

Resumen de los principales cambios desde las recomendaciones de 2005 del ERC

Soporte Vital Básico

Los cambios en SVB incluyen:

- Los operadores de despacho deben ser entrenados para interrogar a los llamantes con estrictos protocolos para conseguir información. Esta información debería centrarse en el reconocimiento de la falta de respuesta y en la calidad de la respiración. La ausencia de respiración, o la falta de respiración normal, en **combinación** con la falta de respuesta, deberían iniciar un protocolo de despacho por sospecha de parada cardíaca. Se enfatiza la importancia de la respiración agónica como signo de parada cardíaca.
- Todos los reanimadores, entrenados o no, deberían administrar compresiones torácicas a las víctimas de una parada cardíaca. Continúa siendo esencial la realización de compresiones torácicas de alta calidad. El objetivo debe ser comprimir hasta una profundidad de, al menos, 5cm a una frecuencia de, al menos 100 compresiones/min., para permitir una recuperación de la expansión del tórax y para minimizar las interrupciones en las compresiones torácicas. Los reanimadores entrenados deberían, además, proveer ventilaciones con una ratio de compresiones/ventilaciones (CV) de 30:2. En caso de que reanimadores no entrenados sean guiados por teléfono, se recomienda una RCP en la que sólo se administren compresiones.
- Se recomienda el uso de dispositivos que den señales (*feedback*) durante la RCP permitiendo el *feedback* inmediato. Los datos almacenados en los equipos de reanimación pueden ser utilizados para monitorizar y mejorar la calidad de la ejecución de la RCP y proveer de *feedback* a los reanimadores profesionales durante las sesiones de evaluación tras la asistencia.

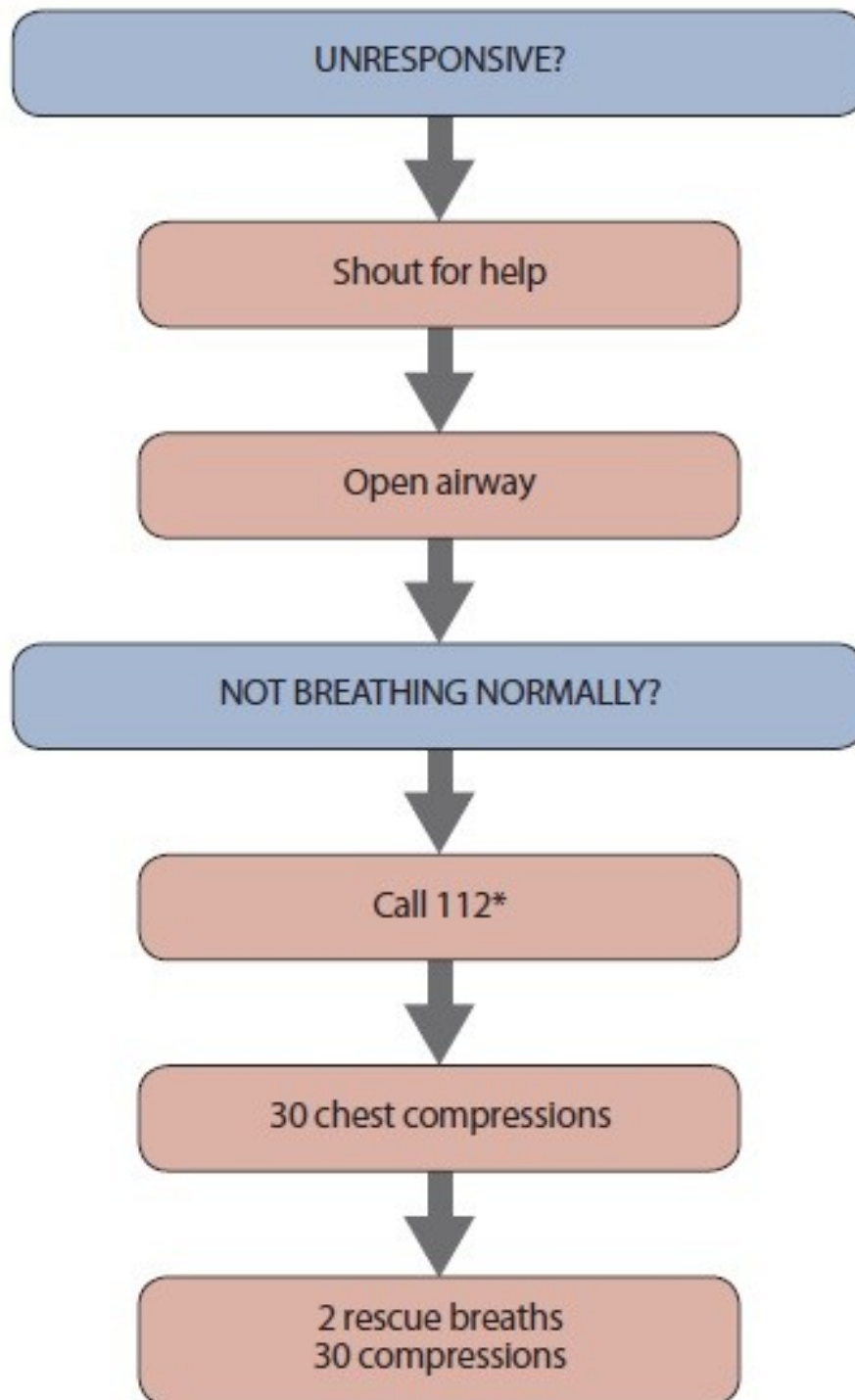
Terapias eléctricas:

Desfibriladores Externos Automáticos, desfibrilación, cardioversión y marcapasos.

Los cambios más importantes en las guías de RCP 2010 incluyen:

- Se enfatiza la importancia de las compresiones torácicas tempranas, sin interrupciones
- Se aumenta el énfasis en la reducción de la duración de las pausas previas y posteriores a las descargas: se recomienda la continuación de las compresiones durante la carga del desfibrilador.
- También se recalca el reinicio inmediato de las compresiones a continuación de la desfibrilación; en combinación con la continuación de las compresiones durante la carga del desfibrilador. La descarga debería ser realizada con una interrupción en las compresiones torácicas de no más de 5 segundos.
- La seguridad del reanimador continúa siendo crucial, pero se reconoce en estas guías que el riesgo de daños al reanimador por causa del desfibrilador es muy pequeño, en especial si el reanimador porta guantes.
- Se recomienda que el chequeo de seguridad sea rápido, para minimizar la pausa previa a la descarga.
- Cuando se trata la parada fuera del hospital, el personal de los servicios médicos de emergencia deberían proveer una RCP de calidad mientras se consigue el desfibrilador, se coloca y se carga, pero ya no se recomienda la realización de RCP durante un tiempo determinado (p.e. 2-3min.) previo al análisis del ritmo y descarga. En los servicios en los que se haya protocolizado la realización de ese breve periodo de compresiones torácicas previo a la desfibrilación, puesto que hay falta de datos a favor o en contra de esta estrategia, parece razonable que continúen con su práctica.
- El uso de hasta 3 descargas agrupadas puede ser considerado si aparece Fibrilación Ventricular /Taquicardia Ventricular durante la cateterización coronaria o en el periodo postoperatorio precoz tras cirugía cardíaca. Esta estrategia también puede ser considerada en caso de un parada cardíaca con ritmo de FV/TV presenciada cuando el paciente ya está conectado a un desfibrilador manual.
- Se anima al desarrollo de los programas de desfibrilación externa automática. Hay necesidad de un mayor despliegue de Desfibriladores Externos Automáticos en áreas públicas y residenciales.

Adult Basic Life Support



*or national emergency number