



## **Declaración del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) sobre Soporte Vital Básico 31 Marzo 2008**

Las personas que hayan sido formadas en Soporte Vital Básico (SVB) y que presencien un colapso súbito en un adulto, deberían iniciar inmediatamente las maniobras de reanimación, realizando 30 compresiones torácicas con la fuerza y profundidad adecuadas, a un ritmo de 100 compresiones por minuto, seguidas por 2 insuflaciones boca a boca.

El/los socorrista/s deberían asegurar que las ventilaciones provoquen la mínima interrupción posible entre las compresiones torácicas. Al mismo tiempo, otras personas deberían alertar a los Servicios de Emergencias Médicas.

Esta secuencia de compresiones torácicas e insuflaciones se tiene que seguir haciendo hasta la llegada de ayuda profesional al lugar.

Una alternativa aceptable para las personas que no han sido formadas en SVB o que no quieren o puedan realizar las insuflaciones boca a boca, es practicar compresiones torácicas sin interrupción, a un ritmo de 100 compresiones por minuto. Para aquellas personas sin formación en SVB y que reciban instrucciones por teléfono para hacer la RCP, es preferible que realicen compresiones torácicas sin interrupción hasta que llegue la ayuda profesional.

Esta declaración viene a reforzar las recomendaciones (Guidelines) del ERC, publicadas en Noviembre de 2005, basadas en una extensa revisión de la evidencia científica existente en aquel momento. Esta revisión reunió todos los estudios disponibles sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP), incluyendo la realización de las compresiones torácicas, la ventilación boca a boca y las diferentes combinaciones de ambas maniobras.

La mayoría de las organizaciones nacionales de reanimación en el ámbito europeo han adoptado estas recomendaciones, las han traducido a sus respectivos idiomas, las han incluido en sus materiales de formación y han puesto en marcha un proceso de formación y reciclaje de socorristas profesionales y no profesionales. Este proceso no ha sido completado en su totalidad en el momento actual.

Desde 2005 se han publicado nuevos estudios científicos con el objetivo de investigar el valor de la ventilación boca a boca en combinación con las compresiones torácicas durante la RCP. Estos estudios sugieren que no hay un valor adicional estadísticamente significativo entre hacer la ventilación boca a boca junto con las compresiones torácicas, respecto a realizar RCP únicamente con compresiones torácicas (es decir, que las compresiones torácicas no sean interrumpidas por las insuflaciones).

La inquietante baja proporción de ciudadanos dispuestos a iniciar las maniobras de RCP y el bajo ratio de supervivencia tras una parada cardiorespiratoria extra-hospitalaria han sido documentados durante muchos años. Este hecho y los estudios publicados recientemente han movido a la Asociación Americana del Corazón (AHA) a emitir una declaración recomendando a las personas que presencian un colapso súbito de un adulto deberían realizar compresiones torácicas sin insuflaciones.

Con esta declaración, la AHA espera incrementar el número de ciudadanos que ante una parada cardiaca repentina quieran actuar e inicien la RCP, y aumentar así las cifras de supervivencia entre las víctimas de una parada cardiaca.

El ERC considera esta evidencia insuficiente para modificar en el momento actual sus recomendaciones en SVB. Hay algunas consideraciones importantes que respaldan esta recomendación:

1. Los estudios publicados recientemente son estudios observacionales, no controlados, de experiencias que datan de 1990 a 2003. Estos estudios están considerados en general como insuficientes como para permitir emitir conclusiones definitivas sobre la superioridad o la equivalencia de cualquier método de RCP. Los resultados de estos estudios son aún compatibles con la hipótesis que la combinación actualmente

recomendada de compresiones torácicas más ventilación boca a boca es superior a la RCP con sólo compresiones torácicas.

2. Se ha puesto en marcha un proceso de evaluación científica a nivel mundial, con el objeto de revisar toda la información disponible en resucitación en el momento actual. En 2010 se publicará un nuevo consenso científico y es conveniente esperar a los resultados de este proceso, antes de incluir nuevos cambios en las directrices existentes en RCP.
3. Según las recomendaciones de 2005, el ratio entre compresiones y ventilaciones se ha aumentado de 15.2 a 30:2, habiéndose enfatizado ya la importancia de que las compresiones sean de alta calidad y se hagan con las mínimas interrupciones posibles. Además, a diferencia de las recomendaciones de la AHA, las recomendaciones del ERC indican que las 30 compresiones torácicas han de darse antes de las 2 insuflaciones. No se han publicado estudios donde la RCP con "sólo compresiones" haya sido comparada con la RCP practicada de acuerdo con las recomendaciones del ERC de 2005.
4. Las recomendaciones del ERC del 2005 están siendo implementadas por toda Europa. No es beneficioso para la calidad de la enseñanza de la RCP ni para la formación de los cientos de miles de socorristas potenciales, introducir nuevos cambios mientras que las actuales recomendaciones están siendo implementadas. La confusión a la que se podría dar lugar sería contraproducente.
5. En Europa, la proporción de intentos de reanimación con personal formado en las maniobras de RCP es considerable en la actualidad. El porcentaje se sitúa entre 27% y 67% y es considerablemente más alto que el que se observa generalmente en Estados Unidos. Por lo tanto, la necesidad de simplificar las recomendaciones para animar a los ciudadanos a iniciar la RCP, potencialmente a expensas de la calidad, es menos acuciante que en Estados Unidos.
6. En última instancia, incluso si la RCP con "sólo compresiones" se recomienda, hay varias circunstancias en las cuales la ventilación puede ser "crítica". Estas circunstancias las podemos observar en paradas cardíacas no presenciadas, paradas cardíacas en niños, la mayoría de las paradas cardíacas hospitalarias, paradas cardíacas de origen no cardíaco, como ahogamientos u obstrucción de la vía aérea y durante los intentos de reanimación que duren más de 4 minutos aproximadamente. Esta lista no es exhaustiva. Es improbable que los socorristas no profesionales sean capaces de identificar con suficiente seguridad estas circunstancias y si solamente han sido enseñados para hacer RCP con "sólo compresiones", puede que realicen una RCP de insuficiente calidad para muchas víctimas.

Por lo tanto, el Consejo Europeo de Resucitación sigue recomendando la enseñanza y la práctica de compresiones torácicas de alta calidad, a un ritmo de 100 por minuto, con las mínimas interrupciones posibles y alternadas con 2 insuflaciones boca a boca, en una proporción de 30:2. Para aquellos socorristas que no quieran o no puedan realizar las insuflaciones boca a boca, siempre es mejor practicar solo las compresiones torácicas que no realizar la RCP.

#### Referencias:

1. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 2005;67 Suppl 1:S7-S23.
2. International Liaison Committee On Resuscitation. Consensus on Science and Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2005;67:181-314.
3. Bohm K, Rosenqvist M, Herlitz J, Hollenberg J, Svensson L. Survival is similar after standard treatment and chest compression only in out-of-hospital bystander cardiopulmonary resuscitation. *Circulation* 2007;116:2908-12.
4. Iwami T, Kawamura T, Hiraide A, Berg RA, Hayashi Y, Nishiuchi T, et al. Effectiveness of bystander-initiated cardiac-only resuscitation for patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 2007;116:2900-7.
5. Nagao KftS-Ksg. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. *Lancet* 2007;369:920-6.
6. <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.189380>
7. Herlitz J, Bahr J, Fischer M, Kuisma M, Lexow K, Thorgeirsson G. Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. *Resuscitation* 1999;41:121-31.
8. Waalewijn RA, Tijssen JG, Koster RW. Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARREST). *Resuscitation* 2001;50:273-9.