

GUIA DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA.

CONCEPTOS BÁSICOS

El corazón y los pulmones, que están situados en el interior del tórax, tienen como misión principal obtener el oxígeno del aire ambiente por los pulmones (ventilación) y hacerlo llegar hasta todos los órganos y células del cuerpo por el corazón (circulación), en especial al cerebro, ya que éste deja de funcionar a los **escasos 6-8 segundos** de suspenderse el flujo de sangre.

Si persiste la ausencia de circulación, las células de los distintos órganos, dejan de funcionar, y en muy pocos minutos se empiezan a morir. Esto también tiene una importante repercusión en el cerebro, dado que las células cerebrales muertas no son sustituidas por otras, como puede pasar en otros sistemas.

En una persona normal, cada minuto que pasa, mediante 10-20 ventilaciones y 60-100 latidos cardíacos, se consigue que el oxígeno llegue a todos los órganos y se elimine de éstos todas las sustancias tóxicas y detritos que producen los órganos, entre ellas el anhídrido carbónico.

El ser humano está expuesto a padecer enfermedades y lesiones a consecuencia de su vida cotidiana y del ambiente que le rodea.

La mayoría de ellas son de carácter leve (heridas, luxaciones, raspaduras, moderduras, etc.) y representan sólo un ligero trastorno para la persona que las padece, pero sin convertirse en una verdadera amenaza para el normal mantenimiento de las funciones vitales respiratoria y circulatoria.

Un sencillo botiquín y unos conocimientos elementales de primeros auxilios pueden ser suficientes para resolver la mayor parte de estas situaciones, que no representan un verdadero peligro para la vida desde el punto de vista médico.

Sin embargo, diariamente se producen también otras situaciones que sí pueden poner en peligro la vida de las personas si no se actúa con la debida serenidad y rapidez.

Ataques cardíacos, atragantamientos, caídas, sobredosis de drogas, accidentes, incendios, ahogamientos, etc., pueden interrumpir la normalidad de las funciones vitales ventilatoria y circulatoria, acabando con la vida de una persona o provocando en ella una lamentable invalidez posterior.

La mejor manera de evitar que se produzcan estas situaciones de verdadera emergencia es la **PREVENCIÓN**, evitando aquellos factores que se han relacionado de forma concluyente con mayor riesgo de padecerlas.

Para ello deberían abandonarse los hábitos perjudiciales, como las comidas copiosas o el consumo de cualquier tipo de drogas (incluidos el tabaco o el alcohol), controlar la tensión arterial, conducir con prudencia y disminuir los riesgos de sufrir un accidente laboral, un incendio, un accidente doméstico o un ahogamiento.

Cuando, pese a todo, la emergencia no puede ser evitada, se produce una situación que puede llevar a que el corazón deje de latir y los pulmones dejen de ventilar, dando lugar a lo que denominamos para cardiorrespiratorio.

Durante esta situación, el cerebro, el corazón y todos los demás órganos no reciben ningún riego sanguíneo. A todos los efectos es como si se estuviera muerto. Si no somos capaces de sustituir y restaurar la circulación y la respiración, cada **minuto** que pase disminuirán las probabilidades de sobrevivir y aumentará el riesgo de muerte o de invalidez permanente.

Denominamos cadena de supervivencia a una sucesión de circunstancias favorables que, de producirse, hacen más probable que una persona sobreviva a una situación de emergencia.

Está constituida por cuatro eslabones: llamada al teléfono de emergencias, resucitación cardiopulmonar básica (RCP-B), desfibrilación precoz y resucitación cardiopulmonar avanzada (RCP-A), todos de similar importancia.

Los dos primeros eslabones constituyen el principal objetivo de formación en esta guía.

En el caso del paro cardiorrespiratorio, esto se consigue cuando es presenciado por un testigo (familiares, compañeros de trabajo, peatones, etc.) que pide **ayuda** lo antes posible (llamando al teléfono de emergencias) o la solicita al entorno (otras personas en la proximidad), y que conoce y aplica con rapidez y calidad las técnicas básicas de resucitación, hasta la llegada, lo más pronto posible, de los equipos médicos especializados.

Hasta hace sólo unos años, la mayoría de los paros cardiorrespiratorios y muchas de las situaciones de emergencia más comunes eran mortales.

Los avances vividos en la Medicina en los últimos 30 años han permitido que, en la actualidad, se consiga recuperar con éxito muchos de estos casos, mediante la aplicación de diferentes tratamientos, entre los que destaca la desfibrilación eléctrica.

Sin embargo, para que estos tratamientos sean útiles, deben ser administrados lo antes posible y para ello es necesario avisar rápidamente a los sistemas de emergencias y tener una ágil respuesta por parte de éstos.

Existe una recomendación de la Unión Europea para que en todos los estados miembros haya un único teléfono (que es el **112**) para cualquier tipo de emergencia. Desde este teléfono nos derivarán, según sea una emergencia sanitaria o para bomberos, policía, protección civil, etc., a quien la pueda atender.

Esto nos facilitará que estemos donde estemos, tanto en España como en cualquier otro país europeo, sepamos a qué número hay que llamar: el **112**. De todas formas pregunte a su Instructor o Monitor de RCP qué otro teléfono existe en su entorno.

Millones de personas en todo el mundo han aprendido ya a reconocer las diferentes situaciones de emergencia, a pedir ayuda a los servicios de urgencias médicas llamando al teléfono de emergencias de la zona y a actuar rápidamente mediante la aplicación de sencillas técnicas conocidas como...

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

1. Proteger al reanimador y a la víctima.

- Si hay dos reanimadores, uno inicia las maniobras de RCP y el otro pide ayuda.
- Si hay un solo reanimador, en caso de: ahogamiento, atragantamiento, traumatismo, intoxicación por alcohol o drogas y cuando sea un lactante o niño, se realizan las maniobras de RCP durante un minuto y luego se pide ayuda.

2. Comprobar la conciencia (gritar y sacudir).

3. Abrir la vía aérea (elevar la mandíbula: maniobra frente-mentón; evitar esta maniobra si se sospecha traumatismo en la cabeza o cuello).

4. Comprobar la respiración (ver, oír y sentir, máximo 10 segundos):

- Si respira colocar en posición de seguridad.
- Si **NO** respira comprobar signos de circulación.

5. Comprobar signos de circulación (respiración normal, tos o movimientos de la víctima).

- Si hay signos de circulación continuar con insuflaciones, 10 veces por minuto y comprobar la circulación cada 2 minutos.
- Si **NO** hay signos de circulación realizar 30 compresiones torácicas (100 por minuto) y dos ventilaciones (en cada ventilación se utilizara 1 seg). Sólo parar para comprobar la circulación si la víctima inicia movimientos o respiración espontánea.

Continuar con esta secuencia hasta recibir ayuda.

COMPROBAR LA CONCIENCIA

Gritar y sacudir por los hombros

Primero hay que llamarle (en voz alta e imperiosa), por ejemplo:
¿se encuentra bien?, ¿qué le pasa?

Si no contesta, no se mueve, no abre los ojos, etc., pasaremos
A zarandearle y sacudirle por los hombros con insistencia
y cierta energía sin lastimarlo.

SI NO RESPONDE: ESTÁ INCONSCIENTE

Cuando una persona contesta con coherencia a nuestra llamada, consideraremos que está consciente, que su cerebro funciona, siendo innecesario, por lo tanto, comprobar si tiene respiración y circulación espontáneas.

ABRIR LA VÍA AÉREA, para comprobar respiración

1. Maniobra frente-mentón.
2. Maniobra de tracción mandibular.

Durante el estado de inconsciencia se pierde la fuerza de los músculos, como los de la hipofaringe, por lo que se cierra la epiglotis sobre la entrada de aire a la traquea, y se convierte en un objeto que obstruye la vía aérea.

1. La maniobra frente-mentón se realiza colocando una mano sobre la frente y la punta de los dedos (2º y 3º) de la otra mano debajo del mentón, efectuando un levantamiento de éste, con lo que se consigue elevar la lengua y desobstruir la vía aérea.

2. En los accidentados que estén inconscientes, la maniobra frente-mentón está contraindicada, al poderse producir graves lesiones o contribuir a agravar lesiones ya existentes. En estos casos para abrir la vía aérea, se recomienda la maniobra de tracción mandibular, para ello se tira hacia arriba de la mandíbula cogiéndola con el 1.º dedo (dentro de la boca) y el 2º (por fuera) de una mano, mientras se fija la cabeza con la otra mano sobre la frente, en una posición estable, evitando que se desplace en cualquier dirección.



Maniobra «frente-mentón»



Maniobra de desplazamiento de la mandíbula.

COMPROBAR LA RESPIRACIÓN

Acercar nuestra mejilla a la boca de la víctima, ver (si se mueve el pecho al respirar), oír (si sale aire por la boca y nariz) y sentir (en nuestra mejilla el aire de la víctima).

No emplear más de 10 segundos.

Para comprobar si la respiración es adecuada, tras asegurarnos de haber abierto la vía aérea con las técnicas mencionadas, acercaremos la cara a la boca del posible afectado, observando si se producen movimientos respiratorios de la caja torácica, mientras escuchamos y sentimos en nuestra mejilla la posible salida de aire.

Ver, oír y sentir son las palabras que deben recordarse para comprobar la existencia de respiración espontánea. La comprobación de la respiración (respira o no respira) deberá hacerse en un tiempo máximo de 10 segundos.

Ver, oír y sentir para comprobar la existencia de respiración espontánea, tos o movimientos de la víctima.

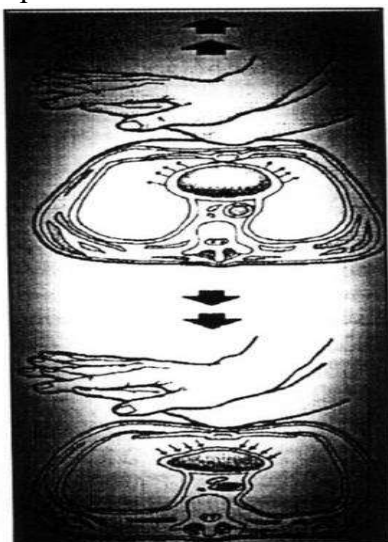
SI NO RESPIRA Y NO SE MUEVE CONSIDERAMOS AUSENCIA DE SIGNOS DE VIDA Y YA SE CONSIDERA PARADA CARDIORESPIRATORIA

Entonces comenzaremos con:

COMPRESIONES TORÁCICAS

Para realizar las **compresiones torácicas** colocaremos a la víctima del paro cardiorrespiratorio sobre una superficie dura, boca arriba y con la cabeza, el tronco y las extremidades alineadas.

Nos colocaremos con los brazos extendidos de forma perpendicular sobre el pecho de la víctima con nuestras manos entrelazadas y solo apoyando el talón de una de las manos sobre el esternón del paciente, dejaremos caer el peso de nuestro cuerpo para producir una depresión de 5 cm del tórax del paciente (ver foto de compresiones torácicas), retiraremos la presión y repetiremos la maniobra 30 veces a una velocidad de 100 a 120 por minuto.



Compresiones torácicas

Tras efectuar 30 compresiones teniendo abierta la vía aérea realizaremos 2 respiraciones eficaces (relación compresiones:respiraciones de 30:2):

BOCA-BOCA

Tras aplicar la maniobra frente-mentón, rodear con nuestros Labios la boca de la víctima. Cerrar la nariz pinzándola con 2 dedos. Insuflar con nuestro aire (2 veces) y comprobar que se eleva el pecho.

Tras asegurar la apertura de la vía aérea con la maniobra frente-mentón, cerramos la nariz de la víctima, pinzándola con el 1.º y 2.º dedos de la mano del reanimador que está en la frente. Realizamos una inspiración y cubrimos la boca de la víctima, rodeando sus labio y manteniendo un buen sellado. **Soplamos suavemente dentro de su boca (un segundo)** comprobando que se eleva el pecho.

Si solo tenemos que ventilar al paciente porque pensamos que recupera latido cardiaca efectivo esta maniobra se realizar 10 veces por minuto.

Si tenemos dificultad para dar una ventilación eficaz:

- Comprobar de nuevo la boca de la víctima y eliminar cualquier obstrucción.
- Comprobar que la maniobra frente-mentón es adecuada.
- Realizar un máximo de 5 intentos para conseguir 2 ventilaciones eficaces.

Y ya posteriormente hasta la llegada de la ayuda especializada o hasta la recuperación espontánea de la víctima realizaremos secuencias de 30 compresiones torácicas y 2 respiraciones .

SECUENCIAS DE RESPIRACIÓN-COMPRESIÓN

Combinar boca-boca y compresión torácica.

Una o más personas: secuencia de 30 compresiones uno y 2 respiraciones otro

¿Cuándo pedir ayuda?

Es vital pedir ayuda tan pronto como sea posible.

Cuando hay más de un reanimador, tras comprobar que la víctima no respira, uno pide ayuda y otro inicia las maniobras de RCP.

Cuando hay un solo reanimador y la víctima es un adulto, se asume que el origen de la inconsciencia sea cardíaco, y el reanimador va a pedir ayuda tras comprobar que la víctima no respira, iniciando las maniobras de RCP inmediatamente a su vuelta.

Sin embargo, si se sospecha que la causa de la inconsciencia sea respiratoria, como en:

- Ahogamiento.
- Atragantamiento.
- Intoxicación por drogas o alcohol.
- O si la víctima es un lactante o un niño.

En estos casos el reanimador realiza RCP alrededor de 1 minuto y luego se desplaza a pedir ayuda.

OTRAS TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL.

CONTROL DE HEMORRAGIAS

La hemorragia se detiene por una presión firme y prolongada
Sobre la herida, mejor interponiendo un tejido limpio.
Vendar posteriormente. No usar torniquetes, salvo amputación.
Evitar el contacto directo con la sangre si tenemos alguna
herida en las manos.

Si hay hemorragia, intentaremos detenerla comprimiendo con fuerza sobre el lugar del sangrado, ayudándonos de pañuelos, ropa, etc.

Si el sangrado se produce en brazos o piernas, se tratará de controlar elevando la extremidad por encima del resto del cuerpo mientras mantenemos la compresión sobre el lugar de la hemorragia. Una vez controlada, vendar y trasladar al paciente a un centro sanitario.

Los torniquetes pueden resultar lesivos, por lo que sólo deben aplicarse en extremidades con amputaciones que provocan un sangrado que no puede controlarse con otros medios.

ATRAGANTAMIENTO

Identificaremos la situación de atragantamiento porque la víctima tiene dificultad para respirar, se lleva las manos al cuello, emite sonidos de ahogo y puede presentar una coloración azulada de la piel.

Si la obstrucción de la vía aérea es sólo parcial, la víctima estará inquieta, emitirá sonidos sibilantes al respirar, y con la tos podrá eliminar la obstrucción. Se sospechará esta situación si la víctima estaba comiendo, o llevando algún objeto a la boca, en caso de niños.

Si la obstrucción de la vía aérea es completa, la víctima será incapaz de hablar, respirar o toser, y acabará por perder el conocimiento.

Atragantamiento en persona consciente.

Si la víctima respira y tose:

- Hay que animarle a seguir tosiendo.

Si la víctima presenta signos de agotamiento, deja de toser o de respirar:

- Retirar cualquier objeto de la boca, por extracción manual.
- Estando de pie, al lado de la víctima, inclinarle hacia delante, sujetando el fecho con una mano, y con la otra dar hasta 5 palmadas fuertes entre los omoplatos para resolver la obstrucción.

Si lo anterior falla:

- Realizar 5 compresiones bruscas en la boca del estómago, estando de pie, situado detrás de la víctima que está inclinada hacia delante, rodear con los brazos la cintura, colocar el puño de una mano, con el primer dedo en la boca del estómago; con la otra mano, agarrar el puño y comprimir 5 veces con brusquedad, hacia atrás y hacia arriba.

Si la obstrucción no se soluciona:

- Revisar la boca en busca de un cuerpo extraño.
- Alternar 5 palmadas en la espalda y 5 compresiones abdominales.

Atragantamiento en persona inconsciente.

Si la víctima queda inconsciente en algún momento:

- Extender la cabeza de la víctima, examinar la boca y retirar cualquier objeto visible, intentándolo con la maniobra de gancho, introduciendo el 2.º dedo lateral y profundamente, hasta alcanzar la base de la lengua, y tras adoptar forma de gancho, se intenta retirar el objeto.
- Abrir más la vía aérea, elevando la barbilla (maniobra frente-mentón), y comprobar la respiración de la víctima, mirando, escuchando y sintiendo.
- Intentar dos 2 ventilaciones boca-boca eficaces.

Si se consiguen 2 ventilaciones eficaces de 5 intentos:

- Comprobar signos de circulación (signos de vida).
- Continuar con RCP básica (compresiones torácicas y/o ventilaciones, según corresponda).

Si no pueden conseguirse ventilaciones eficaces en 5 intentos:

- Iniciar inmediatamente las compresiones torácicas para eliminar la obstrucción. No comprobar signos de circulación.
- Tras 30 compresiones torácicas, examinar la boca para ver si hay algún objeto e intentar extraerlo, intentar dar 2 ventilaciones boca-boca eficaces.
- Continuar con ciclos de 30 compresiones seguidas por 2 intentos de ventilación boca-boca.

Si en cualquier momento se consiguen ventilaciones eficaces:

- Comprobar signos de circulación.
- Continuar con RCP básica (compresiones y/o ventilaciones según corresponda).

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

Quitar gafas y objetos pesados de los bolsillos. Girar a la víctima hacia el reanimador evitando lesionar brazos y piernas. Mantener abierta la vía aérea.

Tras retirar los objetos que pueden ser lesivos, el reanimador se arrodillará junto a la víctima, colocará el brazo más próximo a éste en ángulo recto hacia la cabeza con la palma de la mano hacia arriba; llevará el brazo opuesto sobre el tórax de la víctima hasta que la palma de la mano toque el hombro más próximo al reanimador. Flexionará la pierna más alejada del reanimador, manteniendo el pie en el suelo, y sujetando a la víctima por el hombro y por la parte posterior de la rodilla lo girará 90° hacia el reanimador.

Abrirá la vía aérea apoyando la mejilla de la víctima en el dorso de la mano.

No mantener la postura más de 30 minutos; en caso necesario dar la vuelta a la víctima para que repose sobre el otro lado.

Vigilar la circulación en el brazo que está debajo.

RCP EN ACCIDENTES

No mover salvo que el medio haga correr riesgo a la víctima o sea imprescindible para su atención. Cuando sea necesario, moverla entre 4-5 personas para mantener siempre rectos cabeza, tronco y extremidades. Abrir la vía aérea con maniobra específica. No quitar el casco salvo que sea imprescindible para asistencia respiratoria. Sólo debe ser retirado por personal entrenado.

La llamada de auxilio al teléfono de emergencias es la acción inicial más importante de los testigos de un accidente. Un traumatizado grave no debería ser movilizado por personal no cualificado para no agravar las lesiones salvo situación de peligro o necesidad de iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP).

RESUCITACION CARDIOPULMONAR BÁSICA INFANTIL

A finales de los años setenta se plantea aplicar a los niños las maniobras que se habían demostrado de gran utilidad en los adultos. En España, desde hace algunos años, el Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal, la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, la Asociación Española de Pediatría, la Sociedad Española de Neonatología, junto con la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICUYC), están desarrollando la enseñanza de estas técnicas.

Demostrada también su eficacia en los lactantes y niños, se plantea crear enseñanzas diferenciadas entre otras razones por las siguientes:

- Distintas causas y mecanismos de PCR en los niños. La primera causa de mortalidad en la infancia, niñez y adolescencia son los accidentes (doméstico, escolar, de tráfico, etc.).
- Variaciones anatómicas importantes del niño con respecto al adulto.
- Diferentes edades pediátricas:
 - Lactante, corresponde al primer año de vida.
 - Niño pequeño, hasta 8 años de edad.
 - Niño mayor, a partir de 8 años de edad.

PREVENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR)

El PCR en los niños es poco frecuente, y de manera habitual está relacionado con un fallo respiratorio más que cardíaco, por lo que deben establecerse lo más rápidamente posible una ventilación y oxigenación eficaces en caso de PCR infantil.

Los accidentes (asfixia, atragantamiento, quemaduras, accidentes eléctricos, traumatismos, intoxicaciones etc.) constituyen la primera causa de muerte en los niños mayores de 1 año, por lo que hay que conocerlos y prevenirlos tanto en el hogar como fuera de él.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN EN EL PCR

- Asegurar La protección del reanimador y del niño, separándole de los ambientes de peligro.
- Comprobar la inconsciencia con estímulos táctiles (pellizcos, sacudidas, etc.) y hablándole en voz alta.
- Si el niño responde, mantenerlo en posición que permita vigilarle, evaluarlo periódicamente y pedir ayuda.
- Si el niño no responde, gritar pidiendo ayuda y abrir la vía aérea (maniobra frente-mentón), con extensión moderada del cuello en niños pequeños y más escasa en lactantes (como si mirara al techo).
- Comprobar la respiración, aproximando nuestro oído y mejilla a la boca y nariz del niño, observando al mismo tiempo movimientos toracoabdominales, en un tiempo máximo de 10 segundos.
- Si el niño respira, colocarlo de lado en posición de seguridad.
- Si el niño no respira, iniciar la ventilación boca-boca, para ello el reanimador rodea la boca del niño con sus labios, pinza la nariz del niño con los dedos 1º y 2º de la mano que tiene en la frente, y sopla suavemente durante 1 a 1,5 segundos, realizando 5 ventilaciones iniciales y comprobando que el pecho se eleva. La insuflación en el lactante, es boca-boca y nariz, para ello el reanimador cubre con su boca la boca y nariz del lactante, por lo tanto, no pinza la nariz del niño y procede de la misma manera.

RCP PEDIÁTRICA

Respiración en lactantes: boca a boca-nariz.

Masaje cardíaco: con 2 dedos en la línea media del pecho, colocados 1 cm por debajo de la línea que une ambas tetillas. Deprimir un tercio del tórax. A un ritmo de 100 por minuto.

Secuencia: 1 ventilación y 15 compresiones.

- Comprobar la circulación (tiempo máximo 10 segundos) palpando el pulso, en el lactante en el lado interno del brazo, y en el niño en el cuello.
- Si hay pulso, continuar con las ventilaciones hasta que el niño respire de manera eficaz.
-

ANEXO. Documento resumen de las recomendaciones 2015

El documento de Consenso Internacional sobre Ciencia de la Resucitación Cardiopulmonar y Atención de Emergencia Cardiovascular con Recomendaciones de Tratamiento (CoSTR) 2015, está siendo redactado y será publicado en las revistas Resuscitation y Circulation el 15 de octubre de 2015. Las Guías 2015 del European Resuscitation Council también están siendo redactadas, y se publicarán en Resuscitation (en versión impresa y on-line) el mismo día.

B. Soporte vital básico

B1. Análisis del ritmo cardíaco durante las compresiones torácicas

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere contra el uso de algoritmos que filtren artefactos para el análisis del ritmo del ECG durante la RCP, salvo dentro de un programa de investigación.

B2. Comprobación de la circulación durante el soporte vital básico

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: no existen datos en estudios en humanos para responder a esta cuestión específica. En base a ello se mantienen las recomendaciones de 2010. Debe mantenerse el énfasis en proporcionar compresiones torácicas y en que las pausas para comprobar el pulso, sin una sospecha fuerte de recuperación de la circulación espontánea, pueden provocar un retraso innecesario.

B3. Profundidad de las compresiones torácicas

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se recomienda una profundidad de las compresiones torácicas entre 4,5 y 5,5 cm durante la RCP manual en adultos con parada cardíaca (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad).

B4. RCP con sólo compresiones torácicas frente a RCP convencional

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se recomienda a los reanimadores realizar compresiones torácicas a todos los pacientes en parada cardíaca (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad). Se recomienda sólo compresiones torácicas para reanimadores legos no entrenados (recomendación fuerte, evidencia de baja calidad). Se sugiere realizar sólo compresiones torácicas por personas legas entrenadas si no son capaces de realizar maniobras sobre la vía aérea y respiraciones de rescate. (recomendación débil, evidencia de baja calidad). Se sugiere aplicar ventilaciones por personas legas entrenadas que son capaces de realizar RCP con compresiones torácicas y ventilaciones, y están dispuestos a hacerlo así (recomendación débil, evidencia de baja calidad).

B5. Frecuencia de las compresiones torácicas

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere compresiones trágicas manuales a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto para adultos en parada cardíaca en cualquier situación (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

B6. Retroceso de la pared torácica

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones tratamiento: se sugiere que el apoyo sobre la pared torácica debe evitarse y así ignorar la necesidad de retroceso de la pared torácica, tanto en adultos como en niños en parada cardíaca de cualquier situación (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

B7. Relación compresiones/ventilaciones

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere una relación de 30:2 (recomendación débil, evidencia de baja calidad).

B8. RCP previa a desfibrilación

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones tratamiento: se sugiere un período inicial de RCP de 30-60 segundos mientras el desfibrilador está siendo aplicado (recomendación débil, evidencia de baja calidad).

B9. Asistencia telefónica a la RCP

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones tratamiento: se recomienda que los reguladores telefónicos deben proporcionar instrucciones para la RCP a los reanimadores alertantes, de cara a mejorar la supervivencia de la parada cardíaca extrahospitalaria (recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad). Se recomienda que los reguladores telefónicos proporcionen instrucciones para la RCP a los reanimadores alertantes de cara a mejorar los porcentajes de RCP realizada por testigos (recomendación fuerte, evidencia de calidad baja a muy baja).

B10. Ahogamiento

Tipo de cuestión: pronóstico.

Recomendaciones tratamiento: se recomienda que un rescatador puede utilizar una duración de la inmersión inferior a 10 minutos como un factor para predecir una muy alta probabilidad de resultado favorable y supervivencia, en adultos y niños sumergidos en agua (recomendación fuerte, evidencia de alta calidad). Se sugiere una duración de la inmersión superior a 25 minutos como factor para predecir una muy baja probabilidad de resultado favorable (recomendación débil, evidencia de baja calidad). Se sugiere que un tiempo de respuesta del SEM superior a 10 minutos se puede utilizar como factor para predecir una probabilidad muy baja de supervivencia en adultos y niños sumergidos en agua (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad). Se

recomienda contra el uso de la edad, el tipo de agua (dulce/salada), la temperatura del agua o la presencia de testigos, como factores para predecir un resultado adverso en adultos y niños sumergidos en agua (recomendación fuerte, evidencia de muy baja calidad).

B11. Sólo compresiones torácicas frente a RCP convencional por los servicios de emergencias

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere realizar compresiones trágicas sin ventilaciones con presión positiva (hasta tres ciclos de 120 segundos de 200 compresiones torácicas continuas, con descargas de desfibrilación si es preciso) en paradas cardíacas por ritmos desfibrilables presenciadas por los equipos de emergencia (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

B12. Sistemas de retroalimentación de la calidad de la RCP

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere contra la implementación rutinaria de dispositivos de retroalimentación de la RCP en sistemas en los que no se estén utilizando en la actualidad (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad). En los sistemas que actualmente utilicen dispositivos de retroalimentación de la RCP se sugiere que pueden seguir siendo utilizados y que no hay evidencia de que produzcan daño significativo (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

B13. Daños por RCP a víctimas sin parada cardíaca

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se recomienda que las personas legas inicien la RCP sin tener en cuenta posibles daños a los pacientes que no estuvieran en parada cardíaca (recomendación fuerte, evidencia de muy baja calidad).

B14. Minimizar pausas durante las compresiones torácicas

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere que las ventilaciones deben aplicarse en 10 segundos (recomendación débil, evidencia de baja calidad). Cuando la vía aérea está aislada, se recomienda que las ventilación se apliquen en cinco segundos. Se sugiere que las pausas pre y post desfibrilación sean lo más cortas posibles. Para la desfibrilación manual se sugiere que las pausas pre-descarga sean menores o iguales a 10 segundos (recomendación débil, evidencia de baja calidad). Se sugiere que la fracción de compresiones torácicas debe ser superior al 60% (recomendación débil, evidencia de baja calidad).

B15. Técnicas de ventilación pasiva

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere que en la parada cardíaca en el entorno prehospitalario, los reanimadores de los servicios de emergencias

pueden considerar la ventilación pasiva utilizando un tubo orofaríngeo y una máscara de administración de oxígeno, mientras se realizan compresiones torácicas continuas (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).

B16. Programas de acceso público a la desfibrilación

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere la implementación de programas de acceso público a la desfibrilación para pacientes con parada cardíaca extrahospitalaria (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

B17. Momento para la comprobación del ritmo

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere contra la comprobación del ritmo cardíaco inmediatamente después de la desfibrilación en comparación a la inmediata reasunción de compresiones torácicas con posterior comprobación del ritmo cardíaco (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

B18. Inicio de la RCP .

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere que el algoritmo de resucitación CAB es preferible al ABC para adultos y niños en parada cardíaca en cualquier situación (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

B19. Duración de los ciclos de RCP (dos minutos frente a otros)

Tipo de cuestión: intervención.

Recomendaciones de tratamiento: se sugiere mantener las recomendaciones actuales de detener las compresiones torácicas cada dos minutos para valorar el ritmo cardíaco (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).