

PROTOCOLO

Soporte Vital Básico en el paciente Adulto. Revisión de guías ILCOR 2015

Martínez López A, Varón Perdomo V, García Pimentel P.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Resumen

El reconocimiento inmediato de la parada es el paso clave para la activación del sistema de respuesta de emergencias y el inicio precoz del tratamiento.

Las instrucciones de RCP telefónica mejoran las tasas de RCP por testigos, reducen el tiempo de inicio de la RCP, aumentan el número de compresiones torácicas realizadas y mejoran los resultados del paciente tras una parada cardíaca.

Los operadores telefónicos de emergencias deben preguntar si la víctima responde y cómo respira (si su respiración es normal o no) (clase I LOE C-LD). Si la víctima no responde y no respira o esta es anormal, el reanimador y el operador telefónico de emergencias deben presuponer que la víctima ha sufrido un paro cardíaco (clase IIa LOE C-LD) e iniciar de manera precoz las compresiones torácicas.

Dentro de las nuevas recomendaciones destaca el uso del teléfono móvil para pedir ayuda sin abandonar a la víctima, con el fin de no retrasar el inicio de las maniobras.

Introducción

La parada cardíaca (PCR) es una causa importante de morbi-mortalidad. Muchas de las víctimas podrían sobrevivir si los testigos de la PCR actúan rápidamente, ejecutando una serie de acciones que en su conjunto se denominan "*Cadena de Supervivencia*", compuesta por los siguientes eslabones:

El Soporte Vital Básico (SVB) incluye los tres primeros eslabones de esta cadena:

- Reconocimiento de la PCR y petición de ayuda
- RCP
- Desfibrilación precoz.

En este artículo describimos las principales modificaciones en SVB tras la última conferencia del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) 2015 y para ello hemos revisado el documento internacional de consenso (1), las guías publicadas tanto por el ERC (2) como por la AHA (3), y las hemos agrupado en los siguientes apartados:

- Reconocimiento de la Parada Cardíaca.

- Compresiones torácicas.



- Vía Aérea y Ventilación.
- Secuencia Compresiones - Ventilaciones.
- Desfibrilador Automático.
- Algoritmos de ambas sociedades.

Reconocimiento de la parada cardiaca

El reconocimiento inmediato de la parada es el paso clave para la activación del sistema de respuesta de emergencias y el inicio precoz del tratamiento.

Las instrucciones de RCP telefónica mejoran las tasas de RCP por testigos, reducen el tiempo de inicio de la RCP, aumentan el número de compresiones torácicas realizadas y mejoran los resultados del paciente tras una parada cardiaca.

Los operadores telefónicos de emergencias deben preguntar si la víctima responde y cómo respira (si su respiración es normal o no) (clase I LOE C-LD). Si la víctima **no responde y no respira o esta es anormal**, el reanimador y el operador telefónico de emergencias deben presuponer que la víctima ha sufrido un paro cardíaco (clase IIa LOE C-LD) e iniciar de manera precoz las compresiones torácicas.

Dentro de las nuevas recomendaciones destaca el uso del teléfono móvil para pedir ayuda sin abandonar a la víctima, con el fin de no retrasar el inicio de las maniobras.

Compresiones torácicas

Se insiste en el inicio precoz de la RCP, comenzando por las compresiones torácicas sin perder tiempo en comprobaciones (clase IIb LOE C-LD).

Se pone mayor énfasis en las compresiones torácicas de alta calidad y se introducen algunos matices:

- El talón de la mano en la mitad baja del esternón y la otra mano encima, manteniendo los brazos estirados y verticales al pecho de la víctima (clase IIa, LOE C-LD).
- Profundidad adecuada, descendiendo el esternón al menos 5 cm. (2 pulgadas) y máximo 6 cm. (2,4 pulgadas) (clase I LOE C-LD) (Guías 2010: al menos 5 cm.).
- Con una frecuencia entre 100 y 120/minuto (clase IIa LOE C-LD) (Guías 2010: al menos 100/min.).
- Permitiendo una expansión completa del tórax entre una compresión y la siguiente (clase IIa LOE C-LD), evitando apoyarse sobre el tórax entre las compresiones (clase IIa, LOE C-LD).
- Reduciendo al mínimo las interrupciones (menos de 10 segundos) entre los ciclos (clase IIa LOE C-LD).

Vía Aérea / Ventilación

Se ha confirmado la secuencia recomendada en 2010, el reanimador debe iniciar las compresiones torácicas antes de practicar las ventilaciones de rescate (**C-A-B en lugar de A-B-C**) para acortar el tiempo transcurrido hasta la primera compresión. En el resto de maniobras relacionadas con apertura de la vía aérea o ventilación no hay modificaciones.

Emplear aproximadamente 1 segundo para insuflar el tórax con un volumen suficiente para asegurar que el tórax se eleve visiblemente.

Si se trata de personal entrenado es razonable administrar ventilaciones

además de las compresiones (clase IIa, LOE C-LD).

La AHA añade que se puede considerar la administración de naloxona en las emergencias asociadas al consumo de opiáceos (clase IIa, LOE C-LD).

Secuencia Compresión / Ventilación

Se sigue manteniendo la recomendación de comprobar no más de 10 segundos que no hay respiración o ésta no es normal a la vez que valora que la víctima no responde y si tiene o no pulso. Activa el sistema de emergencias y pide un Desfibrilador Externo Automático (DEA) para comenzar de inmediato la RCP, y utilizar el DEA en cuanto lo tenga disponible. Si el ritmo no es desfibrilable continuar RCP durante 2 minutos, en caso que el ritmo sea desfibrilable, administrar la descarga y continuar con la RCP durante 2 minutos.

La relación compresión/ventilación sin dispositivo avanzado de vía aérea continua siendo 30:2 (clase IIb LOE C-LD). , y en el caso de tener implementado un dispositivo avanzado de vía aérea la relación sería de 1 ventilación cada 6 segundos (10/minuto).

Desfibrilador Automático

Continúa la indicación de usar el DEA lo más rápido posible en cuanto esté disponible. La espera para disponer del DEA no puede retrasar el inicio de las compresiones (clase IIa, LOE B-R).

Se recomienda la implementación activa de programas de acceso público a DEA en donde exista una probabilidad relativamente alta de presenciar un paro cardíaco.

La desfibrilación en los 3-5 primeros minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50-70%. Cuanto más se retrase la aplicación del desfibrilador, más probable es que el ritmo desfibrilable ya se haya deteriorado hacia una asistolia.

Los que realicen la RCP deberían continuarla con la mínima interrupción de las compresiones torácicas mientras se coloca un DEA y durante su uso. Se sigue enfatizando en la necesidad de reducir el tiempo entre la última compresión y la administración de una descarga y la reanudación de las compresiones inmediatamente después de la descarga (clase I, LOE C-LD).

Algoritmo de SVB del European Resuscitation Council 2015

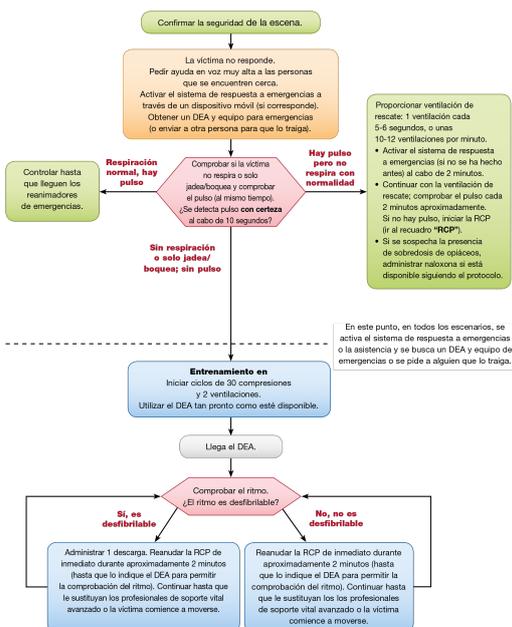
En el algoritmo de SVB/BLS en adultos de la ERC se ha reducido en número de pasos para destacar las acciones clave.

Se admite que los primeros pasos de comprobación de respuesta, apertura de la vía aérea, comprobación de la respiración y llamada al operador telefónico de emergencias médicas pueden realizarse simultáneamente o en sucesión rápida.



Algoritmo de SVB de la American Heart Association 2015

Algoritmo de paro cardíaco en adultos para profesionales de la salud que proporcionan SVB/BLS: actualización de 2015



Bibliografía

1.- Perkins GD et al. Adult basic life support and automated external defibrillation 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2015; e43-e69 ([PubMed](#)) ([pdf](#))

2.- Kleinman ME et al. Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2015;132:S414-S435 ([PubMed](#)) ([pdf](#))

3.- Nolan JP et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015: Section 5 of the European Resuscitation Council Resuscitation Guidelines 2015. *Resuscitation* 2015 14. pii: S0300-9572(15)00330-5 ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Pablo García Pimentel
pablogarciapimentel@hotmail.com
 FEA. Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor.
 Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Publicado en AnestesiaR el 2 de diciembre de 2015

