

ACTUALIZACION EN RCP:

Moderadores:

Dr. Narciso Perales Rodríguez de Viguri

Sr. Pedro M. Lastra Cubel

Las muertes por Parada Cardio-Respiratoria (PCR) representan un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que anualmente, en España, son subsidiarias de RCP más de 24.500 personas en el medio extrahospitalario y 18.000 en el hospitalario. Esto hace que se estudie e investigue para la elaboración de normas y pautas que hagan reducir la tasa de mortalidad en pacientes con PCR tras practicarles RCP.

Presentación de las nuevas guías de RCP:

Dr. Leo Bossaert.

El no mejorar la tasa de pervivencia tras PCR en los últimos 10-15 años hace pensar que quizás las pautas establecidas no eran las idóneas.

La ILCOR(International Liaison Comité on Resucitation)2005, tras analizar la situación y llegar a un consenso sobre estrategias a seguir, elaboró unas pautas, que se publicaron el 28 de noviembre del 2005, para mejorar las tasas de mortalidad.

En estas recomendaciones se le da más importancia a las compresiones cardiacas que a la respiración y choque eléctrico. Se pasa de una pauta de 15:2 a 30:2 compresiones:respiraciones.

En cuanto a desfibrilación se recomienda el uso de desfibriladores bifásicos con descargas de 150 julios siempre, precedidas y seguidas de compresiones cardiacas. Otra cuestión que salió a relucir fue la atención a los pacientes que habiendo sufrido una PCR y no haber sido reanimados son subsidiarios de donación de riñones a corazón parado.

Organización de la RCP a nivel hospitalario:

Dr. Francisco de Latorre Arteche.

Según el estudio Nadkarni. Jama 2006, realizado en USA, la supervivencia del PCR hospitalaria al alta es del 17.6%, de ellos el 63% con buena recuperación neurológica. Las causas principales fueron arritmia, HTA, I. Respiratoria e IAM.

Las causas de la demora en la respuesta hospitalaria al deterioro clínico del paciente que sufre PCR son:

La enfermera no avisa al Médico de Guardia.

El médico de guardia no avisa a UCI.

No hacen gasometría y si la hacen no la saben interpretar.

Necesidad de crear los Medical Emergency Teams (MET)

Fundamentos de los MET:

Identificación de riesgo vital.

Identificación de posibles pacientes que hagan PCR.

Formación de los MET, médicos y enfermeros de planta.

Post reanimación. Mejora con hipotermia, $T^a < 33^{\circ}\text{C}$ durante 24 h.

Particularidades de la RCP infantil:

Dr. Custodio Calvo Macías.

Las principales causas de PCR en niños sanos son:

- Accidentes.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.

En niños enfermos:

- Respiratorias.
- Circulatorias.
- Cardíacas.

Las edades pediátricas abarcan: al Recién Nacido. Lactante, niño < 1 año. Niño desde 1 año hasta la pubertad.

Cada edad pediátrica tiene una característica propia y definida y según sea una u otra se debe actuar cuando exista una PCR.

Repercusión del Plan Nacional de RCP en la práctica asistencial.

Sr. Jesús Pascual Martínez.

Análisis de la situación de la enfermería en el nuevo contexto creado a partir de la elaboración del Plan Estratégico del Plan Nacional de RCP.

Existe un proceso de “apertura” desde la dirección del Plan que puede concluir con la integración de nuestra sociedad (SEEIUC) en él, las nuevas oportunidades en formación y docencia, y nuestra participación en la gestión y asistencia de las RCPs hospitalarias.

La realidad nos vuelve a plantear la dificultad que tenemos la/os enfermera/os para alcanzar este desarrollo profesional en casi todos los ámbitos de nuestra profesión, especialmente el hospitalario donde el papel del Coordinador de RCP y las supervisoras de UCI es fundamental a la hora de “representar” a la enfermería hospitalaria, tanto a la hora de demandar formación como conseguir que participemos en la docencia de RCP.

Por otra parte, traslada a la dirección del Plan la necesidad de captar aquellos profesionales más cualificados y con mejores aptitudes en este campo, independientemente de su “profesión”, para participar en la docencia del Plan. Hay que conseguir que mejore la formación en RCP pre y postgrado, con la inclusión de formación en RCP reglada en nuestras escuelas de enfermería, y por último destaca que hay que avanzar en el concepto de “trabajo en equipo” (que por primera vez se cita desde el Plan) en este campo para que, mejorando las capacidades y conocimientos individuales y mejorando como equipo, mejoremos la calidad “global” de la asistencia a los pacientes en parada cardiorrespiratoria o en riesgo de sufrirla.