

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL PACIENTE AHOGADO O CASI AHOGADO.

Juan A. Gómez Company

El ahogamiento es una causa importante de mortalidad en nuestro país, sobre todo en niños y adolescentes. Debemos plantear desde el inicio de nuestro tema una importante distinción:

- Denominamos **Ahogamiento**, a la muerte por asfixia provocada por la inmersión en un líquido, generalmente agua.
- El término **Casi- ahogamiento** se refiere a un accidente de inmersión con supervivencia, más o menos transitoria, de la víctima.

El ahogamiento o casi- ahogamiento puede ocurrir básicamente de dos formas: **seco** (por laringoespasma brusco que impide la entrada de líquido en el interior pulmonar) y **húmedo** (hay una entrada de líquido al aparato respiratorio).

En el ahogamiento húmedo, clásicamente se han hecho innumerables especificaciones, según este ocurriera en agua dulce o salada (sobre todo a través de estudios experimentales en animales); a través de la experiencia clínica y realización de autopsias, se ha demostrado que la mayoría de las víctimas de ahogamiento o casi- ahogamiento no aspiran suficiente líquido como para provocar cambios potencialmente mortales en el volumen sanguíneo o en las concentraciones electrolíticas del torrente circulatorio.

En todos los tipos de ahogamiento descritos hay un resultante común que debemos combatir: la **hipoxia** (definida como disminución o abolición del aporte de oxígeno a los órganos y demás tejidos del cuerpo). Para combatir este hecho, disponemos de suficientes armas entre las que se encuentran las maniobras de **Resucitación Cardiopulmonar Básica** (cuando no se precisa equipo de ayuda) y **avanzada** (con equipo y personal especializado).

Toda acción adoptada en una situación de emergencia (como las maniobras de Resucitación Cardiopulmonar) tiene por sí sola una eficacia limitada; Solo el conjunto de estas acciones, realizadas de manera ordenada y en el momento adecuado, han demostrado aumentar el número de vidas salvadas → Este conjunto de acciones se conoce como "**Cadena de Supervivencia**". De forma similar a los eslabones de una cadena, cada una de estas acciones por sí sola un lugar importante, perdiendo validez en el caso de realizarse de forma aislada.



Es de gran importancia el reconocer como medida inicial y principal de la cadena **Pedir Ayuda** (poner en funcionamiento los Sistemas de Emergencia)

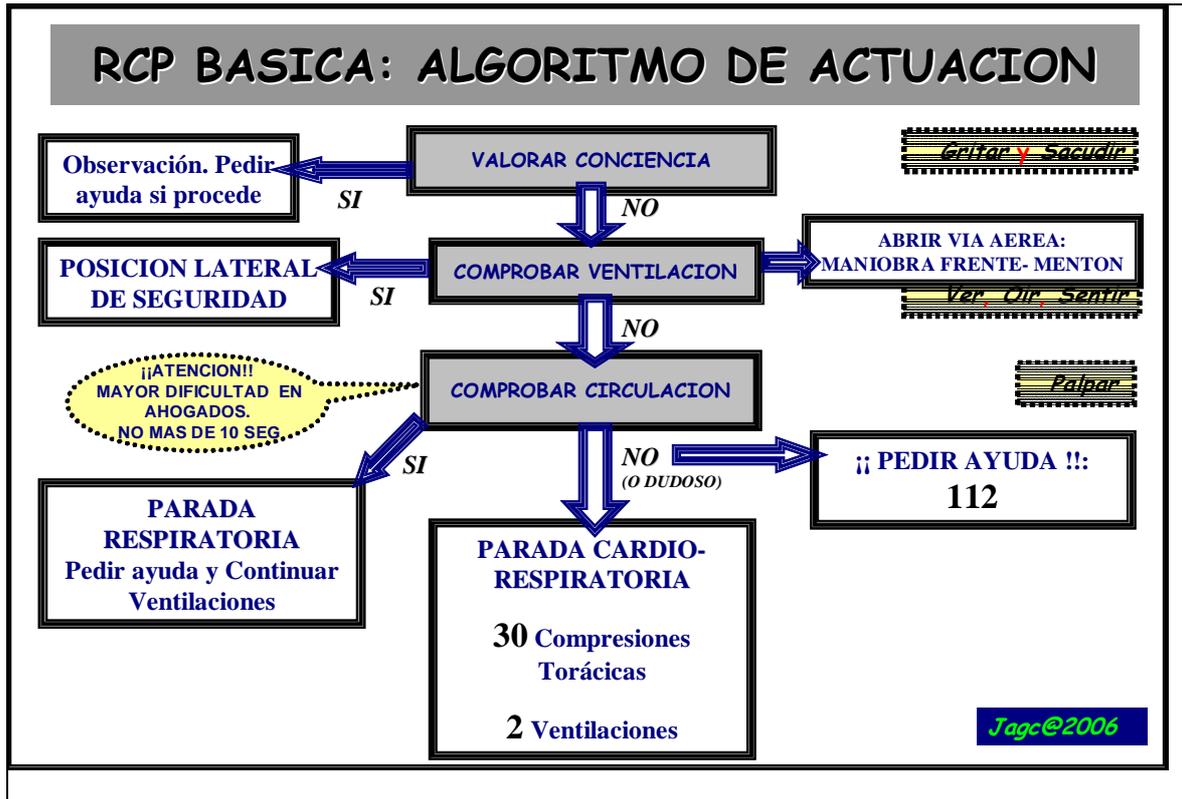
Todo ciudadano debería conocer y practicar las medidas de Soporte Vital Básico así como su secuencia de actuación: reconocer una situación de inconsciencia, aplicar medidas de soporte ventilatorio y circulatorio, realizar maniobras de desobstrucción de la vía aérea, etc... En las últimas actualizaciones de RCP de la Asociación Europea (European Resuscitation Council) queda claramente reflejado *“las personas que Trabajan en el sector salud, así como policías, bomberos, personal de seguridad, personal de rescate, tripulantes de embarcaciones de pasajeros... deben conocer las maniobras de SVB en RCP así el uso de desfibriladores Externos Automáticos.”*

Las maniobras de Soporte Vital Básico tienen, como anteriormente se ha descrito, la prioridad de aportar una Oxigenación de Emergencia, mediante el mantenimiento de una vía aérea permeable y de una ventilación y circulación eficaces, realizando esto sin más equipo que los simples dispositivos de barrera para aplicar el soporte respiratorio (mascarillas “llavero”, mascarillas con válvula unidireccional, etc...). Creemos, que conocer la secuencia de actuación, es de necesaria importancia, por lo que se adjunta la secuencia de actuación, según últimas recomendaciones (European Resuscitation Council 2005). (Anexo 1)

Es importante saber que muchos niños no reciben resucitación debido a que los reanimadores potenciales temen causar daño. Este temor es infundado; es mucho mejor utilizar la secuencia de Soporte Vital Básico para adultos en la resucitación de un niño que no hacer nada. Para facilidad en la enseñanza y en la retención, por tanto, la población general debería aprender en la secuencia para adultos puede también ser utilizadas con niños que no responden y no respiran. Las siguientes modificaciones menores de la secuencia para adultos podrían, no obstante, hacerlas más adecuadas para los niños:

- Dé cinco ventilaciones de rescate iniciales antes de comenzar las compresiones torácicas
- Un reanimador en solitario debería práctica de RCP durante aproximadamente un minuto antes de ir a buscar ayuda.

Comprima el tórax aproximadamente un tercio de su profundidad; utilice 2 dedos para lactantes por debajo de un año; utilice una o dos manos para niños por encima de un año según sea necesario para conseguir una adecuada profundidad en las compresiones.



Alg. 1. Secuencia de aplicación del Soporte Vital Basico (anexo 1)

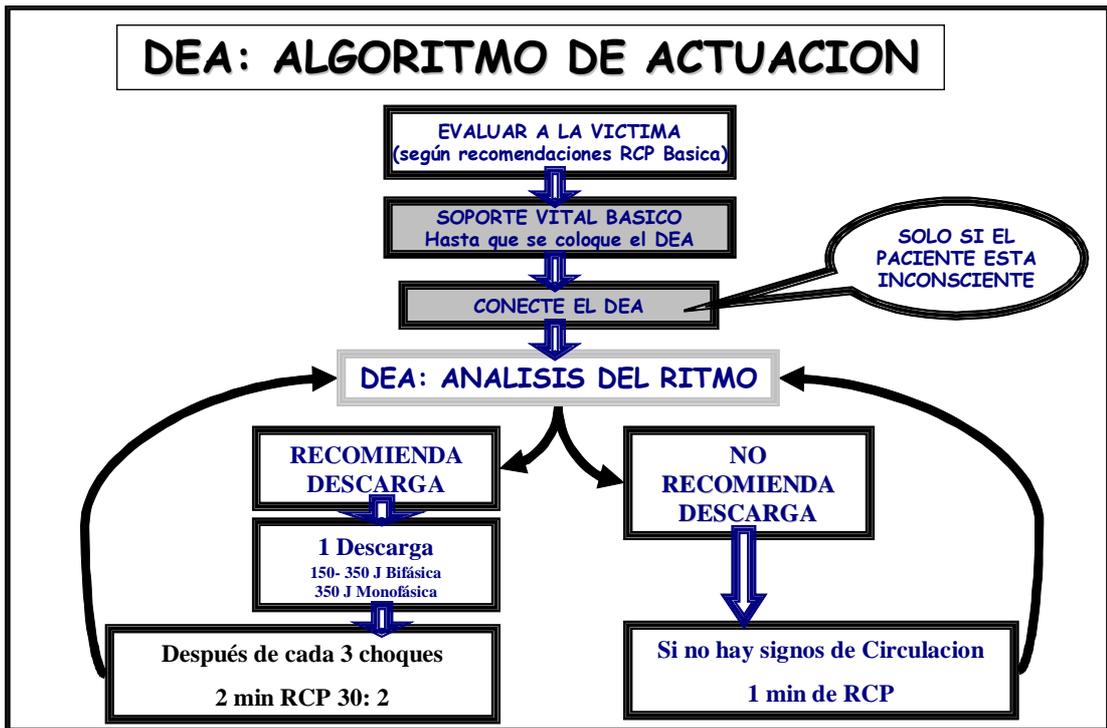
Las mismas modificaciones de las cinco ventilaciones iniciales y un minuto de RCP por él reanimador en solitario antes de buscar ayuda puede mejorar el resultado en **víctimas de ahogamiento**, esta modificación debería ser enseñada sólo a aquellos que tienen la tarea específica de atender a posibles víctimas de ahogamiento (por ejemplo socorristas acuáticos).

Las maniobras de Soporte Vital Avanzado son similares a las anteriores, realizadas por profesionales, y con ayuda de un equipo mas sofisticado (desfibriladores, intubación orotraqueal, ventilador mecánico de transporte, etc...)

En el paciente ahogado, además de lo anterior, hay algunas circunstancias que debemos tener en cuenta para actuar ante ellas desde el momento del incidente:

- Esta contraindicado, y totalmente descartado, la **desobstrucción rutinaria de la vía aérea (maniobra de Heimlich)** para intentar evacuar el líquido aspirado, ya que podríamos facilitar una broncoaspiración pulmonar (entrada de el contenido gástrico, al aparato respiratorio). Solo se hará en el el caso de sospecha de obstrucción de esta vía aérea, en pacientes conscientes (movimientos de tos forzados, imposibilidad de ventilación, etc...).
- Todo paciente ahogado ha podido sufrir un traumatismo y por la tanto, tener **lesión de la columna cervical**, por lo que debemos mantener precaución en las movilizaciones así como en la apertura de la vía aérea (abrir vía aérea mediante la **elevación mandibular**).
- Todo paciente ahogado va a tener un mayor o menor grado de **Hipotermia**, por lo que es necesario comenzar el tratamiento desde el mismo momento y lugar del incidente (retirar ropas, aplicar mantas, etc...). Además no podemos olvidar el Axioma **“Ningún paciente hipotérmico debe considerarse muerto hasta que no este caliente y muerto”**.
- Un mecanismo frecuente de muerte en las personas que sufre ahogamiento, es la Fibrilación Ventricular (ya sea por hipoxia, hipotermia, etc...), por lo que es necesario aprender y conocer el funcionamiento básico de los **DEA (Desfibriladores Externos Automáticos)**. En el Anexo 2, quedan recogidas las últimas recomendaciones sobre su uso.

Las maniobras de RCP deben realizarse durante al menos 30 minutos, debiendo prolongar este periodo en el caso de pacientes ahogados y presumiblemente hipotérmicos.



Alg. 2. Secuencia de actuación con el uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA) (anexo 2)