

Carta al Director

RCP obstétrico: diferenciarlo mejora la supervivencia

Sr. Director:

En respuesta a los comentarios realizados por Caballero A et al¹, en referencia a nuestro artículo publicado en su revista², puntualizamos lo siguiente:

Reconocemos la existencia de ciertos errores que pueden llegar a dañar la "validez" del artículo y/o desprestigiar a la revista de no ser subsanados. Uno de estos errores es la técnica de apertura de la vía aérea en caso de traumatismo, nosotros citamos la triple maniobra modificada de Safar cuando actualmente esta técnica esta relegada por ser complicada en favor de la tracción mandibular sin extensión de la cabeza³⁻⁶. Otra de las erratas a corregir es el número de compresiones externas a realizar, actualmente se precisan unas 100 compresiones por minuto en vez de las 80-100 veces que antes se aconsejaban^{5,6}.

El Consejo Español de RCP sí ha emitido recomendaciones sobre PCR y RCP, ya que de forma aislada y/o conjunta con la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), esta última legítima promotora del Plan Nacional de RCP; aprueban y acreditan dos publicaciones sobre RCP según los criterios de la ERC (Consejo Europeo de Resucitación)^{7,8}.

Debido a que los trabajos publicados sobre soporte vital básico (SVB) sobrepasan las 1.000 citas bibliográficas; el equipo de investigación con ayuda del Servicio de Biblioteca realiza un estudio bibliométrico previo con la objeto de: A) saber como ha evolucionado la técnica de SVB en un período de tiempo (años 1980-2000, ambos inclusive); B) evaluar el trabajo de los organismos competentes y, C) apreciar el impacto de los artículos. Posteriormente, se obtiene un análisis documental que permite la catalogación y clasificación de las citas bibliográficas, siendo éstas seleccionadas para el estudio mediante consenso por grupo nominal.

El objetivo principal del trabajo de investigación² fue diseñar un algoritmo gráfico, a modo de pictograma, que indique la secuencia a seguir en una RCP en una gestante. Nuestra finalidad fue mostrar las diferencias con la no-embarazada para mejorar la supervivencia de este tipo de víctimas. Para ello realizamos un estudio descriptivo mediante

búsqueda bibliográfica y análisis bibliométrico.

La validación de contenidos, como se cita en el apartado de métodos tienen en cuenta lo publicado hasta el año 2000, incluidas las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) como se cita en la referencia bibliográfica nº 91 del artículo publicado^{2,9}. Aún así, como mencionamos al principio, se han cometido algunos errores inaceptables. Creemos que hay una irresponsabilidad en cadena sobre la revisión del artículo, que asumimos.

En referencia al SVB específico de la embarazada por nosotros diseñado, la solicitud de ayuda urgente cumple con los criterios de la AHA, avisar con celeridad facilita la llegada de personal cualificado con la correspondiente mejora de la supervivencia¹⁰, siendo las únicas excepciones (practicar durante un minuto la RCP, antes de avisar): en caso de ahogamiento, de parada cardiorrespiratoria (PCR) asociado con traumatismo, de sobredosis por drogas o fármacos y en PCR de niños < de 8 años¹¹.

Discrepamos con Caballero A et al¹ en lo referente al método de obstrucción de la vía aérea. La AHA y el Comité de Enlace Internacional sobre Reanimación (ILCOR), en la Guía de Recomendaciones 2000^{6,12} no especifica modificaciones respecto al SVB en embarazadas al no encontrarse evidencias; sin embargo hay autores que desaconsejan las compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en la gestante y proponen realizar compresiones torácicas (6 compresiones, cada 2 segundos, en la zona media del esternón)^{7,13,14}.

Por último, en nuestro artículo (Introducción) decimos que la secuencia del SVB en una embarazada es similar al de la no-embarazada pero existen algunas características propias, anatómicas y fisiológicas, que hacen que algunas de las maniobras de RCP se modifiquen en la gestante (posición, desobstrucción vía aérea y punto de compresión externo, principalmente). Además se debe considerar la edad gestacional (viabilidad fetal)¹⁵ y el gran estrés que conlleva para el resucitador al ser una situación muy excepcional¹⁶. De hecho, tanto la AHA como el ILCOR, en su última publicación conjunta¹², aunque no encuadren a la RCP obstétrica como una situación especial de resucitación, siguen considerando la PCR asociada con embarazo como una problema avanzado en reanimación que difiere de la RCP básica del adulto. Por ello, admitimos que el SVB se debe unificar y simplificar pero hay que observar que coexisten tres métodos de RCP básico según el tipo

de víctima (indiferente de la causa de la PCR) como son: pediátrico, obstétrico y adulto. Todos ellos con características particulares que lo hacen específicos. Diferenciándolos es cómo se verán mejoradas las posibilidades de supervivencia de cada una de las víctimas.

1- Caballero Oliver A, Suárez Sánchez E. Resucitación Cardiopulmonar: Recomendaciones únicas para facilitar la actuación. *Emergencias* 2002;14:291-2.

2- Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Martínez Moar L, Pérez Iglesias JR, Pereira Beceiro J, Rodeño Abelleira A. Reanimación Cardiopulmonar Obstétrica: Aptitud básica ante una parada cardiorrespiratoria en embarazadas. *Emergencias* 2002;14:182-9.

3- Fernández Cubero JM, Muñoz Maldonado H. Traumatismos Raquimedulares. En: Gil Cebrián J, Díaz-Alersi Rosety R, Jesús Coma M, Gil Bello D, editores. *Principios de Urgencias y Cuidados Críticos* (edición electrónica). URL= <http://www.uninet.edu/tratado/c110609.html> [recuperado el 11-10-2002].

4- Peña S. Atención Inicial: Actuación Frente a Accidentes de Tráfico (edición electrónica).2002. URL= <http://es.geocities.com/emergenciasparaenfermeria/articulos.htm> [recuperado el 11-10-2002].

5- Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2000;102 (supl 1):I1-I384.

6- Paro Cardíaco Asociado con Embarazo. En: American Heart Association, International Liaison Committee on Resuscitation, editores. *Recomendaciones 2000 para la Reanimación Cardiopulmonar y Atención Cardiovascular de Urgencia: Consenso Científico Internacional*. Buenos Aires: American Heart Association, 2001. p. 247-9.

7- Del Busto Prado FM, Martino Álvarez J, Álvarez Fernández JA. Resucitación Cardiopulmonar en Situaciones Especiales: PCR en la Embarazada. En: Ruano M, editor. *Manual de Soporte Vital Avanzado*. Consejo Español de RCP. 2ª ed. Barcelona: Masson S.A. 1999; p.199-201.

8- Lesmes Serrano A, Tormo Calandín C. Guía de Resucitación Cardiopulmonar Básica. Comité del Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC. Consejo Español de RCP. 4ª ed. Barcelona: Masson S.A. 2002.

9- Cummins OR, Fran Hazinski M. The Most Important Changes in the International ECC and CPR Guidelines 2000 (editorials). *Circulation* 2000;102:1-371.

10- Fernández Ayuso D, Martínez López MD, Fernández Ayuso R, García Suárez A. Soporte Vital Básico. En: Fernández Ayuso D, Aparicio Santos J, Pérez Olmo JL, Serrano Moraza A, editores. *Manual de Enfermería en Emergencia Prehospitalaria y Rescate*. Madrid: ARÁN ediciones SL. 2002; p.107-19.

11- Stapleton ER, Aufderheider TP, Fran Hazinski M, Cummins RO. AVB para el Equipo de Salud. Buenos Aires: American Heart Association. 2002; p.63-83.

12- American Heart Association, International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. Part 8: Advanced Challenges in Resuscitation: Section 3: Special Challenges in ECC: Cardiac Arrest Associated with Pregnancy. *Circulation* 2000;102 (Suppl 1):I-229-I-252.

13- Luppi CJ. Cardiopulmonary Resuscitation: Pregnant Women are Different. *AACN Clin Issues* 1997;8:547-85.

14- Grau Gandía S, Martínez Ramón MA. Reanimación Cardiopulmonar en la Gestante: Peculiaridades. *Enferm Intensiva* 1998;9:160-8.

15- Baird SM, McCoy G. Cardiopulmonary Resuscitation During Pregnancy. *Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:538-48.

16- Luppi CJ. Cardiopulmonary Resuscitation in Pregnancy. What all Nur-

ses Caring for Childbearing Women Need to Know. *AWHONN Lifelines* 1999;3:41-5.

J.M. Rumbo Prieto, L. Arantón Areosa.

Complejo Hospitalario A. Marcide- Nova Santos de Ferrol.

Desfibrilador semiautomático y participación ciudadana

Sr. Director:

En el número de diciembre de su revista se publicaron las recomendaciones del I Foro de expertos en desfibrilación semiautomática¹. En diversos apartados del artículo se reitera la necesidad de que única y exclusivamente pueda utilizar los desfibriladores semiautomáticos (DEAs) personal capacitado mediante una formación debidamente acreditada. Caffrey SL et al² revisan la utilización de los DEAs en tres aeropuertos de Chicago durante 2 años: 100 millones de pasajeros/año, instalación de casi 70 DEAs, distancia entre desfibriladores de 60-90 segundos andando, acceso universal a los DEAs (viajeros, personal entrenado y personal del aeropuerto), se distribuyen folletos, videos en salas de espera, etc. Los DEAs se utilizaron en 26 ocasiones pero solo 18 casos con fibrilación ventricular (FV). Entre diversas conclusiones exponen que ante los resultados obtenidos deberían promulgarse leyes para protección legal del que la terminología anglosajona llama "buen samaritano" (en nuestro caso sería ciudadano no entrenado), que los DEAs deben extenderse en la cantidad adecuada y que se deben desarrollar campañas agresivas de divulgación sobre los DEAs. Similares referencias a que los DEAs puedan ser utilizados por personal no entrenado se mantienen en diversos trabajos^{3,4}.

En un aeropuerto como el de Madrid-Barajas, con unos 34 millones de pasajeros al año, serían de esperar unos 3-4 episodios anuales de FV. ¿En función de costes y resultados estamos en disposición económica para dar formación acreditada a buena parte del personal del aeropuerto o para lugares con alta concentración de personas? ¿Se instalarán todos los DEAs necesarios o serán transportados por el personal acreditado? En España aún tenemos pendiente la difusión de la resucitación cardiopulmonar hacia la comunidad y parece que tampoco les llegará para los DEAs. Tiempos de respuesta menores de 5 minutos para la FV y de 8 minutos para la parada cardiorrespiratoria, en general, difícilmente podrán obtenerse sin la participación de los ciudadanos.

1- Perales Rodríguez de Viguri N y participantes en el I Foro de Expertos

en Desfibrilación Semiautomática. La desfibrilación temprana: Conclusiones y recomendaciones del I Foro de Expertos en Desfibrilación Semiautomática. Emergencias 2002;14:328-35.

2- Caffrey SL, Willoughby PJ, Pepe PE, Becker LB. Public use of automated external defibrillators. N Engl J Med 2002;347:1242-7.

3- Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. 4. The automated external defibrillator: key link in the chain of survival. Circulation 2000;102: (Suppl) 1:1-60-1-76.

4- Gundry JW, Comess KA, DeRook FA, Jorgenson D, Bardy GH. Comparison of naive sixth-grade children with trained professionals in the use of an automated external defibrillator. Circulation 1999;100:1703-7.

J. de las Heras Gómez

Responsable SUAP "Los Ángeles"-Getafe.

Madrid