

# Aspectos destacados

DE LAS ACTUALIZACIONES DETALLADAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION DE 2017 SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS Y PEDIÁTRICO Y CALIDAD DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Estos aspectos destacados resumen los aspectos y cambios clave de las actualizaciones detalladas de 2017 sobre soporte vital básico (SVB/BLS) para adultos y pediátrico de las guías de la American Heart Association (AHA) para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE).

## SVB/BLS para adultos y calidad de la RCP

### Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados

En este caso se han revisado los siguientes temas:

- RCP asistida por un operador telefónico de emergencias
- Uso de compresiones torácicas ininterrumpidas vs. discontinuas por parte de los profesionales de servicios de emergencias médicas (SEM)
- Uso de RCP solo con compresiones torácicas (RCP usando solo las manos) vs. RCP con compresiones torácicas y ventilaciones en entornos intrahospitalarios y extrahospitalarios

A petición de la red de entrenamiento de la AHA, describimos más claramente a los reanimadores legos de la siguiente manera:

1. Sin entrenamiento
2. Con entrenamiento en RCP solo con compresiones torácicas
3. Con entrenamiento en RCP con compresiones torácicas y ventilaciones (ventilaciones de rescate)

### RCP asistida por un operador telefónico de emergencias

**2017 (actualizado):** Recomendamos que cuando se necesiten indicaciones de un operador telefónico de emergencias, este proporcione instrucciones para la realización de RCP solo con compresiones torácicas para atender a un adulto en el que se sospecha paro cardíaco extrahospitalario (PCEH).

**2015 (antiguo):** Los operadores telefónicos de emergencias deben proporcionar instrucciones para la RCP solo con compresiones torácicas para atender a un adulto en el que se sospecha paro cardíaco extrahospitalario.

**Por qué:** El resumen y la revisión sistemática del Consenso Internacional sobre RCP y ACE con Recomendaciones de Tratamiento (CoSTR) para SVB/BLS de 2017 consideraron incluir instrucciones para RCP solo con compresiones torácicas con ayuda de un operador telefónico de emergencias para PCEH. No se han revisado estudios nuevos sobre este tema.

### RCP realizada por un testigo presencial 2017 (actualizado):

1. Para adultos en PCEH, los reanimadores legos sin entrenamiento deberían realizar la RCP solo con compresiones torácicas con o sin ayuda de un operador telefónico de emergencias.
2. Para los reanimadores legos con entrenamiento en RCP solo con compresiones torácicas, recomendamos que proporcionen RCP solo con compresiones torácicas para adultos en PCEH.
3. Para los reanimadores legos con entrenamiento en RCP con compresiones torácicas y ventilaciones (ventilaciones de rescate), es razonable administrar ventilaciones (ventilaciones de rescate) además de compresiones torácicas a un adulto en PCEH.

### 2015 (antiguo):

1. Para los reanimadores legos, la RCP solo con compresiones torácicas es una alternativa razonable a la RCP convencional en pacientes adultos en paro cardíaco.
2. Para los reanimadores legos con entrenamiento, es razonable administrar ventilaciones, además de compresiones torácicas, a un adulto en paro cardíaco.
3. Para los reanimadores legos con entrenamiento, es razonable administrar ventilaciones, además de compresiones torácicas, a un adulto en paro cardíaco.

**Por qué:** El resumen y la revisión sistemática del CoSTR para SVB/BLS de 2017 compararon el uso de la RCP solo con compresiones torácicas con el uso de la RCP con compresiones torácicas y ventilaciones (ventilaciones de rescate) por parte de los testigos presenciales.

### RCP administrada por el SEM 2017 (actualizado):

1. Es razonable que antes de colocar un dispositivo avanzado para la vía aérea (dispositivo supraglótico para la vía aérea o tubo traqueal), el personal del SEM realice RCP con ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones. Puede ser razonable para el personal del SEM usar una frecuencia de 10 ventilaciones por minuto (1 ventilación cada 6 segundos) para proporcionar ventilación asincrónica durante las compresiones torácicas ininterrumpidas antes de la colocación de un dispositivo avanzado para la vía aérea.
2. Estas recomendaciones actualizadas no excluyen la recomendación de 2015 de que una alternativa razonable para los SEM que hayan adoptado procesos asistenciales es el uso inicial de compresiones torácicas con interrupciones mínimas (es decir, retraso de la ventilación) para el PCEH desfibrilable y presenciado.

### 2015 (antiguo):

1. Siempre y cuando el paciente no tenga colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea, los reanimadores deben administrar ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones durante la RCP. El reanimador administra ventilaciones durante las pausas en las compresiones y cada ventilación es de aproximadamente 1 segundo.
2. Sin embargo, en aquellos SEM que hayan adoptado procesos asistenciales que incluyan compresiones torácicas ininterrumpidas, se puede considerar el uso de técnicas de ventilación pasiva como parte de dicho paquete.

**Por qué:** El resumen y la revisión sistemática del CoSTR para SVB/BLS de 2017 evaluaron el uso de compresiones torácicas ininterrumpidas vs. discontinuas cuando el personal del SEM realiza RCP usando compresiones torácicas y ventilaciones antes de la colocación de un dispositivo avanzado para la vía aérea.

## SVB/BLS para adultos y calidad de la RCP, cont.

### RCP en el paro cardíaco

**2017 (actualizado):** Cuando se haya colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea (tubo traqueal o dispositivo supraglótico) durante la RCP, puede ser razonable para los encargados de la reanimación realizar compresiones ininterrumpidas con ventilación con presión positiva administrada sin detener las compresiones torácicas.

**2017 (sin cambios):** Puede resultar razonable que el profesional administre 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) mientras se realizan las compresiones torácicas continuas.

**2015 (antiguo):** Cuando a la víctima se le ha colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea durante la RCP, los reanimadores ya no realizan ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones (es decir, ya no interrumpen las compresiones para administrar 2 ventilaciones). En lugar de ello, puede resultar razonable que el profesional administre 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) mientras se realizan las compresiones torácicas continuas.

**Por qué:** El resumen y la revisión sistemática del CoSTR para SVB/BLS de 2017 evaluaron el uso de compresiones torácicas ininterrumpidas vs. discontinuas después de la colocación de un dispositivo avanzado para la vía aérea en un entorno hospitalario. No se han revisado estudios nuevos sobre este tema.

### Relación compresión torácica-ventilación

**2017 (actualizado):** Es razonable que los reanimadores con entrenamiento en RCP usen compresiones torácicas y ventilaciones (ventilaciones de rescate) para administrar una relación compresión-ventilación de 30:2 para adultos en paro cardíaco.

**2015 (antiguo):** Es razonable que los reanimadores administren una relación compresión-ventilación de 30:2 para adultos en paro cardíaco.

**Por qué:** El resumen y la revisión sistemática del CoSTR para SVB/BLS de 2017 evaluaron la relación compresión-ventilación para SVB/BLS en adultos. No se han revisado estudios nuevos sobre este tema.

## SVB/BLS pediátrico y calidad de la RCP

### Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados

Los cambios del soporte vital básico (SVB/BLS) pediátrico han sido un resultado de considerar los beneficios con respecto a la supervivencia comparando la RCP usando compresiones torácicas con ventilaciones de rescate frente a la RCP solo con compresiones torácicas, con la conclusión de que el mayor beneficio de las ventilaciones de rescate justificaba que se realizase una recomendación distinta. En este caso se han revisado los siguientes temas:

- Reafirmar que las compresiones y ventilaciones son necesarias para lactantes y niños en paro cardíaco
- Recomendar encarecidamente que los testigos presenciales que no quieren o no pueden administrar ventilaciones de rescate administren compresiones torácicas a lactantes o niños

### Componentes de una RCP de alta calidad: SVB/BLS pediátrico

**2017 (actualizado):** Deben administrarse compresiones torácicas con ventilaciones de rescate a lactantes y niños en paro cardíaco.

**2015 (antiguo):** Se debe realizar la RCP convencional (compresiones torácicas y ventilaciones de rescate) para paros cardíacos pediátricos.

**Por qué:** Fundamentada en un conjunto creciente de pruebas desde la publicación de la actualización de las Guías de 2015, la recomendación de administrar RCP usando compresiones torácicas con ventilaciones de rescate a lactantes y niños en paro cardíaco es razonable.

### Componentes de una RCP de alta calidad: RCP solo con compresiones torácicas

**2017 (actualizado):** Si los testigos presenciales no quieren o no pueden administrar ventilaciones de rescate, recomendamos que los reanimadores administren compresiones torácicas a lactantes y niños en paro cardíaco.

**2015 (antiguo):** Puesto que la RCP solo con compresiones puede ser eficaz en pacientes con un evento cardíaco primario, si los reanimadores no quieren o no pueden administrar ventilaciones, recomendamos que estos realicen la RCP solo con compresiones en lactantes y niños en paro cardíaco.

**Por qué:** Comparando los beneficios para la supervivencia de la RCP usando compresiones torácicas con ventilaciones de rescate frente a la conveniencia de alinearse con la recomendación para adultos para la RCP solo con compresiones torácicas, hemos llegado a la conclusión de que el mayor beneficio de las ventilaciones de rescate justificaba que se realizase una recomendación distinta.

Para descargar las versiones completas de las actualizaciones detalladas de 2017 sobre SVB/BLS para adultos y pediátrico, visite <https://eccguidelines.heart.org> o descargue una aplicación de lectura de códigos QR y escanee el siguiente código QR con su smartphone.

