

ANEXO

Proceso de cuidados en situaciones de urgencia o emergencia. Recomendaciones del ERC 2015

1. SOPORTE VITAL BÁSICO DEL ADULTO Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMATIZADA

Las Recomendaciones 2015 del ERC destacan la importancia crítica de las interacciones entre el operador telefónico del servicio de emergencias médicas, el testigo que realiza la RCP y el despliegue al mismo tiempo de un desfibrilador externo automatizado (DEA). Una respuesta coordinada eficaz que agrupe estos elementos es fundamental para mejorar la supervivencia de la parada cardíaca extrahospitalaria.

- El operador telefónico de emergencias médicas juega un papel importante en el diagnóstico precoz de la parada cardíaca, la realización de RCP con ayuda telefónica (RCP telefónica) y la localización y disponibilidad de un DEA.
- El testigo formado y capacitado ha de valorar a la víctima del colapso rápidamente para determinar si no responde y no respira normalmente y luego alertar inmediatamente a los servicios de emergencias.
- La víctima que no responde y no respira normalmente está en parada cardíaca y requiere RCP. Los testigos y los operadores telefónicos de emergencias médicas deberían sospechar una parada cardíaca en cualquier paciente que presente convulsiones y valorar cuidadosamente si la víctima respira normalmente.
- Los que realizan la RCP tienen que dar compresiones torácicas en todas las víctimas de parada cardíaca. Los que estén formados y sean capaces de hacer respiraciones de rescate han de realizar compresiones torácicas y respiraciones de rescate combinadas.
- Los que realizan RCP han de asegurar compresiones torácicas de profundidad adecuada (aproximadamente 5 cm pero no más de 6 cm en el adulto medio) con una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto, permitir que el tórax se reexpanda completamente tras cada compresión y minimizar las interrupciones en las compresiones.
- Cuando se administren respiraciones de rescate/ventilaciones, emplear aproximadamente 1 segundo para insuflar el tórax con un volumen suficiente para asegurar que éste se eleve visiblemente.
- Se puede conseguir desfibrilación precoz por los que hacen la RCP mediante la utilización de DEA de acceso público *in situ*. Se deberían implementar activamente programas de acceso público a DEA en los espacios públicos que tengan una alta afluencia de personas.
- La secuencia de RCP del adulto puede utilizarse con seguridad en niños que no responden y no respiran con normalidad. La profundidad de las compresiones torácicas en niños debería ser de al menos un tercio del diá-

1. Soporte vital básico del adulto y desfibrilación externa automatizada
2. Soporte vital avanzado del adulto

metro torácico anteroposterior (para lactantes, es 4 cm; para niños, 5 cm).

- En el caso de un cuerpo extraño que produce obstrucción completa de la vía aérea, si la víctima pierde la consciencia, debería comenzarse inmediatamente RCP mientras se solicita ayuda.

2. SOPORTE VITAL AVANZADO DEL ADULTO

Las Recomendaciones 2015 del ERC de SVA hacen hincapié en la mejora del cuidado y la implementación de las recomendaciones para mejorar los resultados centrados en el paciente (Figura 1).

Los principales cambios desde 2010 son:

- Se mantiene el énfasis en la utilización de los sistemas de respuesta rápida para la atención del paciente que esta deteriorándose y la prevención de la parada cardíaca intrahospitalaria.
- Se mantiene el énfasis en las compresiones torácicas de alta calidad con mínimas interrupciones durante cualquier

intervención de SVA: las compresiones torácicas sólo se detienen brevemente para posibilitar intervenciones específicas. Esto incluye minimizar las interrupciones en las compresiones torácicas durante menos de 5 segundos para intentar la desfibrilación.

- Se mantiene el énfasis en el uso de parches autoadhesivos para la desfibrilación, y una estrategia de desfibrilación para minimizar las pausas predescarga, aunque se admite que las palas del desfibrilador se utilicen en algunos ámbitos.
- Durante el SVA se hace mayor énfasis en la utilización de la capnografía con forma de onda para confirmar y monitorizar de manera continua la posición del tubo endotraqueal, la calidad de la RCP y para proporcionar una indicación precoz de la recuperación de la circulación espontánea (RCE).
- Se recomienda una aproximación gradual al manejo de la vía aérea durante la RCP basada en los factores del paciente y en las destrezas del reanimador.
- El uso rutinario de dispositivos mecánicos de compresiones torácicas no está recomendado, aunque son una alternativa razonable en situaciones en las que no es factible realizar compresiones torácicas de alta calidad o la seguridad del reanimador está comprometida.
- La ecografía periparada puede tener un papel en la identificación de causas reversibles de parada cardíaca.
- Las técnicas de soporte vital extracorpóreo pueden tener un papel como terapia de rescate en pacientes seleccionados en los que las medidas de SVA estándar no tienen éxito.

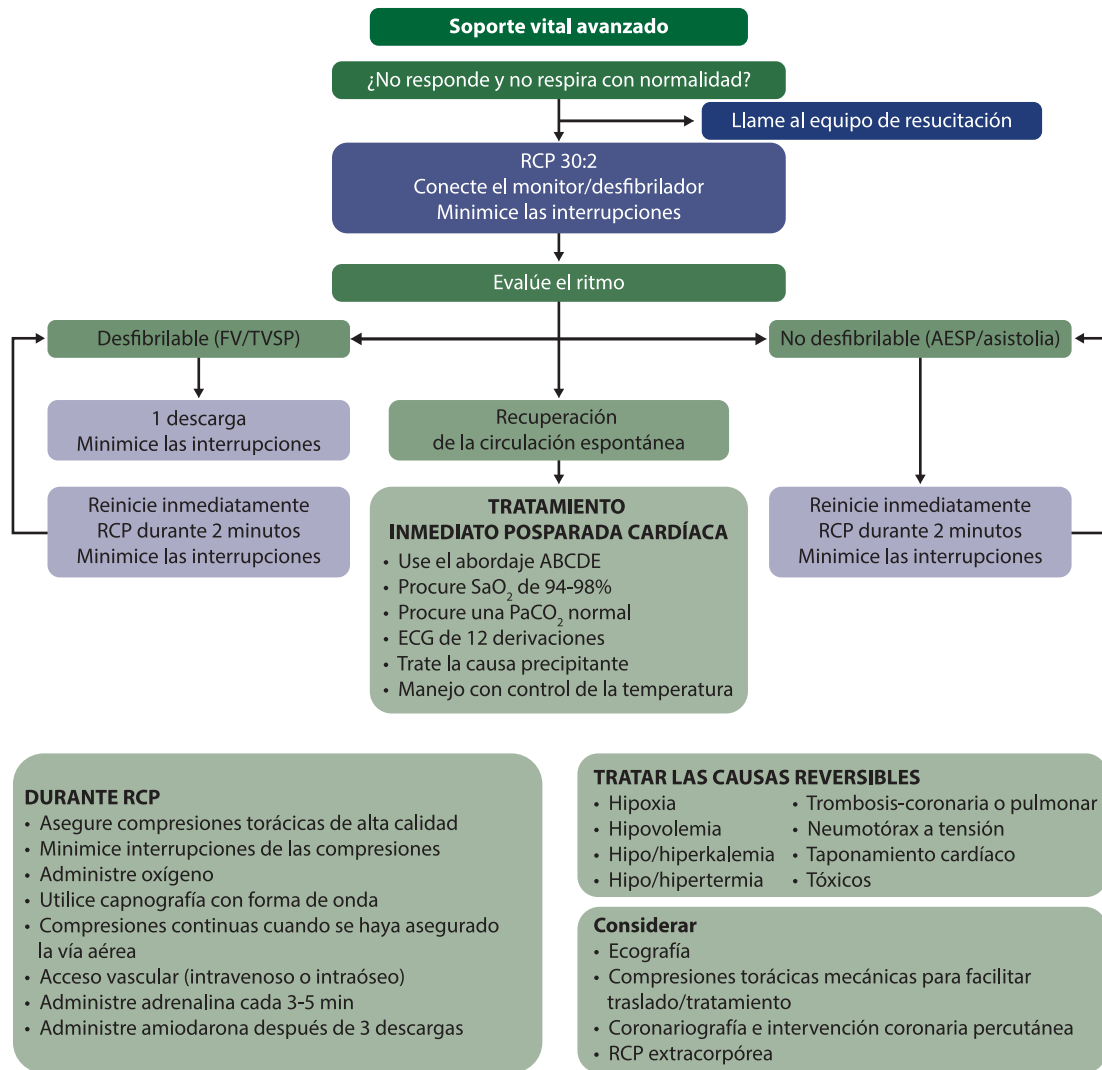


Figura 1. Algoritmo de Soporte Vital Avanzado. RCP - resucitación cardiopulmonar: FV/TVSP - fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso; AESP - actividad eléctrica sin pulso; ABCDE - vía Aérea, Respiración (B), Circulación, Discapacidad, Exposición, SaO₂ - saturación arterial de oxígeno; PaCO₂ - presión arterial parcial de dióxido de carbono; ECG - electrocardiograma