

Suplementos de materiales provisionales de 2010
Manual del estudiante de SVB/BLS para profesionales de la salud
Hoja comparativa
Basado en las *Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE*

Cambios en SVB/BLS			
	Nuevo	Anterior	Fundamento
RCP	Compresiones torácicas, Vía aérea, Respiración (C-A-B) Los nuevos datos científicos indican el siguiente orden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compruebe la capacidad de respuesta del paciente. 2. Compruebe la presencia o ausencia de respiración. 3. Pida ayuda. 4. Compruebe el pulso durante un periodo máximo de 10 segundos. 5. Realice 30 compresiones. 6. Abra la vía aérea y administre 2 respiraciones. 7. Reanude las compresiones. 	Vía aérea, Respiración, Compresiones torácicas (A-B-C) Anteriormente, después de comprobar la capacidad de respuesta del paciente, se pedía ayuda, se abría la vía aérea, se comprobaba si el paciente respiraba, y se administraban 2 ventilaciones, seguidas de una comprobación del pulso y de compresiones torácicas.	Aunque las ventilaciones constituyen una parte importante de la maniobra de reanimación, los datos clínicos demuestran que las compresiones son el elemento esencial en la reanimación de adultos. En la secuencia A-B-C, se solían retrasar las compresiones.
	Las compresiones deben iniciarse transcurridos 10 segundos del reconocimiento del paro cardíaco.	Las compresiones debían administrarse después de evaluar la vía aérea y la respiración, debían administrarse las ventilaciones y, posteriormente, debía comprobarse el pulso.	Aunque las ventilaciones constituyen una parte importante de la maniobra de reanimación, los datos clínicos demuestran que las compresiones son el elemento esencial en la reanimación de adultos. La administración de las compresiones suele retratarse mientras los profesionales de la salud abren la vía aérea y administran las ventilaciones.
	Las compresiones deben administrarse con una frecuencia mínima de 100 cpm. Cada grupo de 30 compresiones debe tardar aproximadamente 18 segundos o menos.	Las compresiones debían administrarse con una frecuencia de aproximadamente 100 cpm. Cada ciclo de 30 compresiones se debe realizar en 23 segundos o menos.	La frecuencia de las compresiones suele ser bastante lenta, y una frecuencia superior a 100 cpm resulta en una mejor perfusión y en un mejor desenlace.

RCP	<p>La profundidad de las compresiones debe ser como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: al menos 5 cm • Niños: al menos un tercio de la profundidad del tórax, aproximadamente 5 cm • Lactantes: al menos un tercio de la profundidad del tórax, aproximadamente 4 cm 	<p>La profundidad de las compresiones debía ser como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: de 4 a 5 cm • Niños: aproximadamente de un tercio a la mitad del diámetro del tórax • Lactantes: aproximadamente de un tercio a la mitad del diámetro del tórax 	<p>Unas compresiones más profundas generan una mejor perfusión de las arterias coronarias y cerebrales.</p>
Vía aérea y respiración	<p>Ya no se recomienda de forma rutinaria la administración de presión cricoidea para su uso con las ventilaciones.</p>	<p>Si hay un número apropiado de reanimadores, uno de ellos podía aplicar presión cricoidea.</p>	<p>Los estudios aleatorizados han demostrado que la presión cricoidea sigue permitiendo la aspiración. Además, resulta difícil entrenar adecuadamente a los profesionales de la salud para que realicen correctamente esta maniobra.</p>
	<p>Se ha eliminado de la secuencia la indicación de "Observar, escuchar y sentir la respiración" para valorar la respiración después de abrir la vía aérea. El profesional de la salud comprueba brevemente que no hay respiración o que ésta no es normal cuando comprueba si la víctima responde para detectar signos de paro cardíaco. Tras administrar 30 compresiones, los reanimadores que intervienen solos abren la vía aérea de la víctima y administran 2 ventilaciones.</p>	<p>La indicación de "Observar, escuchar y sentir la respiración" se utilizaba para valorar la respiración una vez abierta la vía aérea.</p>	<p>Con la nueva secuencia que empieza por la compresión torácica, se practica la RCP si la víctima adulta no responde y no respira o no respira con normalidad (es decir, no respira o sólo jadea/boquea), y se comienza con las compresiones (secuencia C-A-B). Por lo tanto, se examina brevemente la respiración como parte de la comprobación del paro cardíaco. Después de la primera serie de compresiones torácicas, se abre la vía aérea y se administran 2 ventilaciones.</p>
Uso del DEA	<p>En el caso de niños de 1 a 8 años de edad, debe emplearse un sistema de atenuación de la descarga para dosis pediátricas, si se dispone de uno. Si no hay disponible un DEA con un sistema de atenuación de la descarga, puede utilizarse un DEA estándar.</p> <p>En lactantes (menores de 1 año) es preferible utilizar un desfibrilador manual. Si no se dispone de un desfibrilador manual, se prefiere el uso de un DEA con un sistema de atenuación de la descarga para dosis pediátricas. Si ninguno de ellos está disponible, puede utilizarse un DEA sin un sistema de atenuación de dosis.</p>	<p>Eso no constituye ningún cambio para el niño. En 2005 no se contaba con suficientes datos clínicos que recomendaran o no el uso del DEA en lactantes.</p>	<p>Aún no se conoce cuál es la dosis mínima de energía necesaria para conseguir una desfibrilación eficaz en lactantes y niños. Tampoco se sabe cuál es el límite superior para una desfibrilación segura, pero en niños y modelos animales de paro pediátrico se han conseguido desfibrilaciones eficaces con dosis de más de 4 J/kg (hasta 9 J/kg) sin efectos adversos significativos.</p> <p>En lactantes en paro cardíaco se han utilizado con éxito DEA con dosis de energía relativamente altas sin efectos adversos aparentes.</p>