

NUEVAS DIRECTRICES PARA LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

Maria Celia Barcellos Dalri¹

Izilda Esmenia Muglia Araújo²

Renata Cristina de Campos Pereira Silveira³

Silvia Rita Marin da Silva Canini⁴

Regilene Molina Zacareli Cyrillo⁵

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una ocurrencia que presenta una grave amenaza a la vida; la resucitación cardiopulmonar (RCP) representa un desafío para la investigación y la evaluación por parte del enfermero y su equipo. Este estudio presenta las más recientes recomendaciones internacionales sobre la atención a la parada cardiorrespiratoria, basada en las Directrices de 2005 de la American Heart Association (AHA). Esas directrices sobre RCP se fundamentan en un proceso de revisión extenso, organizado por el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Las maniobras básicas y avanzadas de RCP ofrecidas con calidad pueden salvar vidas.

DESCRIPTORES: enfermería; paro cardíaco; resucitación cardiopulmonar; enfermería de urgencia

NEW GUIDELINES FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

Cardiopulmonary arrest (CPA) poses a severe threat to life; cardiopulmonary resuscitation (CPR) represents a challenge for research and assessment by nurses and their team. This study presents the most recent international recommendations for care in case of cardiopulmonary heart arrest, based on the 2005 Guidelines by the American Heart Association (AHA). These CPR guidelines are based on a large-scale review process, organized by the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). High-quality basic and advanced CPR maneuvers can save lives.

DESCRIPTORS: nursing; heart arrest; cardiopulmonary resuscitation; emergency nursing

NOVAS DIRETRIZES DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

A parada cardiorrespiratória (PCR) é intercorrência de grave ameaça à vida; a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) representa desafio para a investigação e a avaliação por parte do enfermeiro e sua equipe. Esse estudo apresenta as mais recentes recomendações internacionais sobre atendimento da parada cardiorrespiratória, baseado nas Diretrizes de 2005 da American Heart Association (AHA). Essas diretrizes sobre RCP fundamentam-se num processo de revisão extenso, organizado pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). As manobras básicas e avançadas de RCP com qualidade podem salvar vidas.

DESCRITORES: enfermagem; parada cardíaca; ressuscitação cardiopulmonar; enfermagem em emergência

¹ Enfermera, Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: macdalri@eerp.usp.br; ² Enfermera, Profesor Doctor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas, e-mail: iema@fcm.unicamp.br; ³ Enfermera, Alumno tesista de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: recris@eerp.usp.br; ⁴ Enfermera, Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: canini@eerp.usp.br; ⁵ Enfermera, Alumno tesista del Centro Universitário Barão de Mauá, Brasil, Enfermera del Secretaria Municipal de Salud de Ribeirão Preto, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Las directrices actuales enfatizan la simplicidad para volver los procedimientos de la resucitación cardiopulmonar más fáciles de ser recordados. El énfasis en este estudio es ofrecer al paciente en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR) la reanimación cardiopulmonar con competencia por parte de quien atiende⁽¹⁾. El autor refuerza la idea, la que corroboramos, de que la ciencia de la reanimación evolucionó rápidamente. La intervención rápida, segura y eficaz de los profesionales con la finalidad de posibilitar el retorno de la ventilación y de la circulación espontáneas modifican la situación de sobre vivencia⁽¹⁻²⁾.

LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

Durante los últimos 50 años, con la introducción de la resucitación cardiopulmonar (RCP), ocurrieron muchos avances en la atención de las emergencias cardiovasculares y en el soporte avanzado de vida en cardiología. Esas intervenciones han contribuido para restaurar la circulación y mejorar la sobre vivencia de víctimas de paradas cardiorrespiratorias⁽³⁻⁴⁾.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una ocurrencia, a veces, inesperada, constituyéndose en una grave amenaza a la vida de las personas, principalmente las que sufren parada cardiaca súbita (PCS) fuera del hospital, siendo que muchos de esos pacientes presentan fibrilación ventricular (FV). El manejo de esas víctimas en cualquier nivel de atención, de menor o mayor complejidad, necesita de RCP precoz y desfibrilación⁽³⁻⁵⁾. Y, en parte, esas maniobras dependen de la disponibilidad y funcionalidad del equipamiento de reanimación, que debe estar preparado para uso inmediato y también del entrenamiento del equipo, el que puede ser hecho por medio de cursos de Soporte Básico de Vida y Avanzado de Vida, en Cardiología⁽⁶⁾. Una RCP de alta calidad, puede duplicar o triplicar las tasas de sobre vivencia después de una PCR.

LAS NUEVAS DIRECTRICES DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

La American Heart Association (AHA) por medio del Comité Internacional de Resucitación realizó

una revisión de la literatura con el tema resucitación cardiopulmonar. La misión era identificar y revisar las ciencias y los conocimientos internacionales relevantes en PCR y ofrecer un consenso en las recomendaciones de su atención^(3-5,7).

El proceso de revisión para las nuevas directrices se inició en 2003 cuando los representantes del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)⁽⁵⁾ establecieron seis tópicos de interés en RCP: soporte básico de vida; soporte avanzado de vida; síndrome coronario agudo; soporte de vida en pediatría; soporte de vida en neonatología y la acción interdisciplinaria sobre tópicos de educación. Este comité se reunió en enero de 2005, en la ciudad de Dallas en el Internacional Consensus Conference (ICC) y CPR Science with Treatment Recommendations⁽⁷⁾.

Los estudios científicos y las recomendaciones de tratamiento fueron publicados en el International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations (CoSTR)⁽⁵⁾. Los enfermeros entre otros elementos del equipo de salud, educadores en la área de la salud (escuelas de enfermería, medicina, odontología, fisioterapia, educación física, etc.) y investigadores que participan directa o indirectamente con el tema, sea en, la asistencia, la enseñanza o en la investigación, deben leer el documento completo de las nuevas directrices que están publicadas tanto en la revista *Resuscitation* en noviembre de 2005 como en la *Circulation* de diciembre de 2005.

Las modificaciones recomendadas en 2005 tienen por objetivo simplificar las directrices de la RCP, eliminando las diferencias en los procedimientos técnicos y también en los diferentes intervalos de edad de la víctima; aumentando el número de compresiones torácicas y la calidad de esas compresiones continuas. Actualmente lo recomendado en la relación compresión-ventilación es de 30:2 para atender víctimas de todas las edades (excepto en recién nacidos), con uno o dos enfermeros de socorro, hasta que una vía artificial (por Ej.: tubo endotraqueal) sea instalado. Se recomienda también que en lactantes y niños, realizada por dos enfermeros de socorro, debe utilizarse una relación compresión-ventilación de 15:2^(3-5,7).

Las compresiones torácicas eficaces restablecen el flujo sanguíneo durante la RCP y las directrices enfatizan los siguientes aspectos: para

aplicar compresiones torácicas eficaces, todos los enfermeros de socorro deben hacer "una compresión fuerte, rápida, sin parar"; comprimir el tórax con una frecuencia de aproximadamente 100 compresiones por minuto, para todas las víctimas (excepto recién nacidos); permitir que el tórax retroceda totalmente (vuelva a la posición normal) después de cada compresión, y utilizar aproximadamente el mismo tiempo para compresión y relajamiento; tratar de minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas, ya que cada vez que las compresiones torácicas son interrumpidas, el flujo sanguíneo cesa⁽³⁾.

Un cuestionamiento frecuente es: ¿Qué se hace primero, la compresión o la desfibrilación en la atención de parada cardíaca por fibrilación ventricular (FV)? Cuando algún enfermero de socorro presencia una parada cardíaca en un adulto y un DEA está disponible en el local, el enfermero de socorro debe usarlo cuanto antes; esa recomendación se aplica a enfermeros de socorros legos y también a proveedores y profesionales de la salud que estén trabajando en hospitales o en otros locales que tengan el equipo disponible. Cuando más de un enfermero de socorro está disponible, uno de ellos deberá aplicar las maniobras de RCP hasta a llegada del DEA. Lo ideal es uno de ellos continúe las maniobras hasta que el otro enfermero de socorro accione el desfibrilador automático⁽³⁾. Cuando el equipo de rescate llega al local de una parada cardíaca que no fue presenciada fuera del hospital, es razonable que los enfermeros de socorro apliquen cinco ciclos de RCP (cerca de dos minutos), antes de verificar el ritmo presente e inicien la desfibrilación. Entre tanto, caso el intervalo entre el llamado del servicio de emergencia y la respuesta sea mayor que cuatro o cinco minutos, el médico responsable deberá considerar la posibilidad de introducir un protocolo que permita al enfermero de socorro aplicar cinco ciclos o dos minutos de RCP, antes de tratar la desfibrilación^(3-5,7).

Las modificaciones tienen por objetivo simplificar y enfatizar las maniobras del soporte básico de vida como estrategias fundamentales para mejorar la sobre vivencia después una parada cardíaca. Todos los enfermeros de socorro deben realizar una RCP de alta calidad: esos enfermeros de socorro deben aplicar compresiones torácicas de profundidad y número adecuados, permitir el retroceso torácico después de cada compresión y minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas.

El mensaje más importante de las directrices 2005 es que una RCP de alta calidad, o sea realizada adecuadamente, salvará vidas, y todas las víctimas de parada cardíaca deben recibir una RCP de alta calidad⁽³⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Delante de lo expuesto, se observa que, le cabe al equipo de enfermería la responsabilidad de los cuidados intensivos del paciente en PCR, durante la RCP y después de esa intervención, por medio de la evaluación permanente, de la vigilancia, y de la realización de procedimientos y técnicas que complementan la terapéutica médica, con base en las directrices para la asistencia de enfermería, garantizando la continuidad de un trabajo integrado, actuando también en la orientación y en el acogimiento de los familiares⁽⁸⁾.

Como parte de la organización de ese ambiente de atención a la víctima en PCR, los enfermeros deben adoptar estilos de liderazgo participativo, compartir y o delegar funciones, siendo las principales habilidades, para la administración de la asistencia de enfermería, la comunicación, la relación interpersonal, el liderazgo, la toma de decisión y la competencia técnica⁽⁹⁾.

REFERENCIAS

- 1 Lane JC. Novas diretrizes de reanimação cardiorrespiratória cerebral da Sociedade Americana de Cardiologia (2005-2006). Arq Brás Cardiol 2007; 89(2):e17-e18.
- 2 Capovilla B.C. Ressuscitação cárdio-respiratória: uma análise do processo ensino/aprendizagem nas universidades públicas estaduais paulistas. [dissertação]. Campinas (SP):

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP; 2002.

3. Currents in emergency cardiovascular care. Highlights of the 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Current in Emergency Cardiovascular Care 2005-2006; 16:1-26.
4. American Heart Association. Guidelines for

- Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science. Circulation 2005 January; 112: IV-1-IV-211.
5. International Liaison Committee on Resuscitation. 2005. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation 2005;67:157,341.
6. Bellan M.C. Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP; 2006.
7. Nolan J. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 Section 1. Introduction. Resuscitation 2005; 67: S1, S3, S6.
8. Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2004 Jun; 12(3):477-84.
9. Wehbe G, Galvão C. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2):86-90.