeorar el pronóstico de las PCR tipo FV⁵ al aumentar la excitabilidad miocárdica, favorecer la recidiva de la FV y dificultar posteriores desfibrilaciones.

¿Cómo resolver esta contradicción entre la realización de una secuencia D-E-F en RCP avanzada y su aplicación a la FV, el tipo más frecuente y de mejor pronóstico de PCR? La respuesta puede estar en un sencillo cambio en el significado de las letras. Actualmente la secuencia D-E-F indica drogas-electrocardiograma-desfibrilación; su significado podría modificarse realizando una secuencia de

diagnóstico electrocardiográfico (Fase D) del tipo de PCR, seguido de tratamiento eléctrico (Fase E) y/o tratamiento farmacológico (Fase F) según el tipo concreto de PCR (FV, Asistolia o Disociación electromecánica). Pese a representar un cambio en la ortodoxia de las recomendaciones de RCP, la secuencia diagnóstico-electricidad-fármacos (D-E-F) se ajusta mejor a la realidad de la práctica cotidiana y elude los posibles riesgos de administración de determinadas drogas, como el mencionado caso de la Adrenalina en la FV.

Referencias

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Standars and Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC)*. JAMA, 1986; 255: 2.905-2.984.
2. ÁLVAREZ JA, ALTED E, CANTALAPIEDRA JA et al. *Resucitación Cardiopulmonar*. Medicina Intensiva, 1987; 11 (Extra Xº Aniversario): 473-481.
3. PEPE PE. *Current Standards and Future Directions of Basic and Advanced Cardiopulmonary Resuscitation*. En: Vincent JL, ed, *Update in Intensive Care and Emergency Medicine*. Update 1990. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1990; 565-585.
4. BIVINS HG, FORD S, BEZMALINOVIC Z, PRICE IIM, WILLIAMS JM. *The effect of axial traction during orotracheal intubation of the trauma victim with an unstable cervical spine*. Ann Emerg Med, 1988; 17: 25-29.
5. VINCENT JL. *Utilización de catecolaminas en la reanimación cardiopulmonar*. Intensive Care Med (ed español), 1989; 15: 408-409.

J. A. Alvarez