

Soporte vital avanzado extrahospitalario. Aprendiendo de los errores

Julia Álvarez-Blanco*, Yolanda González-Pascual*, Víctor Lemes-Niz, Alberto Fernández-Fernández*.**

* LES. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Carballeda. Gerencia de Atención Primaria de Zamora. Zamora (España).

** MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Julia Álvarez Blanco. jalvarezblanc@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: El paro cardiorrespiratorio (PCR), consiste en el cese de la actividad mecánica cardíaca y se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración. La etiopatogenia más frecuente es la cardíaca.

El soporte vital avanzado es aquel que incluye las medidas de reanimación cardiopulmonar básica (RCP), y además pone énfasis en situaciones periparada (prevención pre-PCR y cuidados post-RCP)

En el medio extrahospitalario hay que sumar los factores externos que influyen en la actuación ante estas situaciones.

Tras la realización de cualquier acto sanitario debería hacerse una lectura crítica para evaluar posibles errores que se hayan cometido (el modelo de queso Gruyere de James Reason).

Exposición del caso: Paciente de 85 años que consultó telefónicamente por dolor torácico de horas de evolución. A su llegada al centro de referencia se detectó en electrocardiograma (ECG) elevación de ST marcada en cara anterolateral y seguidamente el paciente entró en parada cardiorrespiratoria.

Se inició por el equipo las maniobras de reanimación según las guías de RCP actualizadas y se avisó a Emergencias Sanitarias. Tras 45 minutos de RCP avanzada se certificó exitus del paciente.

Diagnóstico y discusión: La detección precoz de ritmos periparada, o causas de posibles paradas cardiorespiratorias supone que los especialistas sanitarios estén preparados para la asistencia de la misma cuando se dé el caso. Asimismo, la detección y

actuación ante una PCR es de vital importancia y por eso es conveniente realizar una reevaluación tras una asistencia sanitaria, detectando posibles errores y buscando posibles soluciones a ellos.

PALABRAS CLAVE

Soporte vital avanzado. Error sanitario. Atención extrahospitalaria

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN.

El paro cardiorrespiratorio consiste en el cese de la actividad mecánica miocárdica y se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración. La etiopatogenia más frecuente es la cardíaca. Sin embargo, hay otras causas como pueden ser: accidentes neurológicos, vasculares o pulmonares que pueden producir la muerte en un corto intervalo y confundirse con la muerte súbita de origen cardíaco. Además, la muerte cardíaca no es siempre de origen arrítmico, pudiendo ser secundaria a rotura cardíaca o disfunciones valvulares agudas graves. La taquicardia ventricular (TV) y fibrilación ventricular (FV) son responsables del 75% de las muertes súbitas [1].

El soporte vital avanzado es aquel que incluye las medidas de reanimación cardiopulmonar básica (RCP). Además de la utilización de

medicación durante la reanimación y el uso de dispositivos de desfibrilación, pone énfasis en

situaciones periparada (prevención pre-PCR y cuidados post-RCP) como la identificación de las situaciones y establecer una aproximación mediante el sistema ABCDE [2].

En el medio extrahospitalario hay que sumar los factores externos como el lugar, los medios de los que se dispone, el entrenamiento del reanimador, la distancia a un medio hospitalario y/o centro sanitario que pueden suponer una desventaja para el resultado exitoso del soporte vital avanzado.

Tras la realización de cualquier acto sanitario debería hacerse una lectura crítica para evaluar posibles errores que se hayan cometido, o si se han detectado ya alguno de estos que han conllevado algún efecto adverso y por tanto con trascendencia del mismo y los factores que han contribuido a que se produjese, tanto errores humanos como fallos del sistema (el modelo de queso Gruyere de James Reason) [3].

Analizar ese error desde un punto de vista donde la causa del mismo es un fallo del sistema implica tener en cuenta que las personas fallan, los errores son esperables o previsibles. Dichos errores se facilitan o son consecuencia de fallos latentes en el entorno asistencial y los procesos y procedimientos que se aplican.

La estrategia de actuación es analizarlos y aprender sobre los mismos identificando el suceso, reparando el daño, buscando las causas profundas en el sistema y rediseñando el sistema en función del análisis [4,5].

CASO CLÍNICO.

Paciente de 85 años que consultó telefónicamente por dolor torácico de horas de evolución en el centro de salud rural.

Su historia, al ser un paciente desplazado y atendido de forma puntual en otras ocasiones, no figuraba de forma completa ni todos los antecedentes o el tratamiento que realizaba.

A su llegada al centro, se detectó en ECG elevación de ST marcada en cara anterolateral (Figura 1) y seguidamente el paciente entró en

parada cardiorrespiratoria (PCR), no tenía pulso ni respiración y estaba inconsciente.

Se inició por el equipo las actuaciones y maniobras de reanimación según las guías de RCP actualizadas (Figura 2) y se avisó a Emergencias Sanitarias.

En el transcurso de las maniobras, el desfibrilador semiautomático detectó ritmo desfibrilable, al realizar la descarga el aparato se apagó y no se pudo realizar. Ante este contratiempo el equipo prosiguió con el resto del circuito, el ritmo de 30 compresiones y dos ventilaciones hasta que se dispuso de otro nuevo desfibrilador perteneciente al soporte técnico móvil que tiene su base en el centro de salud.

Tras 45 minutos de RCP avanzada, con cuatro bolos de adrenalina de 1 mg iv, 300 mg iv de amiodarona y tres descargas con el nuevo desfibrilador se certificó exitus del paciente.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN.

La detección precoz de ritmos periparada, o causas de posibles paradas cardiorrespiratorias (PCR) supone que los especialistas sanitarios estén preparados para el reconocimiento y asistencia de la misma cuando se dé el caso. Para ello es conveniente realizar revisiones y formación actualizada cada cierto tiempo.

Siempre que sea posible, es conveniente tener una historia clínica actualizada del paciente y su tratamiento, realizar una anamnesis rápida pero concisa que permita esclarecer posibles causas para poder asistir de forma adecuada y dirigida al paciente.

Es importante tener claro la cadena de actuaciones, así como utilizar un sistema de valoración, como el enfoque ABCDE que permita la evaluación y resolución paso a paso, sin saltar de uno a otro no estando resuelto el anterior, tratando las situaciones que comprometen la vida, realizando una reevaluación constante y activando otros servicios.

Es conveniente realizar una reevaluación tras una asistencia sanitaria, detectando posibles errores y buscando posibles soluciones a ellos, acercándonos a una atención segura, una atención libre de daños evitables.

En este caso, la falta de una historia completa donde figurasen todas sus patologías y tratamientos que orientase la naturaleza de su motivo de consulta fue uno de los errores. Así como el fallo del aparato desfibrilador semiautomático y reevaluar la correcta ventilación en las maniobras.

Tras la identificación de errores y fallos se determinó realizar a diario chequeo del desfibrilador automático, así como el carro preparado con material para atender emergencias. Se realizó una sesión de actualización de soporte vital avanzado y se recordó la importancia de realizar una buena anamnesis dirigida según el motivo de consulta.

No fueron errores que determinasen un final distinto del exitus, pero sí son aspectos a tener en cuenta a la hora de reevaluar y proponer mecanismos o acciones para evitar en las futuras actuaciones posibles fallos que determinen un sentido diferente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coma-Canella I, García- Castrillo Riesgo L, Ruano Marco M, Loma-Osorio Montes, Malpartida de Torres F, Rodríguez García Jesús E. guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1999 [Consultado 11 marzo 2023]; 52: 589-603. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/?ref=857185054>.
2. Canals Aracil M, Pérez Miranda A, Carbajo Martín L. Reanimación cardiopulmonar avanzada. AMF. 2022; 18(4): 212-218.
3. Reason J. Human error models and management. Br Med J. 2000; 320: 769.
4. Criado M. Error médico: evitable e inevitable. Med Clin (Barc). 2000; 115: 137-140.
5. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria? An Sist Sanit Navar. 2003; 26(2): 195-209.

TABLAS Y FIGURAS

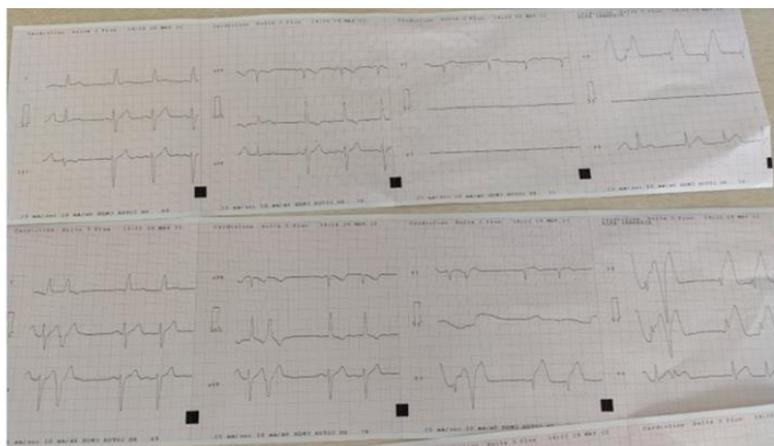


Figura 1. Electrocardiograma: infarto inferolateral.