

Título artículo:

CASO DE ATRAGANTAMIENTO EN ADULTO

Autor:

Brais Fernández Gómez

Centro de trabajo:

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Correo electrónico:

morocon@hotmail.com

CASO DE ATRAGANTAMIENTO EN ADULTO

Introducción

El atragantamiento en adultos es una emergencia vital. Actuar rápidamente con primeros auxilios, RCP básica y avanzada es esencial para salvar vidas.

Objetivos

Describir el abordaje y manejo clínico de un caso de atragantamiento en adulto, incluyendo RCP avanzada y manejo de la vía aérea.

Conclusiones

Una respuesta rápida y efectiva, trabajar en equipo y una formación específica del personal son clave en el manejo del atragantamiento en adultos.

Caso clínico

Se presenta el caso de un atragantamiento de paciente adulto en un restaurante.

1 Palabras clave

Atragantamiento en adulto; primeros auxilios; RCP básica; RCP avanzada.

2 Introducción

El atragantamiento en adultos es un episodio inesperado y potencialmente mortal que puede ocurrir en cualquier momento y en cualquier lugar. Se caracteriza por la obstrucción repentina de las vías respiratorias debido a la inhalación o ingestión de un objeto extraño, un trozo de comida o cualquier sustancia que interfiere con la capacidad de una persona para respirar.

Este evento, aunque a menudo inesperado, puede tener consecuencias graves, incluso potencialmente mortales, si no se aborda de manera adecuada y oportuna.

El atragantamiento en adultos plantea una preocupación significativa, ya que puede llevar a la asfixia, la falta de oxígeno y, en casos extremos, al paro cardíaco. La rapidez con la que se responde y la efectividad de la atención prestada son cruciales para la supervivencia y el bienestar del individuo afectado.

Los primeros auxilios son fundamentales en un caso de atragantamiento para actuar de manera rápida y efectiva.

- *Evaluar la Situación*: Evaluar la gravedad de la obstrucción de las vías respiratorias. Si la persona puede toser o hablar, es probable que todavía exista cierto flujo de aire. Si no puede toser ni hablar y está experimentando signos de atragantamiento grave, se debe actuar de inmediato.
- *Pedir Ayuda*: Llamar al número de emergencia local (como el 911) si la persona no puede respirar ni toser.
- *Realizar la Maniobra de Heimlich (Compresiones Abdominales)*: Si la persona no puede respirar ni toser, colocarse detrás de ella y realizar compresiones abdominales.
- *Reanimación cardiopulmonar (RCP) Básica en un Atragantamiento*: Si la persona se desmaya o pierde la conciencia como resultado del atragantamiento, se debe realizar la RCP básica, que incluye compresiones torácicas y ventilaciones.
- *Realizar Compresiones Torácicas*: Colocar a la persona boca arriba en una superficie firme. Iniciar las compresiones torácicas siguiendo las pautas de RCP básica, con una profundidad de al menos 5 cm en adultos. Realizar compresiones a un ritmo de alrededor de 100-120 por minuto.
- *Realizar Ventilaciones*: Después de cada serie de 30 compresiones, realizar dos ventilaciones de rescate. Asegurar que el pecho se eleve con cada ventilación.
- *Continuar con Ciclos*: Continuar alternando entre compresiones torácicas y ventilaciones hasta que llegue ayuda de emergencia o la persona muestre signos de vida.

En situaciones de emergencia más complejas será vital la asistencia sanitaria para que comiencen a realizar una RCP avanzada. Los pasos básicos son similares a la RCP básica, pero incluyen intervenciones adicionales como:

- *Acceso Vascular*: Establecer una vía intravenosa (IV) o intraósea (IO) para administrar medicamentos y fluidos de manera efectiva.
- *Administración de Medicamentos*: Administrar medicamentos como epinefrina o antiarrítmicos según sea necesario.
- *Uso de Desfibrilador*: Utilizar un desfibrilador externo automático (DEA) para administrar descargas eléctricas si se detecta fibrilación ventricular o taquicardia ventricular.
- *Intubación Endotraqueal*: En algunos casos, puede ser necesario realizar una intubación endotraqueal para asegurar una vía aérea adecuada y permitir la ventilación controlada.

- *Capnografía y Monitorización Continua*: Utilizar la capnografía para controlar los niveles de dióxido de carbono (CO₂) exhalado y un monitor cardíaco para evaluar el ritmo cardíaco continuamente.

La RCP avanzada en un caso de atragantamiento se realiza por profesionales de la salud altamente capacitados, como médicos y enfermeras, y puede variar según la causa subyacente del atragantamiento y la condición del paciente. La capacitación y la práctica regular son esenciales para llevar a cabo la RCP avanzada en situaciones críticas.

El artículo presenta un caso clínico respaldado por una investigación meticulosa en fuentes científicas, incluyendo libros y bases de datos pertinentes. Este enfoque metódico garantiza que las decisiones médicas estén informadas por la evidencia más actual y confiable, promoviendo la atención clínica de alta calidad.

3 Objetivos

Describir el abordaje y manejo clínico de un caso de atragantamiento en adulto, incluyendo RCP avanzada y manejo de la vía aérea.

4 Caso clínico

Se recibe aviso desde el centro de coordinación por un atragantamiento de un adulto en un restaurante. Lleva varios minutos de evolución y no mejora. Se envía una ambulancia de soporte vital avanzado (SVA) formada por un enfermero y dos técnicos. Al llegar encontramos a un hombre de 45 años y 80 kg de peso el cual está consciente pero no puede respirar con normalidad y tiene una tos ineficaz.

La situación es la de una obstrucción de la vía aérea grave por lo que empezamos con las maniobras de 5 golpes en la espalda. Nos situamos al lado de la víctima, con una mano aguantamos el pecho inclinándolo a la víctima adelante para que el objeto causante de la obstrucción progrese hacia la boca y con la otra mano realizamos los 5 golpes secos entre las escápulas con el talón de la mano.

Como esta maniobra no ha sido efectiva se procede a realizar 5 compresiones abdominales. Nos situamos detrás de la víctima y la rodeamos con ambos brazos por la parte superior del abdomen inclinándolo a la víctima hacia adelante. Cerramos el puño y lo colocamos entre el ombligo y la caja torácica, agarramos este puño con la otra mano y empujamos fuerte y rápido hacia adentro y hacia arriba. Esta maniobra se realiza 5 veces.

Estas maniobras no son efectivas si el paciente pierde la conciencia. Se coloca a la víctima con cuidado sobre el suelo. Uno de los técnicos llama al centro coordinador para notificar la evolución del caso y pedir refuerzo médico. El otro técnico comienza inmediatamente las maniobras de RCP.

Cuando la ayuda ya está en camino el técnico comienza a monitorizar a la víctima (electrocardiograma y pulsioximetría).

La enfermera comienza la valoración:

- Nivel de conciencia: el paciente no responde a ningún tipo de estímulo, ni verbal ni de dolor, por lo que se encuentra inconsciente.
- Vía aérea: abrimos la vía aérea con la maniobra frente-mentón, "vemos, oímos y sentimos", el paciente no respira.

Al tratarse de un atragantamiento procedemos a examinar la vía aérea con ayuda de un laringoscopio. Observamos un trozo de alimento que obstruye la vía aérea completamente, gracias a unas pinzas de Magill conseguimos extraer el objeto. Al tener ahora libre la vía aérea procedemos a ventilar con una cánula Guedel y una mascarilla adaptada a un ambú con reservorio y capnógrafo unida a una fuente de oxígeno.

Se continúa realizando 30 compresiones torácicas seguidas de dos ventilaciones con el ambú. Las compresiones torácicas se realizan en el centro del tórax comprimiendo una profundidad de aproximadamente 5 centímetros, a una frecuencia de 100-120/min, debemos permitir que el tórax se reexpanda por completo después de cada compresión. Los ciclos de compresiones torácicas y ventilaciones 30:2 se llevan a cabo en periodos de 2 minutos, donde se aprovecha para reevaluar la situación y para intercambiarse los papeles de los reanimadores. Así se minimizarán las pausas y se garantizará un masaje de calidad.

Paramos el masaje cardiaco para valorar el ritmo. Nos muestra una fibrilación ventricular (FV), se trata de un ritmo desfibrilable, por lo que debemos colocar los parches para realizar una descarga eléctrica cuanto antes. Uno de ellos lo colocaremos bajo la clavícula derecha y el otro unos 10 centímetros bajo la axila izquierda.

En este momento acude el médico y pasa a ocuparse de la vía aérea. Se realiza la primera descarga a 150 Julios por ser un desfibrilador bifásico.

En este momento tenemos a uno de los técnicos realizando el masaje cardíaco, al médico en la vía aérea y la enfermera se dispone a canalizar una vía de acceso venoso periférico para poder administrar cuanto antes la medicación necesaria en una parada, adrenalina y amiodarona.

Se continúa con las maniobras de reanimación y a los 2 minutos se vuelve a analizar el ritmo cardíaco, prosigue en fibrilación ventricular. Tras avisar y comprobar que nadie toca al paciente se realiza la segunda descarga a 300 J.

En la tercera descarga, pasados 6 minutos de la primera administramos la primera dosis de adrenalina intravenosa (1mg/ml) seguido de un bolo de suero fisiológico para favorecer su administración. La adrenalina la administraremos cada 2 ciclos (3-5 minutos).

Seguida de esta actuación, administraremos la amiodarona (300 mg hasta 20 de suero glucosado al 5%). Esta medicación solo la administraremos en la tercera descarga y si fuera necesario se administraría 150 mg en la quinta descarga.

El médico se percató que el paciente no ventila con eficacia porque el tórax no se eleva. Decide examinar la vía aérea de nuevo, pero no encuentra ningún objeto que obstaculice el paso. Aún así, no podemos descartar que exista un alimento que obstruya el canal aéreo y no se vea a simple vista.

Se decide intubar para aislar la vía aérea y optimizar las ventilaciones.

La enfermera prepara el material necesario para intubar.

Vía aérea:

- Laringoscopio: se comprueba tamaño y luz.
- Tubo endotraqueal: nº 8, comprobamos el globo (jeringa) y se lubrica.
- Venda para fijar
- Fiador
- Capnógrafo
- Fonendoscopio

Vía venosa: se realizará una secuencia de intubación rápida, con anectine. Utilizaremos para la inducción: fentanilo (2mcg/kg, se administrará toda la ampolla), etomidato (0,3mg/kg, en este caso serán 24 mg, serán necesarias dos ampollas, se administrará 12ml) y anectine (100 mg, toda la ampolla). Para el mantenimiento de la anestesia utilizaremos una bomba de perfusión de propofol para lograr una sedación controlada y bolos de rocuronio para mantener la relajación.

El médico intuba al paciente y lo conecta al ambú con capnógrafo. En el monitor veremos la curva de capnografía que nos confirmará que el tubo está colocado en vía respiratoria y no en esófago. Una

comprobación que se añade a la auscultación de ambos hemitorax. Gracias a la capnografía podemos monitorizar la frecuencia respiratoria y valorar la calidad del masaje.

Al tener al paciente intubado no se coordinarán las compresiones torácicas con las ventilaciones. Por lo que solo se parará el masaje para reevaluar al paciente cada dos minutos.

El paciente continúa en FV, por lo que se le aplica una descarga de 300 J. Tras la descarga valoramos el ritmo cardíaco y vemos que pasa a ritmo sinusal.

Al estabilizar al paciente se decide trasladarlo a la ambulancia a través de un tablero espinal y de ahí rápidamente al hospital más cercano.

A nuestra llegada nos recibe un médico y una enfermera al que les comentamos el caso clínico. Varón de 45 años que sufre un atragantamiento en un restaurante, tras realizar maniobra de Hemlich, el paciente queda inconsciente y realizamos RCP. El paciente entró en FV, tras 4 descargas y una ampolla de adrenalina y dos de amiodarona el paciente pasa a ritmo sinusal. Se encuentra intubado para aislar la vía aérea. Constantes estables.

5 Discusión-Conclusión

En situaciones de atragantamiento en adultos, la respuesta rápida y efectiva es crucial para prevenir complicaciones graves. La coordinación entre profesionales de la salud desempeña un papel fundamental en el manejo de estas situaciones, particularmente cuando se trata de atragantamiento grave y paro cardíaco. La aplicación de maniobras de RCP avanzada, que incluye la intubación, la administración de medicamentos y la desfibrilación, se vuelve esencial en casos críticos.

La monitorización continua, como la capnografía, juega un papel vital en la evaluación y el seguimiento de la reanimación, permitiendo ajustes precisos en tiempo real. La comunicación efectiva y el trabajo en equipo son esenciales para garantizar la mejor atención posible en situaciones de emergencia.

La formación y la capacitación constantes son esenciales para los profesionales de la salud, ya que les permiten afrontar situaciones complejas, como el atragantamiento en adultos, de manera competente y segura.

En resumen, una respuesta coordinada, el conocimiento actualizado y la capacitación continua son esenciales en el manejo de situaciones de atragantamiento en adultos.

6 Bibliografía

Escuela Internacional de Ciencias de la Salud; Consejo General de Enfermería. 2010. Actuación de enfermería en urgencias y emergencias. ARÁN. Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Recomendaciones para la Resucitación 2015. Sección 1: Resumen Ejecutivo. Medicina de Urgencias. American Collage of Emergency. Physicians. 3º edición. Tintinalli Krome Ruiz. Interamericana. MacGraw-Hill Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4º edición. Luis Jimenez Murillo, Francisco Javier Montero Pérez. Elsevier.