





# Soporte vital básico

## MANUAL DEL PROVEEDOR

© 2025 Asociación Estadounidense del Corazón

ISBN 978-1-68472-310-2

Impreso en los Estados Unidos de América

Primera edición de la Asociación Estadounidense del Corazón: octubre de 2025

Edición de libro electrónico © 2025 American Heart Association. ISBN 978-1-68472-319-5. 25-3102

### Agradecimientos La

American Heart Association agradece a las siguientes personas por sus contribuciones al desarrollo de este manual: Deb Torman, EdD, MBA, AT, EMT-P; Denis Cristian Toledo Corrêa, PT, RRT; Fabián Gelpi, MD; Koji Sakaida, MD; Mark Terry, MPA, NRP; Tracy Stell, BSN, RN, CNML; y el equipo del proyecto BLS de la AHA.

Para conocer las actualizaciones o correcciones a este texto, visita [heart.org/courseupdates](https://heart.org/courseupdates).

# Contenido

## Parte 1

### Conceptos generales del curso

---

Objetivos del curso BLS

Descripción del curso

Requisitos de finalización

Su enfoque ante un intento de reanimación

Equipo de protección personal

Manual del proveedor de BLS

## Parte 2

### La cadena de supervivencia

---

Objetivos de aprendizaje

Descripción general

Eslabones de la cadena de supervivencia

Comparación de los entornos hospitalarios y extrahospitalarios

## Parte 3

### BLS para adultos

---

Objetivos de aprendizaje

Marco básico para la RCP

Equipos de alto rendimiento

Componentes principales de la RCP

Algoritmo BLS para adultos

Secuencia BLS para 1 reanimador adulto

Habilidades de RCP de alta calidad: adultos

Realizar compresiones torácicas de alta calidad

Técnica de compresión torácica

Algoritmo de paro cardíaco en el embarazo

Secuencia de paro cardíaco en el embarazo

Abrir la vía aérea

Dispositivos de barrera para administrar respiraciones

Máscaras de bolsillo

Dispositivos de bolsa-mascarilla

Adulto 2-Rescatista BLS

Secuencia BLS para 2 reanimadores adultos

## Parte 4

DEA para adultos y niños de 8 años o más

---

Objetivos de aprendizaje

Desfibrilación

Uso del DEA

Minimizar el tiempo entre la última compresión y la aplicación del amortiguador

No demore la RCP de alta calidad después del uso del DEA

Almohadillas DEA para niños

Circunstancias especiales

Parte 5

---

Dinámica de equipo

Objetivos de aprendizaje

Elementos de equipos eficaces de alto rendimiento

Roles y responsabilidades

Comunicación

Entrenamiento

Interrogación

Equipos de alto rendimiento

Cálculo del CCF

Parte 6

---

BLS para niños y bebés

---

Objetivos de aprendizaje

[Algoritmo de BLS pediátrico: un solo reanimador](#)

[Secuencia de BLS pediátrico: un solo reanimador](#)

[Habilidades de RCP de alta calidad: bebés y niños](#)

[Algoritmo de BLS pediátrico: 2 o más reanimadores](#)

[Secuencia BLS pediátrica: 2 o más reanimadores](#)

[Resumen de componentes de RCP de alta calidad para profesionales de SVB/BLS](#)

## Parte 7

[DEA para bebés y niños menores de 8 años](#)

---

[Objetivos de aprendizaje](#)

[Conozca su DEA](#)

[DEA con capacidad pediátrica para dosis de choque reducidas](#)

[Elección y colocación de los parches del DEA](#)

[Uso de DEA en niños de 8 años hasta la pubertad](#)

[Uso de DEA en bebés y niños menores de 8 años](#)

[Uso de DEA en bebés](#)

## Parte 8

[Técnicas de ventilación alternativas](#)

---

[Objetivos de aprendizaje](#)

[Vías aéreas avanzadas](#)

Respiraciones y ventilaciones con pulso

Técnicas para administrar respiraciones sin dispositivo de barrera

Técnicas de respiración para adultos y niños

Respiración boca a boca para adultos y niños

Técnicas de respiración para bebés

Precaución: Riesgo de inflación gástrica

## Parte 9

Emergencia asociada a opioides

---

Objetivos de aprendizaje

¿Qué son los opioides?

Uso indebido de opioides

Cómo identificar una emergencia asociada a opioides

Antagonistas opioides

Naloxona: antídoto contra la sobredosis de opioides

Sistemas de respuesta asociados a opioides

## Parte 10

Otras emergencias potencialmente mortales

---

Objetivos de aprendizaje

Infarto de miocardio

Ataque

Ahogo

Anafilaxia

## Parte 11

Alivio de la asfixia para adultos, niños y bebés

---

Objetivos de aprendizaje

Señales de asfixia

Alivio de la asfixia por FBAO grave en adultos y niños

Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en adultos

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en adultos Secuencia BLS

Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en niños

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en niños Secuencia BLS

Alivio de la asfixia por FBAO grave en una persona embarazada u obesa receptiva o en alguien en un

Silla de ruedas

Alivio de la asfixia en bebés

Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en lactantes

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en lactantes Secuencia BLS

Proporcionar un alivio eficaz cuando hay una obstrucción de las vías respiratorias

Acciones después del alivio de la asfixia

## Apéndice

---

Lista de verificación para pruebas de habilidades de RCP y DEA para adultos de BLS

Descriptores de habilidades críticas de la prueba de RCP y DFA para adultos de BLS

Lista de verificación para la prueba de habilidades de RCP infantil de BLS

Descriptores de habilidades críticas de la prueba de RCP infantil de BLS

Glosario

Lectura recomendada

## Abreviaturas

Abreviatura	Definición
DEA	desfibrilador externo automático
QUÉ	Asociación Americana del Corazón
ELA	soporte vital avanzado
AP	anteroposterior
BLS	soporte vital básico
CCF	fracción de compresión torácica
RCP	reanimación cardiopulmonar
ECG	electrocardiograma
defunción cardíaca	departamento de urgencias
Servicios médicos de emergencia	servicios médicos de emergencia
FBAO	obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño
LUD	desplazamiento uterino lateral
ALMOHADILLA	desfibrilación de acceso público
Amigos	soporte vital avanzado pediátrico
EPI	equipo de protección personal
TVP	taquicardia ventricular sin pulso
PROSPERIDAD	retorno de la circulación espontánea
RCP T	reanimación cardiopulmonar asistida por telecomunicador
AMAR	ataque isquémico transitorio

## Parte 1

### Conceptos generales del curso

Bienvenido al Curso de Soporte Vital Básico (SVB) de la Asociación Americana del Corazón. El SVB es la base para salvar vidas tras un paro cardíaco. En este curso, aprenderá las habilidades de reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad para personas de todas las edades. Practicará estas habilidades tanto como reanimador individual como miembro de un equipo multirrescatista. Las habilidades que aprenderá en este curso le permitirán:

- Reconocer un paro cardíaco
- Activar el sistema de respuesta a emergencias de forma temprana •

Responder con rapidez y seguridad

A pesar de los importantes avances en prevención, el paro cardíaco súbito sigue siendo una de las principales causas de muerte en muchos países. Aproximadamente la mitad de los paros cardíacos no son presenciados. El pronóstico del paro cardíaco extrahospitalario sigue siendo desalentador. Solo alrededor del 10% de los pacientes adultos con paro cardíaco no traumático atendidos por servicios médicos de emergencia (SEM) sobreviven al alta hospitalaria.

Este curso le ayudará a brindar a las personas que sufren un paro cardíaco la mejor posibilidad de supervivencia.

### Objetivos del curso BLS

El curso de SVB/BLS se centra en lo que necesita saber para realizar RCP de alta calidad en una amplia variedad de entornos. También aprenderá a responder ante asfixia y otras emergencias potencialmente mortales.

Después de completar con éxito el curso BLS, usted debería poder:

- Describir la importancia de la RCP de alta calidad y su impacto en la supervivencia
- Aplicar los conceptos de BLS de la Cadena de Supervivencia
- Reconocer los signos de que alguien necesita RCP
- Realizar RCP de alta calidad a un adulto, un niño y un bebé
- Realizar compresiones torácicas utilizando la colocación correcta de las manos a la frecuencia y profundidad correctas con retroceso del tórax
- Demostrar respiraciones o ventilación efectivas
- Describir la importancia del uso temprano de un desfibrilador externo automático (DEA)
- Demostrar cómo usar un DEA
- Actuar como un miembro eficaz del equipo durante la RCP con múltiples reanimadores

- Describir cómo aliviar una obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño (FBAO) en un adulto, un niño y un bebé •
- Describir cómo ayudar a alguien en una emergencia asociada a opioides • Describir
- cómo realizar RCP de alta calidad en una persona embarazada, incluido el desplazamiento uterino lateral manual  
(LUD), durante un paro cardíaco materno •
- Describir la cadena de supervivencia por ahogamiento
- Reconocer los signos de un ataque cardíaco
- Describir las acciones para ayudar a alguien que sufre un ataque cardíaco

## Descripción del curso

Este curso te prepara para realizar RCP de alta calidad. La RCP es un procedimiento que salva vidas en personas con signos de paro cardíaco (es decir, que no responden, no respiran con normalidad ni tienen pulso). Los dos componentes clave de la RCP son las compresiones torácicas y las respiraciones.

La RCP de alta calidad mejora las probabilidades de supervivencia de una persona. Estudie y practique las características de la RCP de alta calidad para poder realizar cada técnica con eficacia.



Conceptos críticos RCP

de alta calidad • Comience

las compresiones dentro de los 10 segundos posteriores a reconocer el paro cardíaco. •

Empuje fuerte, empuje rápido: Comprima a una frecuencia de 100 a 120/min con una profundidad de

o –Al menos 5 cm (2 pulgadas) pero no más de 6 cm (2,4 pulgadas), para adultos o –Al menos un tercio del diámetro AP del tórax, o aproximadamente 5 cm (2 pulgadas), para niños o –Al menos un tercio del diámetro AP del tórax, o aproximadamente 4 cm (1½ pulgadas), para bebés • Permita que el tórax se retraja

completamente después de cada compresión. Evite apoyarse sobre el tórax entre compresiones. • Minimice las interrupciones en las compresiones (límite las interrupciones a menos de 10 segundos). • Administre respiraciones efectivas.

Administre cada respiración durante 1 segundo, utilizando solo el volumen suficiente para que el tórax de la persona subir. Evitar la ventilación excesiva.

## Requisitos de finalización

Para completar con éxito este curso y recibir su tarjeta de finalización del curso BLS, debe hacer lo siguiente: • Participar en demostraciones interactivas prácticas de habilidades de RCP de alta calidad.

- Aprobar el examen de habilidades de RCP y DEA para adultos
- Aprobar el examen de habilidades de RCP para bebés
- Obtener una puntuación mínima de aprobación del 84% en el examen escrito del curso dirigido por el instructor, o aprobar Complete la parte en línea del curso Heartcode BLS.

#### Pruebas de habilidades

Debe aprobar dos pruebas de habilidades para recibir su tarjeta de finalización del curso de SVB/BLS. Durante el curso, tendrá la oportunidad de aprender y practicar compresiones torácicas, ventilación con bolsa-mascarilla y el uso de un DEA. Después de la práctica, su instructor evaluará sus habilidades mediante la lectura de un breve escenario. Se le pedirá que responda como lo haría en una situación real. El instructor no le guiará ni le ayudará durante las pruebas de habilidades.

#### Examen

El examen es de acceso abierto. Esto significa que puede consultar recursos impresos o digitales mientras realiza el examen. Puede Sin embargo, no discuta las preguntas del examen con otros estudiantes ni con su instructor. Entre los recursos que puede utilizar se incluyen los apuntes de clase, este manual del proveedor y el Manual de Atención Cardiovascular de Emergencia para Profesionales de la Salud de 2025 de la Asociación Estadounidense del Corazón.

## Su enfoque ante un intento de reanimación

Las técnicas y secuencias de SVB/BLS que aprenderá ofrecen un enfoque para un intento de reanimación. Sin embargo, cada situación es única.

Su respuesta será determinada por

- Equipo de emergencia disponible
- Disponibilidad de rescatistas capacitados
- Nivel de experiencia en formación
- Protocolos locales

## Equipo de protección personal

El equipo de protección individual (EPI) ayuda a proteger a los rescatistas de riesgos para la salud o la seguridad. El EPI varía según la situación y los protocolos. Puede incluir una combinación de artículos, como guantes médicos, protección ocular, batas o trajes de cuerpo entero, ropa de alta visibilidad, calzado de seguridad y cascos de seguridad.

Consulte a su empleador, autoridad sanitaria local u organismo regulador sobre los protocolos de EPI para su puesto. Para enfermedades infecciosas específicas, consulte a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o a la Asociación de Profesionales en Control de Infecciones y Epidemiología para obtener más información.

## Manual del proveedor de BLS

Lea atentamente su Manual del Proveedor de SVB/BLS . Estudie las habilidades y secuencias para salvar vidas. Durante el curso, aplicará estos conocimientos como rescatista en situaciones de emergencia simuladas. Su Manual del Proveedor de SVB/BLS le servirá como recurso durante mucho tiempo después de completar el curso.

### Definiciones de edad

En este curso, las definiciones de edad son las siguientes:

- Bebés: menores de 1 año (excluidos los recién nacidos en la sala de partos)
- Niños: 1 año de edad hasta la pubertad (los signos de la pubertad son vello en el pecho o las axilas en los varones; cualquier desarrollo de los senos en las mujeres)
- Adultos: adolescentes (es decir, después del inicio de la pubertad) y mayores

### Cuadros de llamada

Este manual incluye recuadros de Conceptos Críticos que llaman la atención sobre contenido específico.



### Conceptos críticos

Estos recuadros contienen información importante que debe conocer, incluidos antecedentes sobre temas clave y riesgos específicos asociados con determinadas intervenciones.

## Parte 2

### La cadena de supervivencia

Durante muchos años, la Asociación Americana del Corazón ha adoptado, apoyado y contribuido al desarrollo del concepto de atención cardiovascular de emergencia. El término Cadena de Supervivencia ofrece una metáfora útil para los elementos del concepto de sistemas de atención cardiovascular de emergencia. La Cadena de Supervivencia muestra las acciones necesarias para brindar a la persona en paro cardíaco la mayor probabilidad de supervivencia. Cada eslabón es independiente, pero está conectado a los eslabones anteriores y posteriores. Si alguno se rompe, la probabilidad de un buen pronóstico disminuye.

#### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Describir la importancia de la RCP de alta calidad y su impacto en la supervivencia.
- Aplicar los conceptos BLS de la Cadena de Supervivencia

#### Descripción general

Un paro cardíaco puede ocurrir en cualquier lugar: en la calle, en casa, en el servicio de urgencias de un hospital, en una cama de hospitalización o en la unidad de cuidados intensivos. Los elementos del sistema de atención y el orden de las acciones en la Cadena de Supervivencia difieren según la situación. La atención dependerá de si la persona sufre el paro cardíaco fuera o dentro del hospital. También depende de si se trata de un adulto, un niño o un bebé.

La prevención del paro cardíaco es la base de la Cadena de Supervivencia (Figura 1). La prevención incluye medidas para mejorar la salud de las personas y las comunidades. Incluye programas de concientización pública y capacitación para ayudar a las personas a reconocer los signos de un ataque cardíaco y un paro cardíaco, y a tomar medidas eficaces. La capacitación comunitaria en RCP y el desarrollo de sistemas de respuesta a emergencias son importantes.



Figura 1. Cadena de supervivencia al paro cardíaco de la American Heart Association 2025.

Los teleoperadores de emergencias (es decir, operadores de llamadas y despachadores) que imparten instrucciones de RCP contribuyen a aumentar las tasas de RCP por reanimadores no profesionales y a mejorar los resultados. Esta RCP asistida por telecomunicadores (RCP-T) permite al público general realizar RCP de alta calidad y desfibrilación temprana.

Se pueden usar aplicaciones móviles o mensajes de texto para llamar a personas capacitadas en RCP. Las aplicaciones móviles y los mapas pueden ayudar a los rescatistas a localizar el DEA más cercano.

La amplia disponibilidad de DEA facilita la desfibrilación temprana y salva vidas. Los programas de desfibrilación de acceso público (DAP) están diseñados para reducir el tiempo de desfibrilación mediante la colocación de DEA en lugares públicos y la capacitación de personas sin conocimientos especializados en su uso.

En pacientes adultos hospitalizados, el paro cardíaco suele ocurrir debido a afecciones respiratorias o circulatorias graves que empeoran. Los profesionales de la salud pueden predecir y prevenir muchos de estos paros mediante la observación cuidadosa, la atención preventiva y el tratamiento temprano de las afecciones previas al paro cardíaco.

Una vez que un profesional de la salud reconoce un paro cardíaco, es esencial activar de inmediato el sistema de respuesta a emergencias, realizar una RCP temprana de alta calidad y realizar una desfibrilación rápida. Muchas instituciones ofrecen capacitación continua en reanimación. Algunas mantienen equipos de respuesta rápida o equipos de emergencias médicas.

### Eslabones de la cadena de supervivencia

Cada eslabón de la Cadena de Supervivencia representa las intervenciones importantes aplicables a adultos, niños y bebés, tanto dentro como fuera del hospital. Los eslabones de la Cadena de Supervivencia incluyen lo siguiente:

- Reconocimiento y activación de emergencia
- RCP de alta calidad
- Desfibrilación
- Reanimación avanzada
- Cuidados posteriores a un paro cardíaco

- Recuperación y supervivencia

En el ámbito hospitalario, las intervenciones de la Cadena de Supervivencia se centran en la prevención y el reconocimiento temprano del paro cardíaco con la monitorización y evaluación del paciente y, si es necesario, la respuesta rápida del equipo de emergencias médicas cuando la condición del paciente comienza a deteriorarse.

Existe una cadena de atención neonatal independiente que proporciona un marco para considerar los elementos esenciales del sistema de salud relacionados con la salud neonatal. Una cadena de atención neonatal sólida tiene el potencial de mejorar la salud en el período neonatal y los resultados a largo plazo. Los vínculos incluyen la prevención, el reconocimiento y la activación, los pasos iniciales, la ventilación, la reanimación avanzada, la atención posnatal y la recuperación. Si bien la población neonatal no es el objetivo principal de la reanimación neonatal avanzada (SBV), muchos profesionales de la SBV pueden encontrarse en situaciones en las que necesiten conocer los pasos iniciales y la respuesta inmediata antes de la llegada del equipo de reanimación neonatal avanzada.

### Reconocimiento y activación de emergencia

Como rescatista, el primer paso es evaluar la seguridad del entorno. Tras comprobar que la situación es segura, verifique la capacidad de respuesta de un adulto y un niño tocando los hombros de la persona y gritando: "¡Oye! ¿Estás bien? ¿Estás bien?". Al evaluar la capacidad de respuesta de un bebé, le tocará el talón. Si la persona responde, se mueve, habla, parpadea o reacciona de alguna otra manera al hacerlo. Si la persona no responde, active el sistema de respuesta a emergencias.

Activar el sistema de respuesta a emergencias generalmente implica pedir ayuda cercana y llamar al 911 o al número local de respuesta a emergencias. En el lugar de trabajo, todos los empleados deben saber cómo activar el sistema de respuesta a emergencias en su entorno. Cuanto antes active un rescatista el sistema de respuesta a emergencias, antes llegará el siguiente nivel de atención.

La activación del sistema de respuesta a emergencias puede incluir la convocatoria del equipo de respuesta rápida mediante un dispositivo móvil (Figura 2A) o un botón de respuesta a emergencias (Figura 2B). Si hay otro rescatista presente, puede pedirle que ayude a activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener ayuda. Asegúrese de seguir los protocolos de su institución para activar el sistema de respuesta a emergencias.



Figura 2A. Active el sistema de respuesta a emergencias en su entorno. A, mediante un dispositivo móvil.



Figura 2B. Uso de un botón de respuesta de emergencia.

Para minimizar el retraso en el inicio de la RCP, debe evaluar la respiración al mismo tiempo que verifica el pulso. Verifique la respiración.

Explorando el tórax de la persona. Observe su pecho durante al menos 5 segundos y no más de 10 para ver si se eleva. Si la persona no responde, no respira con normalidad y no tiene pulso, inicie la RCP.

## RCP de alta calidad

La RCP de alta calidad con interrupciones mínimas y la desfibrilación temprana son las acciones que mejor se asocian con buenos resultados de reanimación. La RCP de alta calidad iniciada inmediatamente después de un paro cardíaco, combinada con una desfibrilación temprana, puede duplicar o triplicar las probabilidades de supervivencia. Estas intervenciones urgentes pueden ser realizadas tanto por el público como por profesionales de la salud. Los reanimadores legos sin formación en RCP deberían, como mínimo, realizar compresiones torácicas (también conocidas como RCP solo con manos) en adolescentes o adultos. Incluso sin formación, los reanimadores legos pueden realizar compresiones torácicas con la guía telefónica de los teleoperadores de emergencia (es decir, RCP-T).

## Desfibrilación

La desfibrilación debe administrarse con prontitud, ya sea con un monitor/desfibrilador o un DEA. Los profesionales sanitarios y el público general deben proporcionar una desfibrilación temprana tan pronto como el dispositivo esté disponible. La desfibrilación temprana por reanimadores no profesionales se asocia con una mejor supervivencia al alta hospitalaria y con tasas de supervivencia a 30 días y a un año en adultos y niños.

Se recomiendan los programas de DEA en comunidades con alto riesgo de paro cardíaco extrahospitalario. Estos programas están diseñados para reducir el tiempo de desfibrilación mediante la colocación de DEA en lugares públicos y la capacitación de la comunidad sobre su uso.

## Reanimación avanzada

Tanto en entornos hospitalarios como extrahospitalarios, la RCP y la desfibrilación de alta calidad no solo son intervenciones clave, sino que también son la base de un resultado exitoso.

Los reanimadores legos realizan RCP y desfibrilación de alta calidad con un DEA hasta que un equipo multirrescatista se encarga de la reanimación. Este equipo de alto rendimiento continuará con la RCP y la desfibrilación de alta calidad y podrá realizar intervenciones avanzadas.

Durante un intento de reanimación, profesionales con formación médica pueden realizar intervenciones avanzadas. Por ejemplo, obtener acceso vascular, administrar medicamentos, colocar un dispositivo avanzado para la vía aérea y obtener un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones o iniciar una monitorización cardíaca avanzada.

El equipo de alto rendimiento de un hospital puede incluir médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, farmacéuticos y otros.

#### Cuidados posteriores a un paro cardíaco

Tras el retorno a la circulación espontánea (RCE), todos los pacientes con paro cardíaco deben recibir atención posparo cardíaco.

La atención a un paro cardíaco incluye el apoyo rutinario de cuidados críticos, como la ventilación artificial y el control de la presión arterial. Esta atención comienza en el terreno y continúa durante el traslado a un centro médico, con especial atención a los sistemas de atención.

En el hospital, un equipo multidisciplinario brinda este nivel avanzado de atención. Los profesionales de la salud se centran en prevenir la Recurrencia de un paro cardíaco y adaptan terapias específicas para mejorar la supervivencia a largo plazo. La atención posparo cardíaco y el neuropronóstico pueden realizarse en urgencias, el laboratorio de cateterismo cardíaco (o laboratorio de cateterismo), la unidad de cuidados intensivos o la unidad de cuidados coronarios.

El paciente puede someterse a un cateterismo cardíaco. Durante este procedimiento, se inserta un catéter en una arteria (con mayor frecuencia en la ingle o la muñeca) y se guía a través de los vasos sanguíneos hasta el corazón del paciente para evaluar la función cardíaca y el flujo sanguíneo. Algunos problemas cardíacos, como una arteria obstruida, pueden corregirse o diagnosticarse otros.

#### Recuperación y supervivencia

La recuperación de un paro cardíaco continúa mucho después del alta hospitalaria. Dependiendo del resultado, los sobrevivientes de un paro cardíaco pueden necesitar intervenciones específicas para abordar la causa subyacente o para proporcionar rehabilitación cardíaca. Algunos pacientes necesitan rehabilitación centrada en la recuperación neurológica. Los sobrevivientes y sus cuidadores necesitarán apoyo que incluya un enfoque multimodal para la recuperación.

El apoyo psicológico para pacientes y familiares es importante durante el periodo de recuperación. Los rescatistas también pueden beneficiarse del apoyo psicológico. Los rescatistas y cuidadores pueden beneficiarse de apoyo adicional para la resiliencia, la prevención del agotamiento y una evaluación posterior eficaz.

## Comparación de los entornos hospitalarios y extrahospitalarios

La Tabla 1 muestra las diferencias clave en el apoyo inicial, los equipos de reanimación y los recursos disponibles entre los entornos hospitalario y extrahospitalario. Las limitaciones y el nivel de complejidad de la reanimación son los mismos en ambos entornos.

Tabla 1. Comparación de entornos hospitalarios y extrahospitalarios

Comparador	Paro cardíaco intrahospitalario	Paro cardíaco extrahospitalario
Soporte inicial	Depende de un sistema intrahospitalario de seguimiento, prevención e intervención adecuados con equipos de atención primaria de salud receptivos.	Depende del apoyo de la comunidad y de los profesionales de EMS.
Equipos de reanimación	<p>Los esfuerzos de reanimación dependen de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La interacción fluida de los miembros de una institución varios departamentos y servicios (como la sala de pacientes, el departamento de urgencias, el laboratorio de cateterismo cardíaco y la unidad de cuidados intensivos)</li> <li>• Un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que incluye médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, farmacéuticos, consejeros y otros.</li> </ul>	<p>Los esfuerzos de reanimación dependen de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rescatistas legos que reconocen a una persona que no responde y activan rápidamente el sistema de respuesta a emergencias.</li> <li>• Rescatistas legos que realizan RCP y utilizan un DEA (si está disponible) hasta que un equipo de alto rendimiento se hace cargo de los esfuerzos de reanimación.</li> <li>• EMS que responde con un equipo de alto rendimiento que proporciona reanimación y transporte según sea necesario para una atención continua.</li> </ul>
Disponibles recursos	Dependiendo de la instalación, los equipos multidisciplinarios intrahospitalarios pueden tener acceso inmediato a personal adicional, así como a los recursos del departamento de emergencias, el laboratorio de cateterismo cardíaco y la unidad de cuidados intensivos.	<p>Los recursos disponibles pueden ser limitados en los entornos extrahospitalarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a DEA: los DEA pueden estar disponibles a través de un programa de DEA local o estar incluidos en el equipo de emergencia o de primeros auxilios.</li> <li>• Rescatistas no entrenados: la RCP-T ayuda a los rescatistas no entrenados a realizar una RCP de alta calidad.</li> <li>• Equipos de alto rendimiento de EMS: Los únicos recursos podrían ser los que traigan consigo. Los recursos y equipos de respaldo adicionales podrían tardar en llegar.</li> </ul>
Restricciones de reanimación	Los factores que pueden afectar tanto el entorno hospitalario como el extrahospitalario incluyen el control de multitudes, la presencia familiar, las limitaciones de espacio, los recursos, el transporte de pacientes y las fallas de los dispositivos.	
Nivel de complejidad	Los intentos de reanimación, tanto dentro como fuera del hospital, suelen ser complejos. Requieren trabajo en equipo y coordinación entre los reanimadores y los profesionales sanitarios.	

## Parte 3

### BLS para adultos

Esta sección describe el SVB/BLS para adultos. Aprenderá a realizar RCP de alta calidad, tanto como reanimador individual como miembro de un equipo multirrescatista.

Utilice habilidades BLS para adultos en adolescentes (es decir, después del inicio de la pubertad) y mayores.

#### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Reconocer las señales de que alguien necesita RCP
- Realizar RCP de alta calidad a un adulto.
- Realice compresiones torácicas utilizando la colocación correcta de las manos a la velocidad y profundidad correctas con retroceso del pecho.
- Demostrar respiraciones o ventilaciones efectivas
- Describir la importancia del uso temprano de un DEA
- Demostrar cómo utilizar un DEA
- Actuar como un miembro eficaz del equipo durante la RCP con múltiples reanimadores.
- Describir cómo realizar RCP de alta calidad en una persona embarazada, incluyendo LUD manual, durante la cardiopatía materna.  
detención

#### Marco básico para la RCP

Cualquiera puede ser un reanimador que salve la vida de una persona en paro cardíaco ([Figura 3](#)). Las habilidades específicas de RCP que utiliza un reanimador dependen de varias variables, como el nivel de formación, la experiencia y la confianza (es decir, la competencia del reanimador). Otras variables son el tipo de persona en paro cardíaco (p. ej., niño o adulto), el equipo disponible y la disponibilidad de otros reanimadores. Un solo reanimador con formación limitada o con formación pero equipo limitado puede realizar RCP solo con manos. Un reanimador con más formación puede realizar ciclos de RCP de 30 compresiones y 2 ventilaciones. Cuando hay varios reanimadores presentes, pueden realizar RCP coordinada por varios reanimadores.

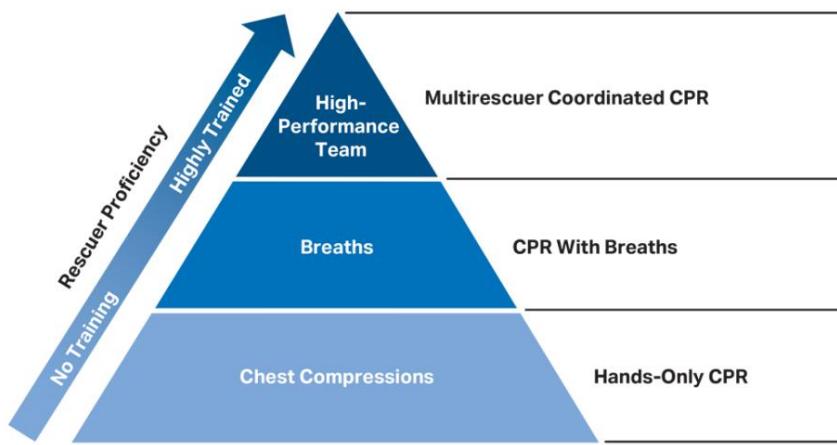


Figura 3. Elementos básicos de la RCP.

A continuación se muestran algunos ejemplos:

- RCP con solo manos: un solo rescatista con poca capacitación y sin equipo que presencia a un adolescente o un adulto en paro cardíaco podría proporcionar solo compresiones en el pecho hasta que llegue la ayuda.
- RCP 30:2: Un oficial de policía capacitado en SVB que encuentre a un adolescente en paro cardíaco le proporcionará apoyo en el pecho y compresiones y respiraciones utilizando una proporción de 30 compresiones por 2 respiraciones.

Equipo de alto rendimiento: Tres socorristas, llamados para asistir a una mujer en paro cardíaco, realizarán RCP coordinada con varios reanimadores. El reanimador 1 realiza compresiones torácicas, el reanimador 2 administra respiraciones con un dispositivo de bolsa-mascarilla y el reanimador 3 utiliza el DEA. El reanimador 3 también asume el rol de instructor de RCP. Un instructor de RCP ayuda a los miembros del equipo a realizar una RCP de alta calidad y a minimizar las pausas en las compresiones torácicas.

## Equipos de alto rendimiento

La coordinación de varios rescatistas durante la RCP puede aumentar las probabilidades de éxito de la reanimación. Los equipos de alto rendimiento dividen las tareas entre sus miembros durante un intento de reanimación.

Como miembro del equipo, querrá realizar habilidades de RCP de alta calidad para hacer su máxima contribución a cada esfuerzo del equipo de reanimación.

Consulte la [Parte 5: Dinámica del equipo](#) para obtener más información sobre la dinámica del equipo.

## Componentes principales de la RCP

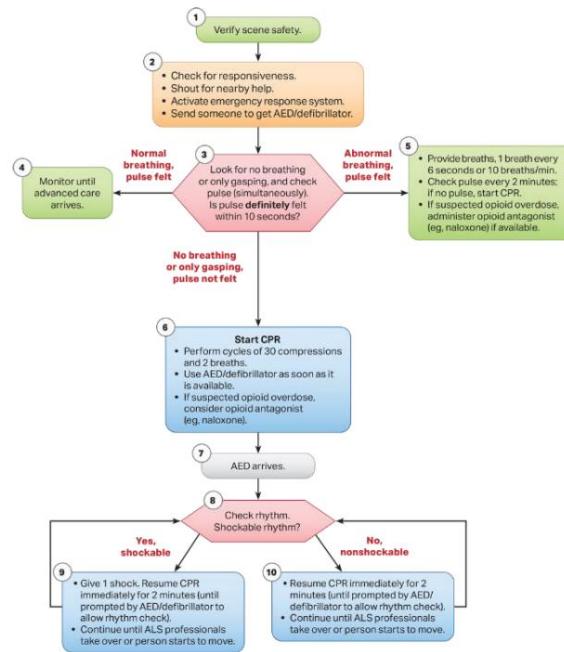
### Los componentes principales de la RCP

- son:
- Compresiones torácicas
- Vía aérea •
- Respiración

Aprenderá sobre cada uno de ellos a lo largo de este curso.

## Algoritmo BLS para adultos

El Algoritmo de SVB/BLS para Adultos para Profesionales de la Salud describe los pasos para un solo reanimador o para varios reanimadores de un adulto inconsciente ([Figura 4](#)). Utilice este algoritmo como referencia rápida para administrar RCP de alta calidad a un adulto en paro cardíaco.



[Figura 4.](#) Algoritmo BLS para adultos\* para profesionales de la salud.

## Secuencia BLS para 1 reanimador adulto

Esta es su guía paso a paso para brindar RCP de alta calidad ante un adulto inconsciente. Los pasos numerados corresponden a los del Algoritmo de SVB/BLS para Adultos para Profesionales de la Salud (Figura 4).

Un rescatista que llega al lado de una persona con potencial paro cardíaco debe realizar rápidamente los siguientes pasos:

Paso 1: Verifique la seguridad de la

escena. • Asegúrese de que la escena sea segura para usted y la persona.

Paso 2: Verifique la capacidad de respuesta, grite para pedir ayuda cercana, active el sistema de respuesta a emergencias y envíe a alguien a buscar un DEA/desfibrilador.

- Toque los hombros de la persona y grite: "¡Hola! ¿Estás bien? ¿Estás bien?" • Si la persona no responde, active el sistema de respuesta a emergencias. Consiga el DEA/desfibrilador o envíe Alguien que lo haga.

Paso 3: Verifique si no hay respiración o solo jadea y verifique el pulso (simultáneamente).

- A continuación, evalúe a la persona para verificar si respira con normalidad y tiene pulso (Figura 5) para determinar los siguientes pasos. • Para minimizar el retraso en el inicio de la RCP, debe evaluar la respiración y el pulso al mismo tiempo. Esto debería tomar al menos menos 5 pero no más de 10 segundos.
- Para obtener instrucciones detalladas sobre cómo verificar la respiración y el pulso en un adulto, consulte las secciones Respiración y Verificación del pulso carotídeo en un adulto en esta Parte.

Paso 4: Si la persona respira normalmente y se siente el pulso:

- Monitorizar hasta que llegue la atención avanzada.

Paso 5: Si la persona tiene respiración anormal y se siente el pulso:

- Proporcione respiraciones, con 1 respiración cada 6 segundos o 10 respiraciones por minuto. • Verifique el pulso cada 2 minutos; si no hay pulso, inicie RCP. • Si se sospecha una sobredosis de opioides, administre un antagonista opioide (p. ej., naloxona), si está disponible.

Paso 6: Si la persona no respira o solo jadea y no siente el pulso:

- Iniciar RCP. o –

Realizar ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones. o –Utilizar DEA/desfibrilador tan pronto como esté disponible.

o –Si se sospecha una sobredosis de opioides, administrar un antagonista opioide (por ejemplo, naloxona), si está disponible.

Paso 7: Llega el DEA. • Encienda  
el DEA y siga las instrucciones.

Paso 8: Verifique el ritmo cardíaco. ¿Es desfibrilable?

- Siga las indicaciones del DEA.

Paso 9: Sí, el DEA identifica un ritmo desfibrilable.

- Administre una descarga. Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA/desfibrilador lo indique para permitir una control del ritmo).
- Continúe hasta que los profesionales de SVA se hagan cargo o la persona comience a moverse.

Paso 10: No, el DEA identifica un ritmo no desfibrilable.

- Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA/desfibrilador lo indique para permitir la verificación del ritmo). •  
Continúe hasta que los profesionales de SVA se hagan cargo o la persona comience a moverse.

## Habilidades de RCP de alta calidad: adultos

Aprender las habilidades de esta sección lo preparará para brindar RCP de alta calidad a adultos.

**Evalué la respiración y el pulso.** Evalúe a la  
persona para verificar que tenga respiración normal y pulso (Figura 5). Esto le ayudará a determinar las siguientes acciones apropiadas.

Para minimizar el retraso en el inicio de la RCP, debe evaluar la respiración al mismo tiempo que toma el pulso. Esto debe tomar al menos 5 segundos y no más de 10.

### Respiración.

Para comprobar la respiración, examine el tórax de la persona para ver si sube y baja durante al menos 5 segundos y no más de 10. • Si  
la persona respira: vigílela hasta que llegue ayuda adicional. • Si la persona no respira o solo jadea:  
prepárese para iniciar la RCP de alta calidad. Jadear no es respiración normal y es un signo de paro cardíaco. Inmediatamente después del paro  
cardíaco, puede presentarse actividad similar a una convulsión.



## Conceptos críticos

### Jadeos agónicos

Las jadeos agónicos pueden presentarse en los primeros minutos después de un paro cardíaco repentino. Los jadeos agónicos no son una respiración normal y pueden sonar como un jadear, un resoplido, un ronquido o un gemido.

Una persona que jadea suele parecer que inhala muy rápido. La boca puede estar abierta y la mandíbula, la cabeza o el cuello pueden moverse al jadear. Los jadeos pueden parecer fuertes o débiles. Puede transcurrir un tiempo entre jadeos, ya que suelen ocurrir a un ritmo lento e irregular. Jadear no es una respiración normal. Es un signo de paro cardíaco.



## Conceptos críticos

### Actividad similar a una convulsión

Durante un paro cardíaco, la persona pierde la conciencia y se desploma. Durante los primeros minutos, puede parecer que está sufriendo una convulsión. Podría dejar de respirar o solo jadear, lo cual puede sonar como un resoplido, un ronquido o un gemido.

## Comprobación del pulso carotídeo en un adulto

Para controlar el pulso de un adulto, busque el pulso carotídeo (Figura 5).

Si no siente claramente el pulso en 10 segundos, comience con RCP de alta calidad, empezando con compresiones en el pecho.



Figura 5. Verifique la respiración y el pulso al mismo tiempo.

Siga estos pasos para sentir y encontrar el pulso carotídeo:

- Localice la tráquea (en el lado más cercano a usted) utilizando 2 o 3 dedos ([Figura 6A](#)).
- Deslice esos dedos en el surco entre la tráquea y los músculos a los lados del cuello, donde puede sentir el pulso carotídeo ([Figura 6B](#)).
- Busque el pulso durante al menos 5 segundos y no más de 10. Si no lo encuentra claramente, inicie la RCP, empezando con compresiones torácicas.



[Figura 6A.](#) Detección del pulso carotídeo. A, Localice la tráquea.



[Figura 6B.](#) Palpe suavemente el pulso carotídeo.

En todos los escenarios, cuando una verificación de respiración y pulso indica un paro cardíaco, ya debería estar sucediendo lo siguiente:

- Alguien ha activado el sistema de respuesta a emergencias.
- Alguien fue a buscar el DEA.

## Realizar compresiones torácicas de alta calidad

La base de la RCP son las compresiones torácicas de alta calidad. Comprimir el tórax durante la RCP bombea sangre del corazón al cerebro y luego al resto del cuerpo. Cada vez que se interrumpen las compresiones torácicas, el flujo sanguíneo del corazón al cerebro y otros órganos disminuye significativamente. Una vez que se reanudan las compresiones, se requieren varias para restablecer el flujo sanguíneo a los niveles previos a la interrupción. Por lo tanto, cuanto más frecuentes sean las interrupciones y más prolongadas sean, menor será el suministro de sangre al cerebro y a los órganos críticos.

Cuando una persona no respira normalmente o sólo jadea y no tiene pulso, comience la RCP, empezando con compresiones en el pecho.

No existe diferencia en la forma de realizar la RCP en función del sexo o género de una persona.

### Posicionar a la persona

Coloque a la persona boca arriba sobre una superficie firme y plana, como el suelo o una camilla. Esto ayudará a garantizar que las compresiones torácicas sean lo más efectivas posible. Si la persona está sobre una superficie blanda, como un colchón, la fuerza de las compresiones torácicas simplemente empujará el cuerpo de la persona hacia la superficie blanda. Una superficie firme permite la compresión del pecho y...

Corazón para crear un flujo sanguíneo adecuado. Retire rápidamente la ropa abultada. Si a una persona le resulta difícil quitarle la ropa, aún puede aplicar compresiones sobre ella. Sin embargo, si usa equipo deportivo o de seguridad, es posible que deba quitárselo.

### Relación compresión-ventilación

Los reanimadores individuales deben utilizar una relación compresión-ventilación de 30 compresiones por 2 respiraciones al administrar RCP a personas de cualquier edad.

### Tasa de compresión

Comprima a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto. Esta frecuencia de compresión es la misma para todos los paros cardíacos.

#### Profundidad de compresión

Comprima el pecho al menos 5 cm (2 pulgadas). Al practicar esta técnica, recuerde que las compresiones torácicas suelen ser superficiales en lugar de profundas. Sin embargo, es posible comprimir demasiado. Comprimir el pecho más de 6 cm (2,4 pulgadas) en adultos puede reducir la eficacia de la compresión y causar lesiones. Usar un dispositivo de retroalimentación de calidad para RCP puede ayudarle a alcanzar la profundidad óptima de compresión de 5 a 6 cm (2 a 2,4 pulgadas).

#### Retroceso del pecho

Permita que el tórax se retrajga (reexpanda) completamente después de cada compresión. La reexpansión torácica permite que la sangre fluya hacia el corazón. Una reexpansión torácica incompleta reduce el llenado del corazón entre compresiones y el flujo sanguíneo generado por ellas. Para asegurar una reexpansión completa, evite apoyarse sobre el tórax entre compresiones. Los tiempos de compresión y reexpansión torácica deben ser aproximadamente iguales.

#### Interrupciones en las compresiones torácicas

Minimice las interrupciones en las compresiones torácicas. Una menor duración de las interrupciones en las compresiones torácicas se asocia con mejores resultados. La proporción de tiempo que los reanimadores realizan compresiones torácicas durante la RCP se denomina fracción de compresión torácica (CCF). Una CCF de al menos el 60 % aumenta la probabilidad de RCE, el éxito del shock y la supervivencia al alta hospitalaria.

Con un buen trabajo en equipo y entrenamiento, los rescatistas a menudo pueden lograr un 80 % o más. Este debería ser el objetivo en toda reanimación en equipo. eventos.

No mueva a la persona mientras se realiza la RCP, a menos que la persona esté en un entorno peligroso (como un edificio en llamas) o usted crea que no puede realizar la RCP de manera efectiva en las circunstancias actuales.

Al llegar la ayuda, el equipo de reanimación puede optar por continuar la RCP en el lugar o trasladar a la persona a un centro adecuado mientras continúan las labores de rescate, según el protocolo local. Un SVB de alta calidad es fundamental en todo momento durante la reanimación.

## Técnica de compresión torácica

Siga estos pasos para realizar compresiones torácicas en un adulto:

1. Colóquese al lado de la persona.

a. Asegúrese de que la persona esté boca arriba sobre una superficie firme y plana. Si está boca abajo, gírela con cuidado. Si sospecha que tiene una lesión en la cabeza o el cuello, intente mantener la cabeza, el cuello y el torso alineados al voltear a la persona a la posición boca arriba. Es mejor que alguien le ayude a voltearla.

2. Coloque las manos y el cuerpo para realizar compresiones torácicas:

a. Coloque la base de una mano en el centro del pecho de la persona, en la mitad inferior del esternón (Figura 7A).

b. Coloque el talón de la otra mano encima de la primera mano.

c. Estire los brazos y coloque los hombros directamente sobre las manos.

3. Realice compresiones torácicas a una frecuencia de 100 a 120/min.

4. Presione hacia abajo al menos 5 cm (2 pulgadas) con cada compresión; esto requiere esfuerzo. En cada compresión torácica, asegúrese de presionar directamente sobre el esternón de la persona (Figura 7B).

5. Al final de cada compresión, permita siempre que el tórax se retraija completamente. Evite apoyarse sobre el tórax entre compresiones.

6. Minimiza las interrupciones de las compresiones torácicas. (A continuación, aprenderás a combinar las compresiones con la ventilación).



Figura 7A. Coloque la base de la mano sobre el esternón, en el centro del pecho.

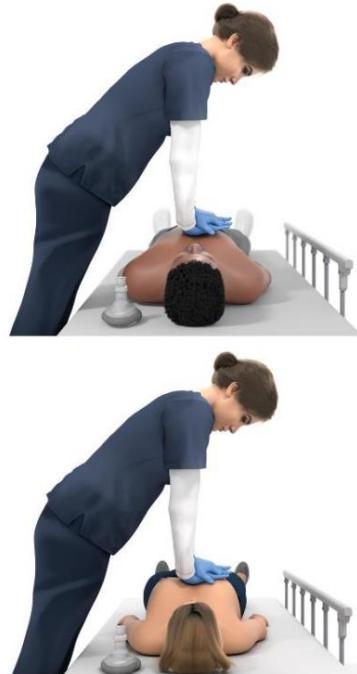


Figura 7B. Posición correcta del reanimador durante las compresiones torácicas.

#### Técnica alternativa para compresiones torácicas

Si tiene dificultad para empujar profundamente durante las compresiones, haga lo siguiente:

- Coloque una mano sobre el esternón para empujar el pecho.
- Sujete la muñeca de esa mano con la otra mano para sostener la primera mano mientras empuja hacia abajo el pecho.

Esta técnica puede ser útil para los rescatistas con afecciones articulares, como la artritis.

#### Compresiones para una persona embarazada

No demore en administrar compresiones torácicas a una persona embarazada en paro cardíaco. RCP de alta calidad, incluyendo respiración

El apoyo y la intervención médica temprana aumentan las probabilidades de supervivencia tanto de la embarazada como del bebé. Si no se realiza RCP a una embarazada cuando es necesario, la vida de ambos corre peligro. Realice compresiones torácicas y ventilación de alta calidad a una embarazada, tal como lo haría con cualquier persona en paro cardíaco. Para más información, consulte la Figura 9 y Paro cardíaco en el embarazo:

Consideraciones sobre SVB/BLS, más adelante en esta sección.

Tenga en cuenta que cuando una persona visiblemente embarazada (de aproximadamente 20 semanas) está en decúbito supino, el útero comprime los grandes vasos sanguíneos del abdomen. Esta presión puede interferir con el flujo sanguíneo al corazón generado por las compresiones torácicas. Si se dispone de ayuda adicional, los reanimadores deben realizar una maniobra de decúbito supino manual (es decir, mover manualmente el útero hacia la izquierda de la persona para aliviar la presión sobre los grandes vasos sanguíneos), lo cual puede ayudar a aliviar esta presión. Para ello, utilice una o dos manos para desplazar manualmente el abdomen hacia la izquierda.

Si hay rescatistas adicionales presentes y capacitados, realice LUD continuo además de BLS de alta calidad (Figura 8).

Recuerde, si es un solo reanimador, realice compresiones torácicas y ventilaciones de alta calidad a una persona embarazada, tal como lo haría con cualquier persona en paro cardíaco. Si la persona es reanimada, colóquela sobre su lado izquierdo. Esto puede ayudar a mejorar el flujo sanguíneo al corazón y, por lo tanto, al feto.



Figura 8A. LUD manual durante la RCP. A, técnica de una mano.



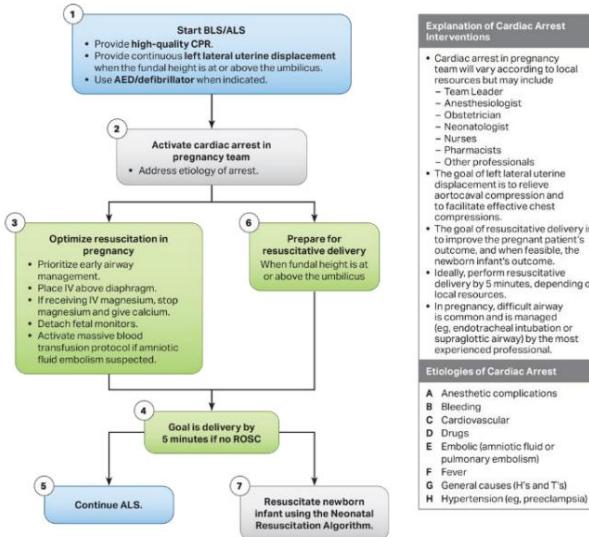
Figura 8B. Técnica de dos manos.



Conceptos críticos: Realice compresiones torácicas de alta calidad . • Use una proporción de 30 compresiones por 2 respiraciones. • Realice compresiones a una frecuencia de 100 a 120 por minuto, con una profundidad de al menos 5 cm (2 pulgadas) para adultos. • Permita que el tórax se retraja completamente después de cada compresión. No se apoye sobre el tórax entre compresiones. • Minimice las interrupciones en las compresiones torácicas. Intente limitar las pausas entre las compresiones a menos de 10 segundos. El objetivo es un CCF de al menos el 60%; con un buen trabajo en equipo, los rescatistas a menudo pueden lograr el 80% o más.

## Algoritmo de paro cardíaco en el embarazo

Esta es su guía paso a paso para brindar RCP de alta calidad cuando se encuentra con una adulta embarazada que no responde (Figura 9).



© 2025 American Heart Association

**Figura 9.** Algoritmo de paro cardíaco en el embarazo.

## Secuencia de paro cardíaco en el embarazo

### Paso 1: Iniciar BLS.

- Proporcionar RCP de alta calidad.
  - Iniciar ciclos de RCP con 30 compresiones torácicas seguidas de 2 respiraciones (consulte [Conceptos críticos: RCP de alta calidad en la Parte 1](#) y [Conceptos críticos: Realizar compresiones torácicas de alta calidad en esta parte](#)).
  - Retire la ropa abultada y la ropa interior del pecho de la persona para que pueda ubicar la ubicación adecuada de las manos para las compresiones y la colocación de las almohadillas cuando llegue el DEA.
- Proporcionar LUD izquierdo continuo cuando la altura del fondo uterino está en el ombligo o por encima de él.
  - Si hay rescatistas adicionales presentes y capacitados, realice una maniobra de descompresión continua para aliviar la presión en los vasos sanguíneos principales del abdomen y favorecer el flujo sanguíneo ([Figura 8](#)) durante un SVB/BLS de alta calidad. Si la persona es reanimada, colóquela sobre su lado izquierdo. Esto puede ayudar a mejorar el flujo sanguíneo al corazón y, por lo tanto, al feto.
- Utilice el DEA/desfibrilador cuando esté indicado.
  - Encienda el DEA tan pronto como esté disponible y siga las instrucciones del DEA.

- Si el DEA detecta un ritmo desfibrilable, siga las indicaciones para administrar una descarga. Tras la descarga, reanude inmediatamente la RCP y utilice el DEA hasta que los profesionales de SVA se hagan cargo o la persona comience a respirar, moverse o reaccionar de cualquier otra manera.
- Si el DEA detecta un ritmo no desfibrilable, reanude la RCP de alta calidad y siga las indicaciones del DEA. Continúe con la RCP y el uso del DEA hasta que los profesionales de SVA se hagan cargo o la persona comience a respirar, moverse o reaccionar de alguna otra manera.

Paso 2: Activar el equipo de paro cardíaco en el embarazo.

- Abordar la etiología del arresto.

## Abrir la vía aérea

Para que las respiraciones sean efectivas, la vía aérea de la persona debe estar abierta. Cuando una persona no responde, la lengua puede obstruir la vía aérea superior ([Figura 10](#)).



[Figura 10.](#) Obstrucción por la lengua. Cuando una persona no responde, la lengua puede obstruir la vía aérea superior.

Hay dos métodos para abrir las vías respiratorias:

- Inclinación de la cabeza y elevación del mentón
- Empuje de mandíbula

Importante: Si sospecha una lesión en la cabeza o el cuello, utilice la maniobra de tracción mandibular para reducir el movimiento del cuello y la columna. Si la tracción mandibular no abre la vía aérea, utilice la maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón.

Cuando hay varios reanimadores disponibles, uno puede realizar la tracción mandibular mientras otro administra la respiración artificial con una bolsa-mascarilla. El tercer reanimador realizará compresiones torácicas.

Inclinación de cabeza y elevación de mentón

Siga estos pasos para realizar la maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón ([Figura 11](#)): 1.

1. Coloque una mano sobre la frente de la persona y empuje con la palma para inclinar la cabeza hacia atrás.
2. Coloque los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la mandíbula inferior, cerca del mentón.
3. Levante la mandíbula para llevar el mentón hacia adelante.



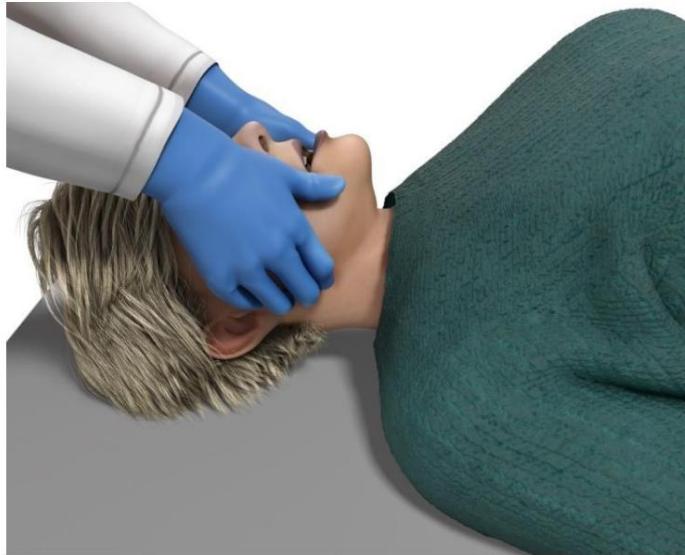
[Figura 11](#). La maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón levanta la lengua, aliviando la obstrucción de las vías respiratorias.

Al realizar una inclinación de cabeza y elevación del mentón, asegúrese de

- Evite presionar profundamente el tejido blando debajo del mentón porque esto podría bloquear las vías respiratorias. • No cierre la boca de la persona por completo.

#### Empuje de mandíbula

Cuando la inclinación de la cabeza y la elevación del mentón no funcionan o cuando se sospecha una lesión en la columna, utilice la maniobra de empuje de la mandíbula ([Figura 12](#)).



[Figura 12.](#) Maniobra de tracción mandibular.

Siga estos pasos para realizar una tracción mandibular:

1. Colóquese en la cabeza de la persona.
2. Coloque una mano a cada lado de la cabeza de la persona. Puede apoyar los codos en la superficie donde se encuentra la persona.  
mintiendo.
3. Coloque los dedos debajo del ángulo de la mandíbula inferior de la persona y levántelo con ambas manos, desplazando la mandíbula hacia adelante.  
[\(Figura 12\)](#).
4. Si los labios de la persona se cierran, empuje el labio inferior con los pulgares para abrir los labios.
  - a. Si la tracción mandibular no abre la vía aérea, utilice la inclinación de la cabeza y la elevación del mentón.

#### Dispositivos de barrera para administrar respiraciones

Al administrar respiraciones durante la RCP, como precaución estándar se debe usar un dispositivo de barrera, como una mascarilla de bolsillo (preferiblemente) o una pantalla facial. Los rescatistas deben reemplazar la pantalla facial por una mascarilla de bolsillo lo antes posible.

La RCP es un procedimiento que genera aerosoles; sin embargo, es extremadamente improbable que se produzca una infección. Siga las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y las directrices locales sobre cómo mantenerse seguro al realizar la RCP.

## Máscaras de bolsillo

Para la respiración boca a máscara, utilice una mascarilla de bolsillo ([Figura 13](#)). Estas mascarillas suelen tener una válvula unidireccional que desvía el aire exhalado, la sangre y los fluidos corporales del reanimador, pero permite que su aliento entre en la boca y la nariz de la persona.

Las mascarillas de bolsillo están disponibles en diferentes tamaños para adultos, niños y bebés ([Figura 13](#)). Asegúrese de seleccionar una mascarilla de bolsillo del tamaño adecuado. La mascarilla debe cubrir completamente la boca y la nariz de la persona, sin tapar los ojos ni extenderse por debajo del borde inferior de la barbilla. El uso eficaz de la mascarilla de bolsillo requiere instrucción y práctica.



[Figura 13.](#) Mascarillas de bolsillo para adultos, niños y bebés.

Para usar una mascarilla de bolsillo, colóquese al lado de la persona. Esta posición es ideal para la RCP con un solo reanimador, ya que permite administrar respiraciones y realizar compresiones torácicas sin tener que reposicionarse cada vez que se alterna entre compresiones y respiraciones.

Siga estos pasos para abrir las vías respiratorias con una inclinación de la cabeza y elevación del mentón y administrar respiraciones con una máscara de bolsillo:

1. Colóquese al lado de la persona.
2. Coloque la mascarilla de bolsillo sobre la cara de la persona, utilizando el puente de la nariz como guía para una correcta colocación.
3. Sella la mascarilla de bolsillo contra la cara.
  - a. Usando la mano que está más cerca de la parte superior de la cabeza de la persona, coloque el dedo índice y el pulgar a lo largo el borde superior de la máscara.
  - b. Coloque el pulgar de la otra mano a lo largo del borde inferior de la máscara.
  - c. Coloque los dedos restantes de la segunda mano a lo largo del margen óseo de la mandíbula y levántela.  
Realice una inclinación de la cabeza y elevación del mentón para abrir las vías respiratorias ([Figura 11](#)).
  - d. Mientras levanta la mandíbula, presione firme y completamente alrededor del borde exterior de la máscara para sellar el bolsillo. máscara contra la cara ([Figura 14](#)).
4. Realice cada respiración durante 1 segundo, lo suficiente para que el pecho de la persona se eleve.

Es importante asegurar un sellado eficaz. Las posibles causas de un sellado deficiente al usar una mascarilla de bolsillo incluyen vello facial, dentadura postiza, una mascarilla mal ajustada, obesidad, dificultad para levantar la mandíbula, mandíbula pequeña o traumatismo facial. Si no logra una elevación visible del pecho, deje que la cabeza vuelva a su posición normal. Luego, abra la vía aérea y administre otra ventilación. Recuerde, no detenga las compresiones durante más de 10 segundos para administrar las ventilaciones. Si continúa teniendo problemas para administrar las ventilaciones, considere una

Possible obstrucción de las vías respiratorias.



[Figura 14.](#) Presione firme y completamente alrededor del borde exterior de la máscara para sellar la máscara de bolsillo contra la cara.



## Conceptos críticos

### Respiraciones de adultos

Recuerde: Al interrumpir las compresiones torácicas para administrar 2 respiraciones con un dispositivo de barrera, asegúrese de

- Dar cada respiración durante 1 segundo
- Observar la elevación visible del pecho con cada respiración.
- Reanudar las compresiones torácicas en menos de 10 segundos.

Contenido de oxígeno del aire exhalado

El aire que respiramos contiene aproximadamente un 21 % de oxígeno. El aire que exhalamos contiene aproximadamente un 17 % de oxígeno. Esto significa que las respiraciones que realiza el reanimador contienen suficiente oxígeno para ayudar a la persona en paro cardíaco.

## Dispositivos de bolsa-mascarilla

Utilice un dispositivo de bolsa-mascarilla ([Figura 15](#)), si está disponible, para administrar ventilación con presión positiva a una persona que no respira o que no respira con normalidad. El dispositivo consta de una bolsa de ventilación conectada a una mascarilla. Si la bolsa es autoinflable, puede usarse con o sin suministro de oxígeno. Si no está conectada al flujo de oxígeno, proporciona aproximadamente un 21 % de oxígeno del aire ambiente. Algunos dispositivos de bolsa-mascarilla incluyen una válvula unidireccional. El tipo de válvula puede variar según el dispositivo.

Los dispositivos de bolsa-mascarilla están disponibles en una variedad de tamaños. Los tamaños más comunes son bebé (pequeño), niño (mediano) y adulto (grande). Para un ajuste adecuado, la mascarilla debe

- Se extienden desde el puente de la nariz hasta justo por encima del borde inferior del mentón.
- Cubrir la nariz y la boca; asegurarse de que la mascarilla no ejerza presión sobre los ojos ([Figura 16](#))

La mascarilla flexible y acolchada debe proporcionar un sellado hermético. Si el sellado no es hermético, la ventilación será ineficaz.

La ventilación con bolsa-mascarilla durante la RCP es más eficaz cuando dos reanimadores la administran conjuntamente. Un reanimador abre la vía aérea y sella la mascarilla contra la cara, mientras que el otro comprime la bolsa.

Todos los profesionales de SVB deberían saber usar un dispositivo de bolsa-mascarilla. El dominio de esta técnica de ventilación requiere práctica.

Si está capacitado para usar una, considere usar un accesorio para la vía aérea, como una cánula orofaríngea o nasofaríngea, si está disponible. Un profesional capacitado puede usar las cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas para mantener la vía aérea permeable y facilitar una ventilación adecuada, evitando que la lengua la obstruya.



Figura 15. Dispositivo bolsa-mascarilla.

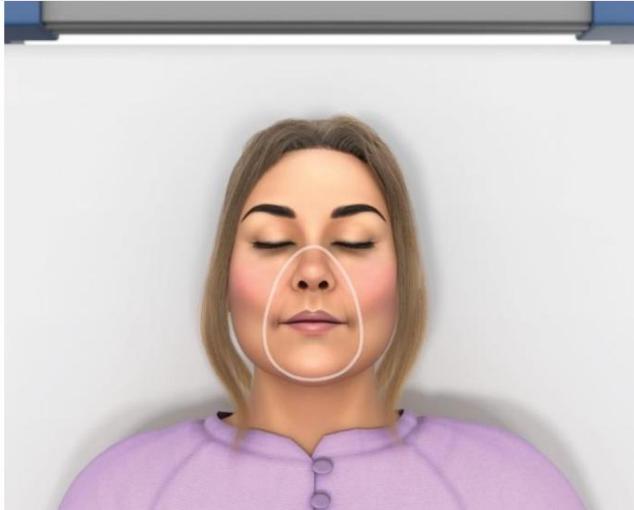


Figura 16. Zona adecuada del rostro para la aplicación de la mascarilla. Tenga en cuenta que la mascarilla no debe ejercer presión sobre los ojos.

#### Técnica del dispositivo de bolsa-mascarilla para un solo rescatista Para

abrir las vías respiratorias con una inclinación de la cabeza y elevación del mentón y utilizar un dispositivo de bolsa-mascarilla para administrar ventilaciones a la persona, siga estos pasos:

1. Colóquese directamente sobre la cabeza de la persona.
2. Coloque la mascarilla sobre la cara de la persona, utilizando el puente de la nariz como guía para una correcta colocación. Utilice la técnica de pinza EC para sujetar la mascarilla en su lugar mientras levanta la mandíbula para mantener abierta la vía aérea (Figura 17).

- a. Realizar una inclinación de cabeza.
- b. Coloque la mascarilla sobre la cara con la parte estrecha a la altura del puente de la nariz.
- c. Use el pulgar y el índice de una mano para hacer una "C" en el costado de la máscara, presionando los bordes de la máscara a la cara.
- d. Use los dedos restantes para levantar los ángulos de la mandíbula (tres dedos forman una "E"). Abra la vía aérea y presione. la cara a la máscara.

3. Apriete la bolsa para administrar ventilaciones mientras observa la elevación del pecho. Administre cada ventilación durante 1 segundo, con o sin el uso de oxígeno suplementario.

Asegúrese de evitar la ventilación excesiva. Esto podría causar distensión gástrica, es decir, el aire entra al estómago en lugar de a los pulmones. La distensión gástrica puede causar vómitos y posible aspiración.



Figura 17A. Técnica de sujeción de la máscara con pinza EC mientras se levanta la mandíbula. A, Vista lateral.



Figura 17B. Vista aérea.

#### Técnica del dispositivo bolsa-máscara para 2 o más rescatistas

Cuando hay 3 o más reanimadores presentes, dos de ellos trabajando juntos pueden proporcionar una ventilación con bolsa-mascarilla más eficaz y eficiente que un solo reanimador. Una persona se concentra en mantener la vía aérea abierta y asegurar la mascarilla, mientras que la otra persona aprieta la bolsa para administrar las ventilaciones.

Dos rescatistas trabajan juntos de esta manera ([Figura 18](#)):

1. El rescatador 1, situado directamente encima de la persona, abre la vía aérea y coloca el dispositivo bolsa-mascarilla, siguiendo las pasos descritos en la sección [Técnica del dispositivo bolsa-máscara para un solo rescatista](#).
  - a. Este rescatista debe tener cuidado de no presionar demasiado la máscara porque al hacerlo podría empujarla la mandíbula del paciente hacia abajo y bloquea la vía aérea.
2. El rescatista 2, colocado al lado de la persona, aprieta la bolsa, suministrando la ventilación.



Figura 18. Técnica de bolsa-máscara para dos personas.

### Ventilación para una persona con estoma o tubo de traqueotomía

Al ventilar a una persona con estoma o cánula de traqueotomía, coloque la mascarilla sobre el estoma o la cánula y utilice las técnicas descritas anteriormente. Una mascarilla pediátrica puede ser más eficaz que una mascarilla para adultos. Si el tórax no se eleva, puede conectar la bolsa-mascarilla directamente a la cánula de traqueotomía. Si el tórax sigue sin elevarse, es posible que deba cerrarle la boca a la persona mientras le administra respiraciones sobre el estoma o la cánula de traqueotomía.



#### Conceptos críticos

#### Dos rescatistas para empuje mandibular y ventilación con bolsa-mascarilla

Durante la RCP, la compresión mandibular y la ventilación con bolsa-mascarilla se realizan con mayor eficacia cuando dos o más reanimadores administran la ventilación. Un reanimador debe colocarse por encima de la cabeza de la persona y usar ambas manos para abrir la vía aérea, levantar la mandíbula y sujetar la mascarilla contra la cara, mientras el otro reanimador aprieta la bolsa. El segundo reanimador se coloca al lado de la persona.

## Adulto 2-Rescatista BLS

Cuando se encuentre con un adulto inconsciente y haya otros reanimadores disponibles, trabajen juntos para seguir los pasos descritos en el Algoritmo de SVB/BLS para Adultos para Profesionales de la Salud (Figura 4). Cuando hay más reanimadores disponibles para un intento de reanimación, se pueden realizar más tareas simultáneamente.

El primer rescatista que llegue al lado de una persona que esté experimentando un posible paro cardíaco debe evaluar rápidamente la situación para garantizar su seguridad y comprobar si la persona responde. Este rescatista debe enviar a otro para activar el sistema de respuesta a emergencias y conseguir el DEA. A medida que lleguen más rescatistas, asigne tareas. Los rescatistas adicionales pueden ayudar con la ventilación con bolsa-mascarilla, las compresiones y el uso del DEA.

## Secuencia BLS para 2 reanimadores adultos

Esta es su guía paso a paso para proporcionar RCP de alta calidad a un adulto inconsciente cuando forma parte de un equipo multirescatista (2 o más personas). Los pasos numerados corresponden a los del Algoritmo de SVB/BLS para Adultos para Profesionales de la Salud (Figura 4).

El primer reanimador que llegue al lado de una persona con posible paro cardíaco debe realizar rápidamente los pasos 1 y 2 y luego comenzar la RCP de alta calidad. A medida que lleguen más reanimadores, asigne tareas (consulte Funciones y responsabilidades en la Parte 5). Cuando haya más reanimadores disponibles para un intento de reanimación, podrán realizar más tareas simultáneamente.

Paso 1: Verificar la seguridad de la escena.

- Asegúrese de que la escena sea segura para usted y la persona.

Paso 2: Verifique la capacidad de respuesta, grite para pedir ayuda cercana, active el sistema de respuesta a emergencias y envíe a alguien a buscar un DEA/desfibrilador.

- Dale una palmadita en los hombros y grita: "¡Oye! ¿Estás bien? ¿Estás bien?"
- Si la persona no responde, active el sistema de respuesta a emergencias. Consiga el DEA/desfibrilador o envíe a alguien que lo haga.

Paso 3: Verifique si no hay respiración o solo jadea y verifique el pulso (simultáneamente)

- A continuación, evalúe a la persona para verificar que tenga respiración normal y pulso (Figura 5) para determinar las próximas acciones.
- Para minimizar el retraso en el inicio de la RCP, debe evaluar la respiración y el pulso al mismo tiempo. Esto debería tomar al menos menos 5 pero no más de 10 segundos.
- Para obtener instrucciones detalladas sobre cómo verificar la respiración y el pulso en un adulto, consulte las secciones Respiración y Verificación del pulso carotídeo en un adulto en esta Parte.

Paso 4: Si la persona respira normalmente y se siente el pulso:

- Monitorizar hasta que llegue la atención avanzada.

Paso 5: Si la persona tiene respiración anormal y se siente el pulso:

- Proporcionar respiraciones, con 1 respiración cada 6 segundos o 10 respiraciones por minuto.

- Verifique el pulso cada 2 minutos; si no hay pulso, inicie la RCP.
- Si se sospecha una sobredosis de opioides, administre un antagonista opioide (por ejemplo, naloxona), si está disponible.

Paso 6: Si la persona no respira o solo jadea y no siente el pulso:

- Un reanimador inicia la RCP realizando ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones (consulte Conceptos críticos: Alta RCP de calidad ( Parte 1) y Conceptos críticos: Realizar compresiones torácicas de alta calidad (Esta parte)). Retire la ropa abultada del pecho de la persona para poder ubicar la posición correcta de las manos para las compresiones. Quitar la ropa también ayudará a colocar más rápidamente las almohadillas del DEA cuando llegue el DEA/desfibrilador.
- Una vez que el segundo reanimador regrese y ayude a administrar la RCP con dos reanimadores, cambie los compresores con frecuencia (aproximadamente cada 2 minutos o 5 ciclos, generalmente cuando el DEA/desfibrilador analiza el ritmo). Esto ayuda a garantizar que la fatiga del compresor no reduzca la calidad de la RCP (consulte Conceptos críticos: Equipos de alto rendimiento en esta sección).

Paso 7: Llega el DEA.

- Encienda el DEA y siga las instrucciones.

Paso 8: Verificar el ritmo. ¿Es desfibrilable?

- Siga las indicaciones del DEA.

Paso 9: Sí, el DEA identifica un ritmo desfibrilable.

- Administre 1 descarga. Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA/desfibrilador lo indique para permitir un ritmo). controlar).
- Continúe hasta que los profesionales de SVA se hagan cargo o la persona comience a moverse.

Paso 10: No, el DEA identifica un ritmo no desfibrilable.

- Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA/desfibrilador lo indique para permitir la verificación del ritmo).
- Continúe hasta que los profesionales de SVA se hagan cargo o la persona comience a moverse.

### Funciones y deberes del equipo para 2 o más rescatistas

Cuando hay más reanimadores disponibles para un intento de reanimación, pueden realizar más tareas simultáneamente. En la RCP con dos reanimadores (Figura 19), cada reanimador tiene tareas específicas.

#### Rescatista 1: Proporcionar compresiones

Colóquese al lado de la persona.

- Asegúrese de que la persona esté boca arriba sobre una superficie firme y plana.

- Realizar compresiones torácicas.
  - o – Comprima a una velocidad de 100 a 120/min.
  - o – Comprima el pecho al menos 2 pulgadas (5 cm) para adultos. o –  
Deje que el pecho se retraiga completamente después de cada compresión; evite apoyarse en el pecho de la persona.  
entre compresiones. o –  
Minimizar las interrupciones en las compresiones (tratar de limitar cualquier interrupción en las compresiones torácicas a menos de 10 segundos). o  
– Use una relación de compresiones a ventilación de 30:2. o – Cuente  
las compresiones en voz alta. • Cambie de  
compresor aproximadamente cada 5 ciclos o cada 2 minutos (con mayor frecuencia si hay fatiga). El cambio debe tardar menos de 5 segundos.  
Reanude la RCP inmediatamente.

#### Rescatista 2: Proporcionar respiraciones

Colóquese en la cabeza de la persona. • Mantenga

la vía aérea abierta utilizando o – Inclinación de la cabeza

– elevación del mentón o –

Empuje de la mandíbula

• Dar respiraciones, observando la elevación del pecho y evitando la ventilación excesiva.

• Animar al primer reanimador a

o –Realizar compresiones que sean lo suficientemente profundas y rápidas o –

Permitir la recuperación completa del pecho entre compresiones

• Cuando solo haya 2 rescatistas disponibles, cambie los compresores aproximadamente cada 5 ciclos de 30:2 (o cada 2 minutos), tomando  
Menos de 5 segundos para cambiar.



Figura 19. RCP por dos reanimadores.



### Conceptos críticos

#### Equipos de alto rendimiento

- Al administrar compresiones, los reanimadores deben cambiar los compresores después de cada 5 ciclos de RCP 30:2 (aproximadamente cada 2 minutos) o antes si está fatigado.
- A medida que llegan más rescatistas, pueden ayudar con la ventilación con bolsa-mascarilla, las compresiones y el uso del DEA y otros equipo de emergencia.

#### Rendimiento eficaz del equipo para minimizar las interrupciones en las compresiones

Los equipos eficaces se comunican continuamente. Si quien realiza la compresión cuenta en voz alta, el reanimador que administra las respiraciones puede anticipar cuándo administrarlas. Esto le ayudará a prepararse para administrar las respiraciones eficientemente y minimizar las interrupciones en las compresiones.

Además, el conteo alertará a ambos rescatistas cuando se acerque el momento de realizar un cambio.

Realizar compresiones torácicas efectivas es una tarea difícil. Si el compresor se cansa, las compresiones torácicas no serán tan efectivas. Para reducir la fatiga del reanimador, cambie de compresor aproximadamente cada 5 ciclos (o cada 2 minutos) o antes si es necesario. Para minimizar las interrupciones, intercambie los roles cuando el DEA esté analizando el ritmo. El cambio debe durar menos de 5 segundos.

Algunos profesionales de SVB/BLS cuentan con capacitación especial en capacitación en RCP para ayudar al equipo de reanimación a minimizar las interrupciones en las compresiones torácicas. Este rol se denomina Instructor de RCP. El Instructor de RCP es responsable de supervisar las habilidades de RCP y brindar retroalimentación sobre la RCP para garantizar que se mantenga una SVB/BLS de alta calidad. Consulte la Parte 5: Dinámica de equipo para obtener más información sobre el rol de Instructor de RCP.

## Parte 4

### DEA para adultos y niños de 8 años o más

Un desfibrilador externo automático (DEA) es un dispositivo ligero, portátil y computarizado que puede identificar un ritmo cardíaco anormal que requiere una descarga. El DEA puede entonces administrar una descarga que detiene el ritmo anormal y permite que el corazón recupere su ritmo normal. Los DEA son fáciles de operar y permiten que los reanimadores y los profesionales de la salud intenten la desfibrilación de forma segura.

#### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Describir la importancia del uso temprano de un DEA
- Demostrar cómo utilizar un DEA

#### Desfibrilación

El DEA identifica los ritmos cardíacos anormales como desfibrilables o no desfibrilables. Los ritmos desfibrilables se tratan con desfibrilación. La desfibrilación es el término médico que se utiliza para interrumpir o detener un ritmo cardíaco anormal mediante descargas eléctricas controladas. La descarga detiene el ritmo anormal. Esto restablece el sistema eléctrico del corazón para que pueda recuperarse un ritmo cardíaco normal (organizado).

Si se restablece la circulación, el músculo cardíaco de la persona puede bombear sangre de nuevo. La persona tendrá un latido que produce un pulso palpable (que el reanimador puede sentir). Esto se denomina retorno de la circulación espontánea (RCE). Los signos de RCE incluyen respiración, tos o movimiento, y pulso palpable o presión arterial medible.

#### Desfibrilación temprana

La desfibrilación temprana aumenta la probabilidad de supervivencia tras un paro cardíaco causado por un ritmo cardíaco anormal o irregular, o una arritmia. Las arritmias se producen cuando los impulsos eléctricos que hacen latir el corazón se producen demasiado rápido, demasiado lento o de forma errática. Dos arritmias desfibrilables potencialmente mortales que causan un paro cardíaco son la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso (TVP).

- Fibrilación ventricular: En este ritmo de paro cardíaco, la actividad eléctrica del corazón se vuelve caótica. Los músculos del corazón temblar de forma rápida y desincronizada para que el corazón no bombee sangre.
- TVP: Cuando las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) comienzan a contraerse a un ritmo muy rápido, se desarrolla una frecuencia cardíaca rápida conocida como taquicardia ventricular. En casos extremadamente graves, los ventrículos bombean tan rápido e inefficientemente que no se detecta pulso (es decir, la "ausencia de pulso" en la TVP). Los tejidos y órganos del cuerpo, especialmente el corazón y el cerebro, dejan de recibir oxígeno.

La desfibrilación temprana, la RCP de alta calidad y todos los componentes de la cadena de supervivencia son necesarios para mejorar las posibilidades de supervivencia de la fibrilación ventricular y la TVP.

#### Programas PAD

Para proporcionar una desfibrilación temprana, los reanimadores necesitan tener un DEA disponible de inmediato. Los programas de DEA aumentan la disponibilidad de DEA y capacitan a personas sin conocimientos especializados en su uso. Estos programas colocan DEA en lugares públicos con gran afluencia de personas, como edificios de oficinas, aeropuertos, centros de convenciones y escuelas. Algunos programas de DEA se coordinan con los servicios médicos de emergencia locales para que los operadores de telecomunicaciones puedan dirigir a las personas que llaman al DEA más cercano.

#### Planes de respuesta ante emergencias cardíacas

La AHA recomienda que todos los centros y organizaciones cuenten con un plan de respuesta ante emergencias cardíacas. Este plan describe específicamente quién responde y qué hacer en caso de una emergencia cardíaca. Para obtener más información sobre los planes de respuesta ante emergencias cardíacas, visite [cpr.heart.org/cerp](http://cpr.heart.org/cerp) para una guía de implementación, recursos y listas de verificación.



#### Conceptos críticos

#### Mantenimiento del DEA y los suministros

Los DEA deben recibir el mantenimiento adecuado según las instrucciones del fabricante. Se debe designar a una persona para que se encargue de lo siguiente:

- Mantener la batería
- Solicitar y reemplazar suministros, incluidas las almohadillas de DEA (para adultos y pediátricos)
- Reemplace el equipo usado, incluidos los dispositivos de barrera (por ejemplo, máscaras de bolsillo), guantes, maquinillas de afeitar (para afeitar el pecho con vello), y tijeras, que a veces se guardan en un botiquín de emergencia o de primeros auxilios aparte.

## Llegada del DEA

Una vez que llegue el DEA, colóquelo al lado de la persona, cerca del reanimador que lo operará. Esta posición proporciona fácil acceso a los controles del DEA y facilita la colocación de las almohadillas. Además, permite que un segundo reanimador continúe la RCP de alta calidad desde el lado opuesto de la persona sin interferir con el funcionamiento del DEA. Asegúrese de que las almohadillas del DEA se coloquen directamente sobre la piel y no sobre ropa, parches de medicamentos ni dispositivos implantados.

# Uso del DEA

## Conozca su DEA

El DEA varía según el modelo y el fabricante. Sin embargo, todos funcionan básicamente de la misma manera. Los pasos universales para operar un DEA pueden guiarle en la mayoría de las situaciones. Sin embargo, es importante que se familiarice con el DEA que se utiliza en su entorno. Por ejemplo, es importante saber si debe encenderlo manualmente o si se enciende automáticamente al abrir la tapa.

## Monitor/desfibrilador

Los profesionales de la salud y otros profesionales de la salud pueden recibir capacitación en el uso de un monitor/desfibrilador. Estos dispositivos tienen funciones más complejas y requieren capacitación avanzada. Pueden monitorear el ritmo cardíaco y administrar descargas cuando sea necesario, a menudo para arritmias más complejas. Además, un monitor/desfibrilador puede usarse en modo DEA, que analiza automáticamente el ritmo cardíaco de la persona y avisa si se necesita una descarga. Familiarícese con el dispositivo que se utiliza en su organización y siga los protocolos.

## Operación de un DEA: pasos universales

Comience abriendo el DEA. Si es necesario, enciéndalo. Durante un intento de reanimación, siga las instrucciones del DEA. Estas pueden ser indicaciones de voz electrónicas o indicaciones en pantalla.

Para reducir el tiempo de administración de la descarga, intente realizar los dos primeros pasos a continuación dentro de los 30 segundos posteriores a la llegada del DEA al lado de la persona. Esto debe hacerse mientras un segundo reanimador continúa la RCP:

1. Abra el estuche de transporte (si corresponde). Encienda el DEA (Figura 20) si es necesario.
  - a. Algunos dispositivos se encienden automáticamente cuando abres la tapa o el estuche.
  - b. Siga las indicaciones del DEA.
2. El DEA indica: "Aplique las almohadillas sobre el pecho desnudo del paciente".

- a. Retire el papel protector de las almohadillas del DEA.
  - b. Aplique las almohadillas sobre el pecho desnudo del paciente ([Figura 21](#)).

Evite colocar los electrodos sobre ropa, parches de medicamentos o dispositivos implantados. Elija electrodos para adultos para pacientes de 8 años o más. Siga los diagramas de colocación de los electrodos ([Figura 21](#)). Consulte [Conceptos críticos: Opciones de colocación de las almohadillas del DEA en esta parte](#) para conocer las opciones de colocación más comunes.
  - c. Conecte el conector de las almohadillas (algunos DEA tienen cables preconectados).
3. El DEA indica: «Analizando el ritmo cardíaco. No toque al paciente» ([Figura 22](#)).
- a. Cuando el DEA se lo indique, autorice a la persona a analizar su ritmo cardíaco. Asegúrese de que nadie la toque. la persona, ni siquiera el rescatista encargado de dar respiraciones.
  - b. El DEA puede tardar unos segundos en analizarse.
  - c. El DEA le indicará si la persona necesita una descarga. Si el DEA indica que no se recomienda la descarga, reanude inmediatamente la RCP, comenzando con compresiones torácicas.
4. El DEA indica: «Descarga recomendada. Cargando. Manténgase alejado del paciente» ([Figura 23A](#)).
- a. Antes de administrar la descarga, aléjese de la persona. Asegúrese de que nadie la toque.
    - Diga en voz alta un mensaje para “despejar el paso a la persona”, como “¡Todos afuera!”
    - Asegúrese de que nadie esté en contacto con la persona.
  - b. El DEA indica: «Administre la descarga ahora. Presione el botón de descarga ahora». La descarga puede producir una contracción muscular repentina ([Figura 23B](#)).
5. El DEA indica: «Descarga administrada. Iniciar RCP».
- a. Despues de administrar una descarga, reanude inmediatamente la RCP, comenzando con compresiones torácicas ([Figura 24](#)).
6. Despues de aproximadamente 5 ciclos o 2 minutos de RCP, el DEA le indicará que repita los pasos 3 y 4.



[Figura 20. Encienda el DEA.](#)



Figura 21. El operador del DEA coloca las almohadillas del DEA en la persona y luego conecta el conector de las almohadillas al DEA, si corresponde.



Figura 22. El operador del DEA autoriza a la persona para el análisis del ritmo cardíaco.



Figura 23A. Si se recomienda una descarga, el operador del DEA autoriza a la persona antes de administrarla.



Figura 23B. Cuando todos se alejan de la persona, el operador del DEA presiona el botón de descarga.

## Minimizar el tiempo entre la última compresión y la aplicación del amortiguador

Las investigaciones han demostrado que cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre la última compresión y la administración de la descarga, mayores serán las probabilidades de recuperación de la circulación espontánea (RCE). Minimizar las interrupciones requiere práctica y coordinación del equipo, especialmente entre el reanimador que realiza las compresiones y el que opera el DEA.

## No demore la RCP de alta calidad después del uso del DEA

Reanude inmediatamente la RCP de alta calidad, comenzando con compresiones torácicas (Figura 24) después de cualquiera de los siguientes eventos:

- El operador del DEA administra una descarga.
- El DEA indica: "No se recomienda descarga".

Después de aproximadamente 5 ciclos o 2 minutos de RCP de alta calidad, el DEA le indicará que repita los pasos 3 y 4. Continúe hasta que los profesionales de SVA se hagan cargo o la persona comience a respirar, moverse o reaccionar de alguna otra manera.



Figura 24. Si no se indica ninguna descarga e inmediatamente después de administrar cualquier descarga, los reanimadores inician la RCP, comenzando con compresiones torácicas.



### Conceptos críticos

Opciones de colocación de las almohadillas del DEA

Coloque las almohadillas del DEA siguiendo el diagrama que aparece en las almohadillas.

Colocación anterolateral

Como se muestra en la Figura 25A, coloque ambas almohadillas sobre el pecho desnudo de la persona. Coloque una almohadilla verticalmente sobre la parte superior derecha del pecho. La parte superior de la almohadilla debe quedar justo debajo de la clavícula. Coloque la segunda almohadilla horizontalmente sobre las costillas laterales izquierdas de la persona. La mitad de la almohadilla debe estar debajo de la axila, en la línea media axilar.

Colocación anteroposterior (AP)

Las opciones para la colocación de la almohadilla AP (Figura 25B) incluyen

- Colocar una almohadilla en el centro del pecho desnudo de la persona (anterior) y la otra almohadilla en el centro del pecho de la persona. espalda (posterior)
- Colocar una almohadilla del DEA en el lado izquierdo del pecho, entre el lado izquierdo del esternón y el pezón izquierdo de la persona, y la otra almohadilla en el lado izquierdo de la espalda de la persona, al lado de la columna

Coloque siempre las almohadillas directamente sobre la piel y evite el contacto con ropa, parches de medicamentos y dispositivos implantados.



Figura 25A. Opciones de colocación de las almohadillas del DEA en una persona. A, Colocación anterolateral.

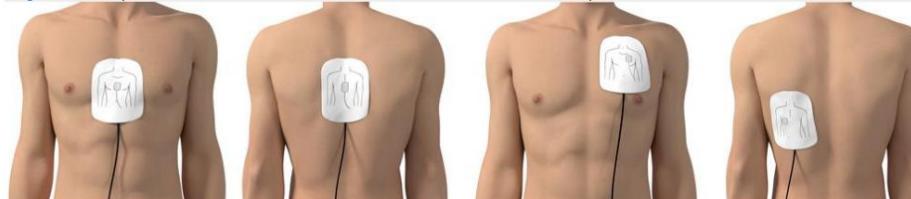


Figura 25B. Ubicación AP.

### Almohadillas DEA para niños

Su DEA puede incluir parches más pequeños diseñados específicamente para niños menores de 8 años. No utilice parches infantiles en adultos. Estos parches administran una dosis de descarga demasiado baja para un adulto y probablemente no sean eficaces. Es mejor realizar una RCP de alta calidad que intentar aplicar un choque a un adulto con parches infantiles.

### Circunstancias especiales

Al colocar los parches del DEA, es posible que deba tomar medidas adicionales cuando la persona

- Tiene el pecho peludo
- Está sumergido en agua o tiene agua o líquido cubriendo el pecho.

- Tiene un desfibrilador o marcapasos implantado
- Tiene un parche de medicamento transdérmico u otro objeto sobre la superficie de la piel donde necesita colocar el DEA  
almohadillas
- Está embarazada
- Lleva joyas o ropa voluminosa.

## Pecho peludo

Las almohadillas del DEA podrían adherirse al vello pectoral y no a la piel. Si esto ocurre, el DEA no podrá analizar el ritmo cardíaco de la persona y mostrará el mensaje "Revisar electrodos" o "Revisar almohadillas de electrodos".

Recuerde verificar si la persona tiene vello en el pecho antes de aplicar las almohadillas. Consulte con su empleador, la autoridad sanitaria local o el organismo regulador sobre los protocolos para la eliminación del vello en el pecho.

Algunos estuches de DEA pueden contener una maquinilla de afeitar o una máquina para afeitar o recortar la zona donde se colocarán las almohadillas. Si no tiene una maquinilla de afeitar, pero sí un segundo juego de almohadillas, use el primero para depilarse. Es fundamental asegurarse de tener dos juegos de almohadillas del tamaño adecuado antes de usarlas para la depilación. Coloque el primer juego de almohadillas, presiónelas para que se adhieran lo máximo posible y retírelas rápidamente. A continuación, coloque el segundo juego de almohadillas.

## Presencia de agua u otros líquidos

El agua y otros líquidos conducen electricidad. No utilice un DEA en el agua.

- Si la persona está en el agua, sáquela del agua.
- Si el pecho está cubierto de agua o sudor, límpielo rápidamente antes de colocar las almohadillas del DEA.
- Si la persona se encuentra sobre la nieve o en un charco pequeño, puede utilizar el DEA después de limpiarle rápidamente el pecho.

## Desfibriladores y marcapasos implantados

Las personas con alto riesgo de paro cardíaco repentino pueden tener desfibriladores o marcapasos implantados que administran descargas automáticamente directamente al corazón. Si se coloca una almohadilla de DEA directamente sobre un dispositivo médico implantado, este podría interferir con la administración de la descarga.

Estos dispositivos son fáciles de identificar porque crean un bulto duro debajo de la piel, que suele localizarse en la parte superior izquierda del pecho, aunque también puede encontrarse en la parte superior derecha del pecho o en el abdomen. El bulto puede variar del tamaño de una moneda de plata hasta la mitad de una baraja de cartas.

Si identifica un desfibrilador o marcapasos implantado, evite colocar la almohadilla del DEA directamente sobre el dispositivo implantado, si es posible. Luego, siga los pasos normales para operar un DEA.

### Parches de medicación transdérmica

No coloque los parches del DEA directamente sobre un parche de medicación. El parche puede interferir con la transferencia de energía del DEA al corazón. Esto también podría causar pequeñas quemaduras en la piel. Algunos ejemplos de parches de medicación son los de nitroglicerina, nicotina, analgésicos y terapia de reemplazo hormonal.

Si no retrasa la administración de la descarga, retire el parche y límpie el área antes de colocar la almohadilla del DEA.

Para evitar que el medicamento se transfiera del parche a usted, use guantes protectores o algún otro tipo de barrera al retirarlo. Recuerde evitar demoras en la medida de lo posible.

### Embarazo

Debe usar un DEA para una persona embarazada en paro cardíaco, igual que para cualquier otra persona en paro cardíaco. El shock del DEA no dañará al feto. Sin tratamiento vital para la embarazada, es probable que el feto no sobreviva.

Si la persona es reanimada, colóquela sobre su lado izquierdo. Esto ayuda a mejorar el flujo sanguíneo al corazón y, por lo tanto, al feto.

### Ropa y joyas

Retire rápidamente la ropa abultada. Si a una persona le resulta difícil quitarle la ropa, puede aplicar compresiones sobre ella. Si dispone de un DEA, quitele toda la ropa, incluida la ropa interior que cubra el pecho, ya que las almohadillas no deben colocarse sobre ella. No es necesario quitarle las joyas, siempre que no entren en contacto con las almohadillas del DEA.

## Parte 5

### Dinámica de equipo

Como profesional de SVB/BLS, es posible que participe en un intento de reanimación con varios reanimadores. Puede formar parte de un equipo con reanimadores capacitados en SVA. Sin embargo, independientemente de la habilidad, el procedimiento o el equipo utilizado en un evento de reanimación, el SVB/BLS es la base de todos los intentos de reanimación. Una dinámica de equipo eficaz aumenta las probabilidades de éxito de una reanimación. Todos los miembros del equipo deben comprender no solo qué hacer en un intento de reanimación, sino también cómo comunicarse y desempeñarse eficazmente como parte de un equipo con varios reanimadores.

#### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Realizar RCP de alta calidad a un adulto, un niño y un bebé.
- Actuar como un miembro eficaz del equipo durante la RCP con múltiples reanimadores.

#### Elementos de equipos eficaces de alto rendimiento

Un intento de reanimación exitoso depende de habilidades de reanimación de alta calidad, buena comunicación y una dinámica de equipo eficaz. Todos los rescatistas del equipo deben ser capaces de responder con rapidez y eficacia en una situación de emergencia. Una dinámica de equipo eficaz entre varios rescatistas ayuda a que las personas tengan la mayor probabilidad de supervivencia.

La dinámica del equipo durante un intento de reanimación es un elemento de los equipos de alto rendimiento e incluye tres componentes:

- Roles y responsabilidades
- Comunicación
- Informe final

#### Roles y responsabilidades

Debido a que cada segundo cuenta durante un intento de reanimación, es importante definir roles y responsabilidades claras lo antes posible.

Cuando todos los miembros del equipo conocen sus funciones y responsabilidades, el equipo funciona con mayor fluidez. Los rescatistas deben definir claramente las funciones lo antes posible y delegar tareas según el nivel de habilidad de cada miembro. Tan pronto como se identifique a la persona...

Como no tiene pulso, el líder del equipo se identificará y asignará los roles de BLS, incluidos el compresor, la vía aérea, el monitor/desfibrilador/entrenador de RCP y el cronómetro/registrador (Figura 26).

Generalmente, el líder del equipo delegará tareas según el nivel de habilidad de cada miembro. A menudo, estará al lado del paciente, pero podría necesitar desplazarse para observar, evaluar habilidades y brindar retroalimentación. Un líder del equipo también puede asumir la responsabilidad de roles no definidos.

Hay tres roles clave de BLS en el triángulo de reanimación: la persona que opera el monitor/desfibrilador y actúa como entrenador de RCP, la persona que maneja la vía aérea y la ventilación, y la persona que realiza las compresiones.

El rol de Compresor evalúa a la persona, realiza compresiones según los protocolos locales y rota cada 2 minutos o antes si hay fatiga.

El/La técnico/a de vía aérea debe colocarse junto a la cabeza de la persona. Esta persona abre la vía aérea, proporciona ventilación con bolsa-mascarilla e inserta los accesorios necesarios. Debe vigilar la elevación del tórax y evitar la ventilación excesiva.

El instructor de monitor/desfibrilador/RCP trae y opera el DEA o monitor/desfibrilador y actúa como instructor de RCP, si se le asigna. El instructor debe colocarse junto al dispositivo, seguir las indicaciones y asegurarse de que todos los miembros del equipo estén lejos del paciente antes de administrar una descarga, si es necesaria.

Si se utiliza un monitor, debe colocarse de forma que el líder del equipo (y la mayor parte del equipo) pueda verlo. Es importante tener en cuenta que el rol de Compresor y el de Monitor/Desfibrilador/Instructor de RCP intercambian roles sin moverse físicamente para minimizar las pausas.

El cronómetro/registrador registra los eventos que ocurren, incluyendo la frecuencia y duración de las interrupciones en las compresiones torácicas, el momento de la descarga y los medicamentos administrados. Recuerde que la administración de medicamentos no forma parte del SVB y debe ser realizada por un profesional experimentado durante un intento de reanimación. El cronómetro/registrador también anuncia cuándo deben realizarse las intervenciones.

[La figura 26](#) muestra un ejemplo de formación de equipo con roles asignados.

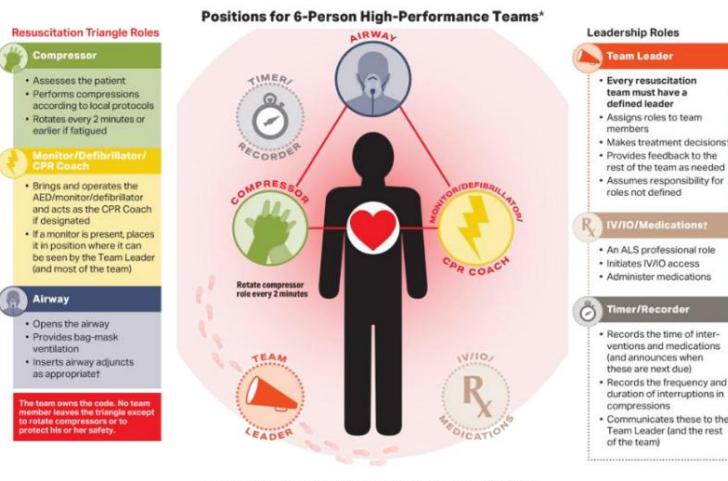


Figura 26. Diagrama del equipo, que incluye roles de BLS y soporte avanzado.

### Conozca sus limitaciones

Todos los miembros del equipo deben conocer sus limitaciones. El líder del equipo también debe conocerlas. Por ejemplo, los profesionales de SVA podrían realizar tareas que los profesionales de SVB no estarían autorizados a realizar. Algunas de estas tareas incluyen administrar medicamentos y realizar intubaciones. Cada miembro del equipo debe solicitar ayuda y consejo con prontitud, antes de que la situación empeore.

### Ofrecer una intervención constructiva

Tanto si eres miembro del equipo como si eres el líder, puede que haya momentos en los que necesites señalar las acciones incorrectas o inapropiadas de otro miembro. Cuando esto sucede, es importante intervenir con tacto y de forma constructiva. Esto es especialmente importante cuando alguien se equivoca sobre un medicamento, una dosis o una intervención.

Cualquier miembro del equipo debe hablar para evitar que otra persona cometa un error, independientemente de su función.

## Comunicación

## Compartir

conocimientos es importante para el rendimiento eficaz del equipo. Esto ayuda a garantizar que todos comprendan plenamente la situación y a tratar a los pacientes de forma más eficiente y eficaz. Un líder de equipo debe solicitar observaciones y retroalimentación con frecuencia. Esto incluye pedir buenas ideas sobre la gestión de un intento de reanimación, así como observaciones sobre posibles descuidos.

## Resumir y reevaluar

Resumir la información en voz alta es útil durante un intento de reanimación porque:

- Proporciona un registro continuo del tratamiento
- Es una forma de reevaluar el estado de la persona, las intervenciones y el progreso del equipo dentro del algoritmo de atención
- Ayuda a los miembros del equipo a responder a la condición cambiante de la persona

## Utilice la comunicación de circuito cerrado.

La comunicación de circuito cerrado es una técnica importante para evitar malentendidos y errores de tratamiento. Consiste en que el emisor transmite el mensaje, el receptor lo repite y el emisor confirma que lo ha escuchado correctamente. Para practicar la comunicación de circuito cerrado, el líder y los miembros del equipo deben hacer lo siguiente:

### Jefe de equipo

- Llame a cada miembro del equipo por su nombre y haga contacto visual al dar una instrucción.
- No asigne tareas adicionales hasta que esté seguro de que el miembro del equipo comprende la instrucción.

### Miembros del equipo

- Confirme que comprende cada tarea que le asigna el líder del equipo reconociendo verbalmente dicha tarea.
- Informe al líder del equipo cuando haya terminado una tarea.

## Dar mensajes claros

Para ayudar a prevenir malentendidos y mantener a todos concentrados, todos los miembros del equipo deben

- Use un lenguaje claro y conciso
- Hable lo suficientemente alto para ser escuchado
- Hable en un tono que sea a la vez tranquilo y seguro

## Mostrar respeto mutuo

Todos los miembros del equipo deben mostrar respeto mutuo y una actitud profesional, independientemente del nivel de habilidad o entrenamiento de cada rescatista. Las emociones pueden estar a flor de piel durante un intento de reanimación. Es especialmente importante que el líder del equipo hable con un tono amable y controlado, evitando gritos y agresiones.

## Entrenamiento

El instructor de RCP apoya la ejecución de habilidades de SVB/BLS de alta calidad, lo que permite al líder del equipo centrarse en otros aspectos de la atención clínica. Estudios han demostrado que los equipos de reanimación con instructor de RCP realizan una RCP de mayor calidad, con mayor CCF y pausas más cortas, que los equipos que no cuentan con instructor de RCP.

El instructor de RCP no necesita tener una función independiente; puede integrarse de forma más eficaz con las responsabilidades actuales del monitor/desfibrilador. Sus principales responsabilidades son ayudar a los miembros del equipo a realizar una RCP de alta calidad y minimizar las pausas en las compresiones. El instructor de RCP necesita tener una línea de visión directa con el compresor, por lo que debe situarse junto al desfibrilador. A continuación, se describe la función del instructor de RCP:

Coordinar el inicio de la RCP: En cuanto se identifica que un paciente no tiene pulso, el instructor de RCP dice: "Soy el instructor de RCP" e indica a los rescatistas que comiencen las compresiones torácicas. El instructor de RCP puede adaptar el entorno para garantizar una RCP de alta calidad. Puede bajar las barandillas de la cama o la cama, conseguir un banquillo o girar a la persona para colocar una camilla y parches de desfibrilación para facilitar una RCP de alta calidad.

Entrenador para mejorar la calidad de las compresiones torácicas: El entrenador de RCP proporciona retroalimentación sobre la profundidad, la frecuencia y la recuperación torácica de las compresiones. Indica los datos del dispositivo de retroalimentación de RCP para ayudar al compresor a mejorar su rendimiento. Esto es útil porque la evaluación visual de la calidad de la RCP suele ser imprecisa.

Indique los objetivos de rango medio: El instructor de RCP indica los objetivos específicos de rango medio para que las compresiones y la ventilación se mantengan dentro del rango recomendado. Por ejemplo, debe indicarle al compresor que comprima a una frecuencia de 110/min en lugar de una frecuencia de entre 100 y 120/min.

Capacitación para los objetivos intermedios: El instructor de RCP proporciona a los miembros del equipo retroalimentación sobre su frecuencia y volumen de ventilación. Si es necesario, también les recuerda la relación compresiones-ventilación.

Minimizar la duración de las pausas en las compresiones: El instructor de RCP se comunica con el equipo para minimizar la duración de las pausas. Las pausas se producen cuando el equipo desfibrila, cambia los compresores y coloca un dispositivo avanzado para la vía aérea.

## Interrogación

Tras una reanimación, la sesión informativa ofrece al equipo la oportunidad de analizar el desarrollo de la reanimación, identificar las razones por las que se tomaron ciertas medidas y analizar si se puede mejorar en futuras situaciones. La sesión informativa puede realizarse inmediatamente con todo el equipo o programarse posteriormente con el equipo y otros participantes. Es una oportunidad para evaluar el proceso y el desempeño de la RCP, reflexionar sobre la dinámica del equipo, brindar formación para la mejora de la calidad y procesar las emociones tras la participación en una situación estresante.

Los intentos de reanimación pueden ser traumáticos incluso para los profesionales de la salud más experimentados. Si se encuentra repasando los hechos, cuestionando su papel en el intento de reanimación, sintiéndose triste o enojado, o no puede dormir, estos pueden ser signos de reacciones de estrés postraumático. Asegúrese de pedir ayuda de inmediato para que un profesional pueda ayudarle a procesar lo que ha experimentado y lo que siente.

El informe posterior al estrés por incidentes críticos (o informe psicológico) se utiliza para prevenir o limitar los síntomas de estrés postraumático y es una parte fundamental del proceso de informe.

Se ha demostrado que el informe posterior

- Ayudar a los miembros individuales del equipo a desempeñarse mejor
- Ayuda a identificar las fortalezas y deficiencias del sistema.

La implementación de programas de información posterior al paro cardíaco puede mejorar la supervivencia del paciente y la salud mental de los involucrados.

## Equipos de alto rendimiento

Un equipo de alto rendimiento logra métricas de rendimiento específicas, como una alta fracción de compresión torácica (CCF). La CCF es la proporción de tiempo durante un intento de reanimación en el que la persona recibe compresiones torácicas de alta calidad. Solo se puede lograr una CCF alta eliminando las pausas durante la RCP de alta calidad. Cuanto mayor sea la CCF, mayor será la probabilidad de supervivencia.

Se recomienda alcanzar una CCF alta de al menos el 60 %, y un objetivo del 80 % suele ser alcanzable con un buen trabajo en equipo. Las investigaciones demuestran que un aumento del 10 % en la CCF equivale aproximadamente a un aumento del 11 % en la supervivencia. Las pausas suelen ocurrir durante la intubación, el análisis del ritmo cardíaco, la comprobación del pulso, los cambios de compresor y la desfibrilación.

Algunas de las mejores prácticas para minimizar las pausas incluyen las siguientes:

- Siempre que se pausen las compresiones, esté preparado para reanudarlas inmediatamente.

- Si un compresor necesita cambiar debido a la fatiga, coordine el cambio para que se realice de la manera más fluida posible, por ejemplo: mientras se administran ventilaciones o durante un análisis del ritmo cardíaco.
- Al cambiar de compresor, el segundo compresor debe tomar el control en el mismo lado que el compresor inicial.  
Para lograr transiciones fluidas, es mejor cambiar entre ciclos cada 2 minutos.
- Se recomienda utilizar dispositivos de retroalimentación en tiempo real durante la RCP.
  - o –Sin embargo, si no se dispone de un dispositivo de retroalimentación, un metrónomo puede ayudar a establecer la velocidad adecuada. Si su desfibrilador externo automático (DEA) no tiene metrónomo, puedes descargar una aplicación de metrónomo a tu dispositivo móvil.

## Cálculo del CCF

Los profesionales de la salud y los instructores pueden usar tecnología para obtener la CCF mecánicamente después de un escenario de caso o código mediante un dispositivo de retroalimentación (p. ej., un monitor/desfibrilador con almohadillas adecuadas) o una aplicación de CCF (p. ej., la aplicación AHA ACLS). Si no se dispone de ninguno de estos, se puede calcular la CCF manualmente con un teléfono que pueda ejecutar varios temporizadores a la vez o condos. Un temporizador mide el tiempo total del código desde su inicio hasta su finalización o RCE, y un segundo temporizador mide el tiempo total de compresión torácica. Para medir el tiempo de compresión torácica, el segundo temporizador se inicia cada vez que comienzan o se reanudan las compresiones y se detiene durante cada pausa en las compresiones. El tiempo de compresión torácica se divide entonces entre el tiempo total del código para calcular la CCF.

CCF = tiempo real de compresión torácica/tiempo total del código

## Parte 6

### BLS para niños y bebés

Esta sección describe el SVB/BLS para bebés y niños. En este curso, se consideran bebés menores de un año (excluyendo a los recién nacidos) y niños desde un año hasta la pubertad. Los signos de la pubertad incluyen vello en el pecho o las axilas en los niños y cualquier desarrollo mamario en las niñas. Para niños con signos de pubertad o mayores, siga las pautas de SVB/BLS para adultos.

La Tabla 2 muestra las diferencias clave en la RCP realizada a bebés y niños.

Tabla 2. Diferencias en la RCP para bebés y niños

Características de la RCP de alta calidad	Niño	Niño
Edad	Menores de 1 año, excluidos los recién nacidos	1 año hasta la pubertad
Ubicación de la comprobación del pulso	Braquial	Carótida o femoral
Tasa de compresión	100-120/min	100-120/min
Profundidad de compresión	Al menos un tercio del diámetro AP del pecho, aproximadamente 1½ pulgadas (4 cm)	Al menos un tercio del diámetro AP del pecho, aproximadamente 2 pulgadas (5 cm)
Técnica de compresión	Técnica de rodear con el talón de una mano o los dos pulgares	Talón de 1 o 2 manos
1-Relación compresión-ventilación del reanimador	30:2	30:2
2-Relación compresión-ventilación del reanimador	15:2	15:2* <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Si hay signos de pubertad, trate a la persona como un adulto y utilice una proporción de 30:2.

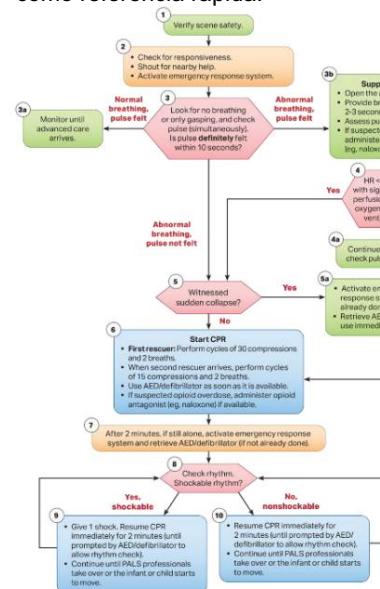
### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Describir la importancia de la RCP de alta calidad y su impacto en la supervivencia • Aplicar los conceptos de BLS de la Cadena de Supervivencia • Reconocer los signos de que alguien necesita RCP • Realizar RCP de alta calidad a un adulto, un niño y un bebé • Realizar compresiones torácicas utilizando la colocación correcta de las manos a la frecuencia y profundidad correctas con retroceso del tórax • Demostrar respiraciones o ventilación efectivas • Describir la importancia del uso temprano de un DEA • Demostrar cómo usar un DEA • Actuar como un miembro eficaz del equipo durante la RCP con múltiples reanimadores

## Algoritmo de BLS pediátrico: un solo reanimador

El Algoritmo de SVB/BLS Pediátrico (Desde la Lactancia hasta la Pubertad) para Profesionales de la Salud — Un solo reanimador describe los pasos que debe seguir un solo reanimador de un bebé o niño que no responde (Figura 27). Una vez que domine las habilidades presentadas en esta parte, utilice el algoritmo como referencia rápida.



© 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics

Figura 27. Algoritmo BLS pediátrico (desde lactantes hasta la pubertad) para profesionales de la salud: un solo reanimador.

## Secuencia de BLS pediátrico: un solo reanimador

Esta es su guía paso a paso para administrar RCP a un bebé o niño que no responde cuando usted es el único reanimador. Los pasos numerados corresponden a los del Algoritmo de SVB/BLS Pediátrico (Desde lactantes hasta la pubertad) para profesionales de la salud: Un solo reanimador (Figura 27).

El primer rescatista que llega al lado de un bebé o niño que no responde debe realizar rápidamente los pasos 1 y 2 y luego comenzar la RCP de alta calidad.

Paso 1: Verificar la seguridad de la escena.

Asegúrese de que la escena sea segura para usted y el bebé o niño.

Paso 2: Verifique la capacidad de respuesta, grite para pedir ayuda cercana y active el sistema de respuesta a emergencias.

- Toque el talón del bebé o los hombros del niño. Grite: "¡Oye! ¿Estás bien? ¿Estás bien?"
- Si el bebé o el niño no responde, grite pidiendo ayuda y active el sistema de respuesta de emergencia a través de un teléfono móvil. dispositivo si corresponde.

Paso 3: Evalúe la respiración y el pulso.

- A continuación, evalúe al bebé o niño para verificar si respira con normalidad y tiene pulso. Esto le ayudará a determinar la siguiente prueba apropiada. comportamiento.
- Para minimizar el retraso en el inicio de la RCP, debe evaluar la respiración y el pulso al mismo tiempo. Esto debería tomar al menos menos 5 pero no más de 10 segundos.
  - o –Para obtener instrucciones detalladas sobre cómo verificar la respiración y el pulso en un bebé y un niño, consulte [Habilidades de RCP de calidad: bebés y niños en esta parte](#).
- Si no siente respiración anormal ni pulso, pase al paso 5.

Pasos 3a y 3b: Determinar la siguiente acción.

Determine las siguientes acciones según si la respiración es normal y si se siente el pulso:

- Paso 3a: Si el bebé o el niño respira normalmente y se siente el pulso:
  - o – Vigilar al bebé o niño hasta que llegue la atención avanzada
- Paso 3b: Si el bebé o el niño tiene una respiración anormal pero se siente el pulso, administre ventilación de apoyo:
  - o –Abrir la vía aérea y reposicionar la cabeza si es necesario
  - o –Proporcionar respiraciones, con 1 respiración cada 2 a 3 segundos (20 a 30 respiraciones por minuto)

- o –Evaluar la frecuencia del pulso después de 2 minutos
- o –Si se sospecha una sobredosis de opioides, administrar un antagonista (por ejemplo, naloxona) si está disponible

Paso 4: Evaluar la frecuencia cardíaca.

¿La frecuencia cardíaca es inferior a 60 latidos por minuto con signos de mala perfusión a pesar de la oxigenación y la ventilación?

- Paso 4a: En caso negativo, continúe administrando respiraciones. Compruebe el pulso cada 2 minutos. • En caso afirmativo, vaya al paso 5.

Paso 5: ¿Ha sido testigo de un colapso repentino?

Determine si el colapso repentino fue presenciado. • Si es así, pase al paso

5a.

- o –Paso 5a: Si presenció el colapso repentino de un niño, déjelo ir a activar el sistema de respuesta a emergencias, si aún no lo ha hecho, y consiga un DEA. Luego, regrese con el niño para realizarle RCP y usar el DEA lo antes posible (Paso 6). • Si no, continúe con el Paso 6.

Paso 6: Iniciar la RCP. •

El primer reanimador realiza ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones. • Al llegar el segundo reanimador, realiza ciclos de 15 compresiones y 2 respiraciones. • Utilizar el DEA/desfibrilador en cuanto esté disponible. • Si se sospecha una sobredosis de opioides, administrar un antagonista opioide (p. ej., naloxona) si está disponible.

Paso 7: Después de 2 minutos, si todavía estás solo, activa el sistema de respuesta a emergencias y consigue un DEA/desfibrilador si aún no lo has hecho.

Paso 8: Verificar el ritmo. ¿Ritmo desfibrilable?

Encienda el DEA y siga las instrucciones. Use el DEA/desfibrilador para comprobar el ritmo.

Paso 9: Si el DEA detecta un ritmo desfibrilable, administre una descarga. • Administre una descarga. Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA lo indique para permitir la comprobación del ritmo). • Continúe la RCP y el uso del DEA hasta que los profesionales de soporte vital avanzado pediátrico (SVAP) se hagan cargo o el bebé o niño comience a respirar, moverse o reaccionar de cualquier otra manera.

Paso 10: Si el DEA detecta un ritmo no desfibrilable, reanude la RCP de alta calidad.

- Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA le indique que permita verificar el ritmo).
- Continúe realizando RCP y utilizando el DEA hasta que los profesionales de PALS tomen el control o el bebé o niño comience a respirar, moverse o reaccionar de alguna otra manera.

## Habilidades de RCP de alta calidad: bebés y niños

Dominar todas las habilidades descritas en esta sección lo preparará para brindar RCP de alta calidad a un bebé o niño que no responde.

### Evaluar la respiración y el pulso

Revisar la respiración y el pulso del bebé o niño le ayudará a determinar las siguientes acciones apropiadas. Debe evaluar la respiración y el pulso simultáneamente. Evalúe ambos durante al menos 5 segundos y no más de 10 para poder iniciar la RCP rápidamente, si es necesario.

#### Respiración

Para comprobar la respiración, examine el tórax del bebé o niño para ver si sube y baja durante al menos 5 segundos y no más de 10. Observe si no respira o si solo jadea y compruebe el pulso simultáneamente. La respiración agónica puede sonar como jadeos, resoplidos, ronquidos o gemidos. Estos pueden parecer fuertes o débiles, y puede transcurrir un tiempo entre ellos. Cuando esto sucede, los reanimadores deben administrar respiraciones o ventilación sin compresiones torácicas. Es importante tener en cuenta que las respiraciones anormales, llamadas jadeos agónicos, son comunes en los primeros minutos de un paro cardíaco. Los reanimadores a veces pueden confundir la respiración agónica con la respiración normal y no reconocer el paro cardíaco ni iniciar la RCP.

- Si el bebé o el niño está respirando: vigílelo hasta que llegue ayuda adicional.
- Si el bebé o el niño no respira o solo jadea: El bebé o el niño tiene un paro respiratorio o (si no hay pulso detectable) paro cardíaco. (La jadeo no es una respiración normal y es un signo de paro cardíaco. Consulte Conceptos críticos: [Jadeos agónicos en la Parte 3](#)). \_\_\_\_\_

#### Legumbres

Lactante: Para tomar el pulso en un lactante, busque el pulso braquial (Figura 28A). A continuación se explica cómo tomar el pulso de la arteria braquial:

1. Coloque 2 o 3 dedos en la parte interior de la parte superior del brazo, a medio camino entre el codo y el hombro del bebé.
2. Presione los dedos hacia abajo e intente sentir el pulso durante al menos 5 pero no más de 10 segundos.



Figura 28A. Control del pulso. A, En un bebé, busque el pulso braquial.

Niño: Para verificar el pulso en un niño, busque el pulso carotídeo o femoral (Figuras 28B y 28C).



Figura 28B. En un niño, busque el pulso carotídeo.

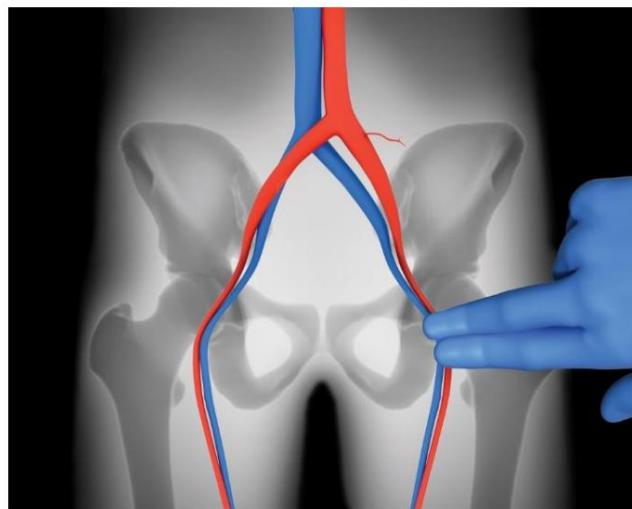


Figura 28C. O un pulso femoral.

A continuación se explica cómo comprobar el pulso carotídeo:

1. Utilice 2 o 3 dedos para localizar la tráquea del niño.
2. Introduzca los dedos en el surco justo al lado de la tráquea. La palpación del pulso carotídeo suele ser más fácil en el lado del niño más cercano a usted.
3. Compruebe si hay pulso durante al menos 5 pero no más de 10 segundos.

A continuación se explica cómo comprobar el pulso de la arteria femoral:

1. Coloque 2 o 3 dedos en la parte interna del muslo, a medio camino entre el hueso de la cadera y el hueso pélvico y justo debajo del pliegue donde la pierna se une al torso.
2. Compruebe si hay pulso durante al menos 5 pero no más de 10 segundos.

Puede ser difícil determinar la presencia o ausencia de pulso en cualquier persona, especialmente en un bebé o un niño. Si no siente el pulso con certeza en 10 segundos, inicie una RCP de alta calidad, comenzando con compresiones torácicas.

## Signos de mala perfusión

La perfusión es el flujo de sangre oxigenada desde el corazón a través de las arterias hasta los tejidos corporales. Para identificar signos de mala perfusión, evalúe lo siguiente:

- Temperatura: Extremidades frescas
- Estado mental: Disminución continua de la conciencia/capacidad de respuesta.

- Pulsos: Pulsos débiles
- Piel: Palidez, moteado (aspecto irregular) y, posteriormente, cianosis (coloración azul o gris de los labios, lechos ungueales o piel)

## Realizar compresiones torácicas de alta calidad

Las compresiones torácicas de alta calidad son la base de la RCP. Realice las compresiones como se describe aquí para brindarle a un bebé o niño con paro cardíaco la mayor probabilidad de supervivencia.

### Relación compresión-ventilación

La relación compresión-ventilación para reanimadores individuales es la misma en adultos, niños y bebés: 30:2.

Sin embargo, cuando dos reanimadores intentan reanimar a un bebé o un niño, deben usar una relación compresión-ventilación de 15:2. Esto prioriza la ventilación, ya que los paros pediátricos suelen deberse a causas respiratorias.

Recuerde, para los niños que muestran signos de pubertad, trátelos como a un adulto y proporcioneles ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones.

### Tasa de compresión

La frecuencia universal de compresiones en todas las personas que sufren un paro cardíaco es de 100 a 120/min.

### Profundidad de compresión

En el caso de un bebé, comprima al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax (aproximadamente 4 cm o 1½ pulgadas). En el caso de un niño, comprima al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax (aproximadamente 5 cm o 2 pulgadas) con cada compresión.

### Retroceso del pecho

Durante la RCP, la reexpansión torácica permite que la sangre fluya hacia el corazón. Una reexpansión torácica incompleta reduce el llenado del corazón entre compresiones y el flujo sanguíneo que estas generan. Para asegurar una reexpansión completa, evite apoyarse sobre el pecho entre compresiones. Los tiempos de compresión y reexpansión torácica deben ser aproximadamente iguales.

### Interrupciones en las compresiones torácicas

Minimice las interrupciones en las compresiones torácicas. Una menor duración de las interrupciones se asocia con mejores resultados.

## Técnicas de compresión torácica

Para las compresiones torácicas en niños, use una o dos manos. Para la mayoría de los niños, la técnica de compresión es la misma que para un adulto: dos manos (el talón de una mano y el talón de la otra sobre la primera) (Figura 29). En niños pequeños, las compresiones con una mano (el talón de una mano en el centro del pecho) pueden ser suficientes para lograr la profundidad de compresión deseada. Ya sea que use una o ambas manos, comprima al menos un tercio del diámetro AP del pecho (aproximadamente 5 cm) con cada compresión.



Figura 29A. Vista lateral del posicionamiento correcto del reanimador durante las compresiones torácicas.



Figura 29B. Vista frontal del posicionamiento correcto del reanimador durante las compresiones torácicas.

Para bebés, utilice la técnica de la base de una mano o la técnica de las dos manos con los pulgares alrededor. Si no puede rodear físicamente el pecho, se recomienda comprimirlo con la base de una mano. Estas técnicas se describen a continuación.

#### Bebé y niño: Técnica del talón de una mano

Siga estos pasos para realizar compresiones torácicas a un bebé o un niño utilizando el talón de una mano:

1. Coloque al bebé o niño sobre una superficie firme y plana.
2. Coloque el talón de 1 justo debajo de la línea del pezón, con la mano en la mitad inferior del esternón. No presione la punta del... esternón (Figura 30).
3. Administre compresiones a una frecuencia de 100 a 120/min.
4. Comprima al menos un tercio del diámetro AP del pecho (aproximadamente 1½ pulgadas o 4 cm).
5. Al final de cada compresión, asegúrese de permitir que el tórax se retraja completamente (se reexpanda); no se apoye sobre él. Los tiempos de compresión y retracción torácica deben ser aproximadamente iguales. Minimice las interrupciones en las compresiones (p. ej., para administrar respiraciones) a menos de 10 segundos.



Figura 30. Compresiones en bebés utilizando la técnica del talón de una mano.

#### Bebé: Técnica de manos que rodean con los dos pulgares

Siga estos pasos para realizar compresiones torácicas a un bebé utilizando la técnica de las dos manos rodeando con los pulgares:

1. Coloque al bebé sobre una superficie firme y plana.

2. Coloque ambos pulgares uno al lado del otro en el centro del pecho del bebé, en la mitad inferior del esternón. Sus pulgares Puede superponerse en bebés muy pequeños. Rodee el pecho del bebé y sostenga su espalda con los dedos de ambas manos (Figura 31).

- 
3. Con las manos rodeando el pecho, utilice ambos pulgares para presionar el esternón a un ritmo de 100 a 120/min.
  4. Comprima al menos un tercio del diámetro AP del pecho del bebé (aproximadamente 1½ pulgadas o 4 cm).
  5. Después de cada compresión, libere toda la presión sobre el esternón y permita que el pecho se retrajga por completo.



Figura 31. Técnica de dos manos rodeando con pulgares a un bebé.



### Conceptos críticos

#### Profundidad de compresión en bebés y niños frente a adultos y adolescentes

- Bebés: Al menos un tercio del diámetro AP del pecho, o aproximadamente 1½ pulgadas (4 cm)
- Niños: Al menos un tercio del diámetro AP del pecho, o aproximadamente 2 pulgadas (5 cm)
- Adultos y adolescentes: Al menos 2 pulgadas o 5 cm

#### Dar respiraciones

Cuando se produce un paro cardíaco repentino, el contenido de oxígeno en la sangre suele ser suficiente para satisfacer las necesidades de oxígeno del cuerpo durante los primeros minutos posteriores. Por lo tanto, en caso de paro cardíaco repentino presenciado, las compresiones torácicas por sí solas pueden ser una forma eficaz de distribuir oxígeno al corazón y al cerebro.

Los paros cardíacos en bebés y niños se deben con mayor frecuencia a causas respiratorias. Los bebés y niños que sufren un paro cardíaco...

A menudo presentan insuficiencia respiratoria o shock que reduce el contenido de oxígeno en la sangre incluso antes de que se produzca un paro cardíaco.

Como resultado, para la mayoría de los bebés y niños en paro cardíaco, administrar solo compresiones torácicas no suministra sangre oxigenada al corazón y al cerebro con la misma eficacia que administrar tanto compresiones como respiraciones. Por lo tanto, es de vital importancia que los bebés y niños reciban tanto compresiones como respiraciones durante una RCP de alta calidad.

## Abriendo la vía aérea

Como se explicó en "[Apertura de la vía aérea](#)" en la [Parte 3](#), para que las respiraciones sean efectivas, la vía aérea debe estar abierta. Dos métodos para abrir la vía aérea son las maniobras de inclinación de la cabeza y elevación del mentón, y la tracción mandibular.

Al igual que con los adultos, si sospecha una lesión cervical, utilice la maniobra de tracción mandibular. Si la tracción mandibular no abre la vía aérea, utilice la maniobra de inclinación de cabeza y elevación del mentón.



### Conceptos críticos

#### Mantenga la cabeza del bebé en posición neutra

Si inclina (extiende) la cabeza de un bebé más allá de la posición neutra (para olfatear), podría obstruirle las vías respiratorias. Para maximizar la apertura de las vías respiratorias, coloque al bebé con el cuello en posición neutra, de modo que el conducto auditivo externo quede a la altura de la parte superior de su hombro.

## Suministro de respiraciones y ventilaciones

Utilice un dispositivo de barrera, como una mascarilla de bolsillo, un protector facial o un dispositivo de bolsa-mascarilla, para administrar respiraciones a un bebé o un niño. Consulte la [Parte 3: BLS para adultos](#) para obtener instrucciones detalladas sobre cómo utilizar estos dispositivos.

Al proporcionar ventilación con bolsa-mascarilla a un bebé o un niño, recuerde estos puntos clave:

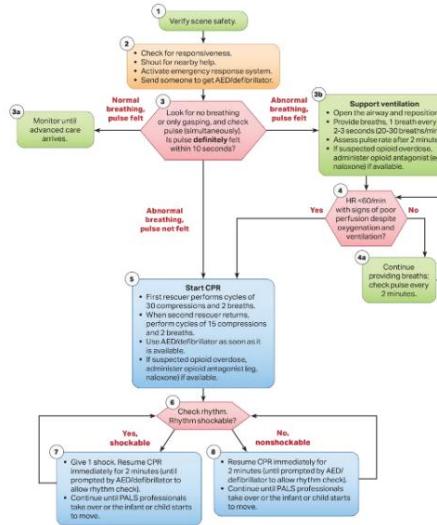
1. Seleccione una bolsa y una mascarilla del tamaño adecuado. La mascarilla debe cubrir completamente la boca y la nariz del bebé o niño, sin taparle los ojos ni extenderse por debajo del borde inferior de la barbilla.
2. Colóquese directamente encima de la cabeza del bebé o niño.
3. Realice una inclinación de la cabeza y elevación del mentón para abrir la vía aérea del bebé o niño. En el caso de un bebé, no hiperextienda el cuello. porque inclinar o extender la cabeza de un bebé más allá de la posición neutra o de olfateo puede bloquear las vías respiratorias del bebé.
4. Use la técnica de pinza EC para sujetar la mascarilla contra el rostro. Presione la mascarilla contra el rostro mientras levanta la mandíbula. creando un sello entre la cara y la máscara (Figura 32).
5. Administrar ventilaciones a bebés o niños pequeños requiere menos volumen y fuerza que administrar respiraciones a adultos.  
Las respiraciones demasiado fuertes tienen mayor potencial de causar traumatismo pulmonar en niños. Aun así, asegúrese de proporcionar suficiente aire para que el pecho se eleve.
6. Conecte el dispositivo bolsa-mascarilla al oxígeno suplementario cuando esté disponible.



Figura 32. Administración de ventilaciones a un bebé mediante un dispositivo de bolsa-mascarilla mientras un segundo reanimador realiza compresiones.

## Algoritmo de BLS pediátrico: 2 o más reanimadores

El algoritmo BLS pediátrico (desde la infancia hasta la pubertad) para profesionales de la salud: 2 o más reanimadores describe los pasos que debe seguir un equipo de varios reanimadores que ayuda a un bebé o niño que no responde (Figura 33).



© 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics

Figura 33. Algoritmo BLS pediátrico (desde bebés hasta la pubertad) para profesionales de la salud: 2 o más reanimadores.

## Secuencia BLS pediátrica: 2 o más reanimadores

Esta es su guía paso a paso para administrar RCP a un bebé o niño que no responde cuando forma parte de un equipo multirescatista (2 o más). Los pasos numerados corresponden a los del Algoritmo de SVB/BLS Pediátrico (Desde lactantes hasta la pubertad) para profesionales de la salud: 2 o más reanimadores (Figura 33).

El primer rescatista que llegue al lado de un bebé o niño inconsciente debe realizar rápidamente los pasos 1 y 2. A medida que lleguen más rescatistas, asigne roles y responsabilidades. Cuando haya más rescatistas disponibles para un intento de reanimación, podrán realizar más tareas simultáneamente.

Paso 1: Verificar la seguridad de la escena.

Asegúrese de que la escena sea segura para usted y el bebé o niño.

Paso 2: Verifique la capacidad de respuesta, grite para pedir ayuda cercana, active el sistema de respuesta a emergencias y envíe a alguien a buscar el DEA/desfibrilador.

- Toca el talón del bebé o los hombros del niño y grita: "¡Oye! ¿Estás bien? ¿Estás bien?"
- Si el bebé o el niño no responde, grite pidiendo ayuda y active el sistema de respuesta de emergencia a través de un teléfono móvil dispositivo, si corresponde.
- El primer rescatista permanece con el bebé o niño mientras el segundo rescatista activa la respuesta de emergencia sistema y recupera el DEA/desfibrilador.

Paso 3: Evalúe la respiración y el pulso.

- A continuación, evalúe al bebé o niño para verificar si respira con normalidad y tiene pulso. Esto le ayudará a determinar la siguiente prueba apropiada. comportamiento.
- Para minimizar el retraso en el inicio de la RCP, debe evaluar la respiración y el pulso al mismo tiempo. Evalúe ambos por al menos menos 5 pero no más de 10 segundos.
- Si el bebé o el niño no respira normalmente y no siente el pulso, pase al paso 5.

Pasos 3a y 3b: Determinar las próximas acciones.

Determine las siguientes acciones según si la respiración es normal y si se siente el pulso:

- Paso 3a: Si el bebé o el niño respira normalmente y se siente el pulso:  
0 – Vigilar al bebé o niño hasta que llegue la atención avanzada
- Paso 3b: Si el bebé o el niño tiene una respiración anormal pero se siente el pulso, administre ventilación de apoyo:

o –Abrir la vía aérea y reposicionar la cabeza si es necesario o –Proporcionar respiraciones, con 1 respiración cada 2 a 3 segundos, o 20 a 30 respiraciones por minuto o –Evaluar la frecuencia del pulso después de 2 minutos o –Si se sospecha una sobredosis de opioides, administrar un antagonista (por ejemplo, naloxona) si está disponible

Paso 4: Evaluar la frecuencia cardíaca.

¿La frecuencia cardíaca es inferior a 60 latidos por minuto (menos de 6 latidos en 10 segundos) con signos de mala perfusión a pesar de la oxigenación y la ventilación? •

Paso 4a: Si no, continúe administrando respiraciones. Compruebe el pulso cada 2 minutos. Reevalúe la frecuencia cardíaca. • Si es así, vaya al paso 5.

Paso 5: Iniciar la RCP. •

El primer reanimador realiza ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones. • Al regresar el segundo reanimador, realizar ciclos de 15 compresiones y 2 respiraciones. • Usar el DEA/desfibrilador en cuanto esté disponible. • Si se sospecha una sobredosis de opioides, administrar un antagonista opioide (p. ej., naloxona) si está disponible.

Paso 6: Verificar el ritmo. ¿Ritmo susceptible a desfibrilación?

Encienda el DEA y siga las instrucciones. Use el DEA/desfibrilador para comprobar el ritmo.

Paso 7: Si el DEA detecta un ritmo desfibrilable, administre una descarga. • Administre una descarga. Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA lo indique para permitir la comprobación del ritmo). • Continúe la RCP y el uso del DEA/desfibrilador hasta que los profesionales de SVAP/PALS se hagan cargo o el bebé o niño comience a respirar, moverse o reaccionar de cualquier otra manera.

Paso 8: Si el DEA detecta un ritmo no desfibrilable, reanude la RCP de alta calidad.

• Reanude inmediatamente la RCP durante 2 minutos (hasta que el DEA lo indique para permitir la verificación del ritmo). • Continúe con la RCP y el uso del DEA/desfibrilador hasta que los profesionales de SVAP/PALS se hagan cargo o el bebé o niño comience a respirar, moverse o reaccionar de alguna otra manera.

## Resumen de componentes de RCP de alta calidad para profesionales de SVB/BLS

Se han revisado todos los componentes de la RCP de alta calidad para adultos, adolescentes, niños y bebés, para profesionales de SVB/BLS. La Tabla 3 muestra todos los componentes de la RCP de alta calidad.

Tabla 3. Resumen de componentes de RCP de alta calidad para profesionales de BLS

Componente	Adultos (pubertad y más allá)	Niños (1 año de edad hasta la pubertad)	Bebés (menores de 1 año, excluidos los recién nacidos)
Verificación de la seguridad de la escena	Asegúrese de que la escena sea segura para los rescatistas y la persona que necesita ayuda.		
Reconocer un paro cardíaco	Comprobar capacidad de respuesta Grita pidiendo ayuda cercana No hay respiración o solo jadeo (es decir, no hay respiración normal) No se siente pulso definido en 10 segundos (La comprobación de la respiración y del pulso debe realizarse simultáneamente durante al menos 5 pero no más de 10 segundos)		
Activación del sistema de respuesta a emergencias	Si tiene un dispositivo móvil disponible, llame a los servicios de emergencia (911)  Si está solo y no tiene un dispositivo móvil, deje que la persona active el sistema de respuesta a emergencias y consiga el DEA/desfibrilador antes de comenzar. RCP De lo contrario, envíe a otra persona y comience la RCP inmediatamente; utilice el DEA/desfibrilador tan pronto como sea posible disponible		
Relación compresión-ventilación sin vía aérea avanzada	1 o 2 rescatistas 30:2	1 rescatador 30:2  2 o más rescatistas 15:2	

Relación compresión-ventilación con vía aérea avanzada	Compresiones continuas a una frecuencia de 100-120/min  Administre 1 respiración cada 6 segundos (10 respiraciones/min)	Compresiones continuas a una frecuencia de 100-120/min  Administre 1 respiración cada 2-3 segundos (20-30 respiraciones/min)	
Tasa de compresión	100-120/min		
Profundidad de compresión	Al menos 2 pulgadas (5 cm)*  —	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax  Aproximadamente 2 pulgadas (5 cm)	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax  Aproximadamente 1½ pulgadas (4 cm)
Colocación de la mano	2 manos en el centro del pecho, en la mitad inferior del esternón	1 o 2 manos en el centro del pecho, en la mitad inferior del esternón	Utilice la técnica del talón de una mano o la técnica de las dos manos rodeando con el pulgar.
Retroceso del pecho	Permita que el pecho retroceda completamente después de cada compresión; no se apoye sobre el pecho después de cada compresión		
Minimizar las interrupciones	Límite las interrupciones en las compresiones torácicas a menos de 10 segundos con un objetivo de CCF de al menos el 60 %		

\*La profundidad de compresión no debe ser mayor a 2,4 pulgadas (6 cm).

## Parte

# DEA para bebés y niños menores de 8 años

Los rescatistas pueden usar un DEA al intentar reanimar a bebés y niños menores de 8 años. Esta sección le ayudará a comprender cómo usar un DEA para bebés y niños de esta edad.

## Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Describir la importancia del uso temprano de un DEA
- Demostrar cómo utilizar un DEA

## Conozca su DEA

Aunque todos los DEA funcionan básicamente de la misma manera, el equipo varía según el modelo y el fabricante. Debe familiarizarse con el DEA que se utiliza en su entorno.

Consulte [Operación de un DEA: Pasos universales](#) en la [Parte 4](#).

## DEA con capacidad pediátrica para dosis de choque reducidas

La mayoría de los modelos de DEA están diseñados para intentos de reanimación tanto pediátrica como adulta. Estos DEA administran una dosis de choque reducida cuando se utilizan palas pediátricas.

Una forma común de reducir la dosis de descarga es conectar un atenuador de dosis pediátrico al DEA (Figura 34). [Un atenuador](#) reduce la dosis de descarga en aproximadamente dos tercios. Normalmente, un atenuador administra la descarga reducida mediante parches pediátricos. Un atenuador de dosis pediátrico suele venir preconectado a los parches pediátricos.



Figura 34. Un atenuador de dosis pediátrico reduce la dosis de choque que administra un DEA. Este atenuador utiliza parches infantiles.

## Elección y colocación de los parches del DEA

Utilice compresas infantiles, si están disponibles, para bebés y niños menores de 8 años. Si no dispone de compresas infantiles, utilice compresas para adultos.

Asegúrese de que las almohadillas no se toquen ni se superpongan. Las almohadillas para adultos administran una dosis de descarga mayor, pero una dosis de descarga mayor es mejor que ninguna.

Para la colocación de las almohadillas, siga las instrucciones del fabricante del DEA y las ilustraciones de las almohadillas. Algunos DEA requieren la colocación de las almohadillas infantiles en posición anteroposterior (AP) (Figuras 35A y 35B), mientras que otros requieren una colocación anterolateral (derecha-izquierda) (Figura 35C). En bebés, la colocación anterolateral es común. Consulte Conceptos críticos: Opciones de colocación de las almohadillas del DEA en la Parte 4.

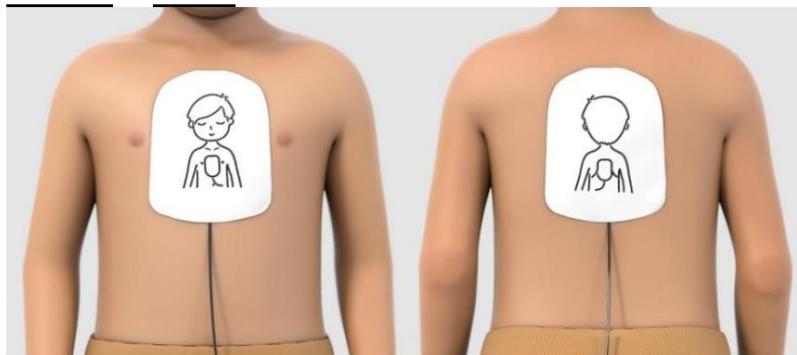


Figura 35A. Colocación de la almohadilla del DEA en un niño, con una almohadilla colocada anteriormente en el centro del pecho desnudo y la otra almohadilla colocada posteriormente en el centro de la espalda.

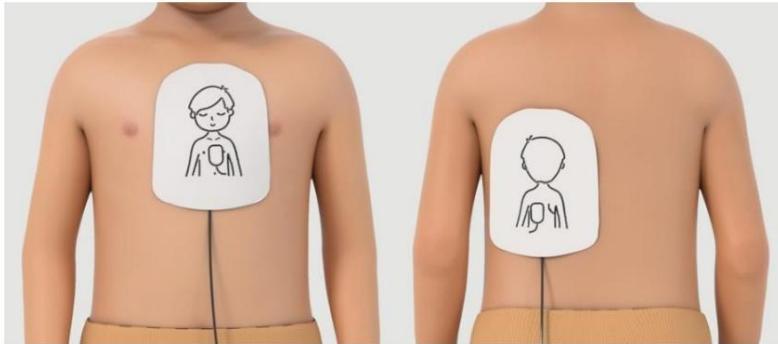


Figura 35B. Colocación de la almohadilla del DEA en un niño, con una almohadilla colocada en el lado izquierdo del pecho, entre el lado izquierdo del esternón y el pezón izquierdo, y la otra almohadilla colocada en el lado izquierdo de la espalda, junto a la columna.



Figura 35C. Colocación anterolateral de la almohadilla del DEA en un niño, con una almohadilla colocada verticalmente en la parte superior derecha del pecho, justo debajo de la clavícula, y la otra almohadilla colocada horizontalmente en las costillas laterales izquierdas, con el centro de la almohadilla debajo de la axila en la línea medioaxilar.

## Uso de DEA en niños de 8 años hasta la pubertad

- Utilice el DEA tan pronto como esté disponible.
- Use parches para adultos ([Figura 36](#)). No use parches para niños, ya que probablemente le darán una dosis de choque demasiado baja.
- Coloque las almohadillas como se ilustra en las almohadillas.

Coloque las almohadillas directamente sobre la piel. Evite que se toquen o se superpongan, y no las coloque sobre la ropa.



Figura 36. Almohadillas de DEA para adultos.

## Uso de DEA en bebés y niños menores de 8 años

- Use el DEA en cuanto esté disponible. • Use parches para niños (Figura 37) si están disponibles. Si no tiene parches para niños, puede usar parches para adultos. Coloque los parches de forma que no se toquen entre sí.
- Si el DEA tiene una llave o interruptor que administra una dosis de choque para niños, gire la llave o el interruptor. • Coloque las almohadillas como se muestra en la ilustración. • Coloque las almohadillas directamente sobre la piel y no las coloque sobre la ropa.

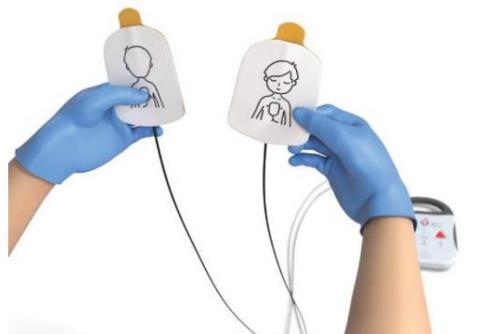


Figura 37. Almohadillas de DEA para niños.

## Uso de DEA en bebés

Para bebés, se prefiere un desfibrilador manual a un DEA. Un desfibrilador manual tiene más funciones que un DEA y puede proporcionar las dosis de energía más bajas que los bebés suelen necesitar. Este curso no explica cómo usar un desfibrilador manual, una habilidad que requiere capacitación avanzada.

- Cuando no se dispone de un desfibrilador manual, se prefiere un DEA equipado con un atenuador de dosis pediátrico alternativa.
- Si no hay ninguno disponible, puede utilizar un DEA sin un atenuador de dosis pediátrico.



### Conceptos críticos

**Usar parches para adultos o dosis de choque para adultos es mejor que no usar desfibrilador en bebés o niños**

Almohadillas DEA

Si usa un DEA para un bebé o un niño menor de 8 años y no tiene electrodos para niños, puede usar electrodos para adultos. Para evitar que los electrodos se toquen entre sí ni se superpongan, es posible que deba colocarlos en posición AP.

Dosis de choque

Si el DEA que está utilizando no puede administrar una dosis pediátrica, utilice la dosis para adultos.

## Parte 8

### Técnicas de ventilación alternativas

Como profesional de SVB/BLS, es posible que se le solicite que ayude a realizar RCP en situaciones que requieran técnicas de ventilación alternativas. Si asiste a profesionales de SVA, deberá conocer las modificaciones de las compresiones y las respiraciones una vez colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea. Si una persona no responde ni respira, pero tiene pulso, deberá saber cómo administrar respiraciones. Si no dispone de un dispositivo de bolsa-mascarilla, podría necesitar administrar respiración boca a boca o boca a nariz.

#### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Demostrar respiraciones o ventilaciones efectivas

#### Vías aéreas avanzadas

Esta sección explica las modificaciones que los reanimadores deben realizar en las compresiones y ventilaciones cuando se coloca un dispositivo avanzado para la vía aérea. Este dispositivo previene la obstrucción de las vías respiratorias y proporciona una vía para una oxigenación y ventilación más eficaces. Algunos ejemplos de vías respiratorias avanzadas son la vía aérea con máscara laringea, el dispositivo de vía aérea supraglótica y el tubo endotraqueal.

La Tabla 4 resume la relación compresión-ventilación con y sin vía aérea avanzada para adultos, niños y bebés.

Tabla 4. Relación compresión-ventilación durante la RCP con y sin dispositivo avanzado para la vía aérea

Técnica de ventilación	Compresiones a respiraciones (adulto)	Compresiones a respiraciones (bebé y niño)
No hay vía aérea avanzada colocada (por ejemplo, boca a boca, dispositivo de bolsa-mascarilla, mascarilla de bolsillo; con o sin vías respiratorias orales o nasales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de compresión de 100-120/min</li> <li>• Relación de 30 compresiones por 2 respiraciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de compresión de 100-120/min</li> <li>• Relación: <ul style="list-style-type: none"> <li>o –1 reanimador: 30 compresiones a 2 respiraciones</li> <li>o –2 rescatistas: 15 compresiones a 2 respiraciones</li> </ul> </li> </ul>
Vía aérea avanzada colocada (p. ej., máscara laríngea, dispositivo supraglótico para vías respiratorias, tubo endotraqueal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de compresión de 100-120/min</li> <li>• Compresiones continuas sin pausas para las ventilaciones.</li> <li>• Ventilación: <ul style="list-style-type: none"> <li>o –Adulto: 1 ventilación cada 6 segundos</li> <li>o –Lactante y niño: 1 ventilación cada 2-3 segundos</li> </ul> </li> </ul>	

## Respiraciones y ventilaciones con pulso

Las respiraciones son necesarias con mayor frecuencia en caso de paro cardíaco debido a emergencias respiratorias. Deberá administrar respiraciones a una persona que no responde, que tiene pulso pero no respira. Puede administrar respiraciones utilizando un dispositivo de barrera, como una mascarilla de bolsillo, una pantalla facial o una bolsa-mascarilla. Si no dispone de equipo de emergencia, puede administrar respiraciones mediante la técnica boca a boca o la técnica boca a boca y nariz.

### Cómo proporcionar respiraciones a adultos, bebés y niños

#### Para adultos

- –Administrar 1 respiración cada 6 segundos.
- –Dale a cada respiración más de 1 segundo de duración.
- –Cada respiración debe producir una elevación visible del pecho.
- –Controle el pulso cada 2 minutos aproximadamente.

#### Para bebés y niños

- –Administre 1 respiración cada 2 a 3 segundos. • –  
Administre cada respiración durante 1 segundo.
- –Cada respiración debe producir una elevación visible del pecho. • –Controle el pulso aproximadamente cada 2 minutos.

## Cuándo pasar de solo proporcionar respiraciones a proporcionar RCP a un bebé o un niño

Cuando solo esté proporcionando respiraciones, comience la RCP (compresiones y respiraciones) si observa lo siguiente:

Signos de mala perfusión en un bebé a pesar de proporcionar oxigenación y ventilación efectivas • Ya no se siente el pulso



### Conceptos críticos

Paro respiratorio • El paro

respiratorio ocurre cuando se detiene la respiración normal, lo que impide el suministro esencial de oxígeno y dióxido de carbono. intercambio. La falta de oxígeno en el cerebro eventualmente hace que una persona pierda la capacidad de responder.

- Los rescatistas pueden identificar un paro respiratorio si están presentes todos los signos siguientes:
  - o – La persona no responde o – La persona no respira o solo jadea o – La persona todavía tiene pulso
- El paro respiratorio es una emergencia. Sin tratamiento inmediato, puede provocar lesión cerebral, paro cardíaco y muerte.
- En ciertas situaciones, incluidas las emergencias potencialmente mortales asociadas a opioides, el paro respiratorio es potencialmente mortal. Reversible si los reanimadores lo tratan a tiempo. (Consulte la Parte 9 para obtener más información sobre los opioides).
- Los proveedores de BLS deben poder identificar rápidamente un paro respiratorio, activar el sistema de respuesta a emergencias y Inicie la respiración artificial. Una acción rápida puede prevenir un paro cardíaco.

## Técnicas para administrar respiraciones sin dispositivo de barrera

Muchos paros cardíacos ocurren en entornos donde no se dispone de equipo de rescate. Esta sección describe técnicas para administrar respiraciones cuando no se dispone de un dispositivo de barrera, como una mascarilla de bolsillo o una mascarilla con bolsa.

## Técnicas de respiración para adultos y niños

- Boca a boca

- Boca a nariz o boca a estoma

## Respiración boca a boca para adultos y niños

La respiración boca a boca es una técnica rápida y eficaz para administrar oxígeno a un adulto o niño que no responde. Siga estos pasos para administrar respiración boca a boca a adultos y niños:

1. Mantenga abiertas las vías respiratorias de la persona inclinando la cabeza y levantando el mentón.
2. Cierre la nariz con el pulgar y el índice (utilizando la mano que está en la frente).
3. Respire regularmente (no profundamente) y selle sus labios alrededor de la boca de la persona, creando un sellado hermético (Figura 38).
4. Inhale una vez durante un segundo. Observe cómo el pecho se eleva al inhalar.
5. Si el pecho no se eleva, repita el ejercicio de inclinación de cabeza y elevación del mentón.
6. Dé una segunda bocanada de aire (sople durante aproximadamente 1 segundo). Observe si el pecho se eleva.
7. Si no puede ventilar a la persona después de 2 intentos, vuelva rápidamente a las compresiones torácicas.



Figura 38. Respiraciones boca a boca.

## Técnicas de respiración para bebés

Utilice una de las siguientes técnicas para dar respiraciones a los bebés:

- Boca a boca y nariz
- Boca a boca

La técnica preferida para bebés es la respiración boca a boca y nariz. Sin embargo, si no puede cubrirle la nariz y la boca con la boca, utilice la respiración boca a boca.

### Técnica boca a boca y nariz

1. Mantenga la cabeza inclinada y el mentón elevado para mantener abiertas las vías respiratorias.
2. Coloque su boca sobre la boca y la nariz del bebé y cree un sello hermético (Figura 39).
3. Sople en la boca y la nariz del bebé (haciendo una pausa para inhalar entre respiraciones), lo suficiente para que el pecho se eleve con cada respiración.
4. Si el pecho no se eleva, repita la inclinación de la cabeza y la elevación del mentón para reabrir la vía aérea y luego intente de nuevo administrar una respiración que eleve el pecho. Puede ser necesario mover la cabeza del bebé en diversas posiciones para proporcionar respiraciones efectivas.  
Cuando la vía aérea esté abierta, administre respiraciones que eleven el pecho.



Figura 39. Respiraciones boca a boca y nariz para un bebé.

### Técnica boca a boca

1. Mantenga la cabeza inclinada y el mentón elevado para mantener abiertas las vías respiratorias.
2. Presione firmemente la nariz del bebé con el pulgar y el índice.
3. Hacer un sello boca a boca.
4. Realice cada respiración boca a boca, asegurándose de que el pecho se eleve con cada respiración.
5. Si el tórax no se eleva, repita la inclinación de la cabeza y la elevación del mentón para reabrir la vía aérea. Puede ser necesario mover el...  
Coloque la cabeza del bebé en diversas posiciones para proporcionar respiraciones eficaces. Cuando la vía aérea esté abierta, administre respiraciones que eleven el pecho.

## Precaución: Riesgo de inflación gástrica

Si se administran respiraciones demasiado rápidas o con demasiada fuerza, es probable que el aire entre al estómago en lugar de a los pulmones. Esto puede causar distensión gástrica (llenado de aire en el estómago).

La distensión gástrica se desarrolla con frecuencia durante la ventilación boca a boca, boca a mascarilla o bolsa-mascarilla. Puede causar complicaciones graves. Para reducir el riesgo de distensión gástrica, evite administrar respiraciones demasiado rápidas, forzadas o con un volumen excesivo.

Pero incluso si usted administra respiraciones correctamente durante una RCP de alta calidad, aún puede desarrollarse inflación gástrica.

Para reducir el riesgo de inflación gástrica

- Dar cada respiración durante 1 segundo
- Entregue solo el aire suficiente para que el pecho de la persona se eleve.

## Parte 9

# Emergencia asociada a opioides

Las muertes relacionadas con el consumo de opioides están aumentando. En Estados Unidos, la sobredosis de drogas por opioides es una de las principales causas de muerte por lesiones. La sobredosis de opioides puede ocurrir en cualquier persona que consuma opioides o tenga acceso a ellos. La sobredosis no intencional puede ocurrir en cualquier momento, a cualquier persona de cualquier edad y en cualquier lugar.

Dada esta crisis actual, es importante saber qué hacer si sospecha una emergencia asociada a opioides (sobredosis de opioides) en una persona que no responde.

## Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Describir cómo ayudar a alguien en una emergencia asociada a opioides.

## ¿Qué son los opioides?

Las sobredosis de opioides son una de las principales causas de paro cardíaco en jóvenes. Los opioides son un tipo de fármacos altamente adictivos que se recetan principalmente para aliviar el dolor. Se pueden recetar medicamentos como la morfina, la codeína, la oxicodona, la hidrocodona, el fentanilo, la hidromorfona y la buprenorfina.

Los opioides, como la heroína y el fentanilo, también pueden producirse u obtenerse ilegalmente. Muchas sustancias ilegales se mezclan con opioides, por lo que alguien podría consumirlos sin siquiera saberlo.

Los opioides afectan el tronco encefálico, que controla la respiración. En dosis altas, suprimen el impulso natural del cerebro para respirar, lo que causa depresión respiratoria, ralentiza la frecuencia cardíaca y puede provocar un paro cardíaco. Este estado hipóxico puede causar daño cerebral incluso antes de que el corazón deje de latir.

La naloxona es un medicamento que puede revertir los efectos de los opioides y restaurar la respiración normal. Es seguro administrarla incluso si no se sabe con certeza qué fármaco consumía la persona. Las vías más comunes de administración de naloxona son la intravenosa, la intramuscular y la intransal.

## Uso indebido de opioides

Mucha gente cree que el consumo problemático de opioides solo ocurre cuando alguien consume un opioide producido u obtenido ilegalmente. Sin embargo, pueden surgir problemas cuando alguien:

- Toma más medicamento del recetado (ya sea intencional o accidentalmente);
- Toma un opioide recetado a otra persona ;
- Combina opioides con alcohol u otras drogas, como tranquilizantes o pastillas para dormir;
- Tiene ciertas afecciones médicas, como función hepática reducida o apnea del sueño;
- Tiene más de 65 años.

## Cómo identificar una emergencia asociada a opioides

### Evaluación de la escena

La evaluación del lugar de los hechos es una herramienta importante para identificar si los opioides pueden estar involucrados en una emergencia potencialmente mortal. Es fundamental evaluar el lugar de los hechos y los peligros potenciales. Para evaluar el lugar de los hechos en busca de una posible sobredosis

- de opioides, utilice estas estrategias:
- Comuníquese con los rescatistas legos: Haga preguntas como "¿Alguien tiene alguna información sobre lo que...?" "¿Qué pasó?" y "¿Sabes si la persona se llevó algo?"
- Observe a la persona: Busque señales de inyección en la piel, un parche de medicación u otras señales de consumo de opioides.
- Evalúe el entorno: Busque frascos de medicación u otras señales de consumo de opioides.
- Considere la necesidad de EPP adecuado, como guantes.

### Signos de una sobredosis de opioides

Busque los siguientes signos de una sobredosis de opioides:

- Respiración lenta, superficial o nula .
- Sonidos de asfixia o gorgoteo .
- Somnolencia o pérdida del conocimiento .
- Pupilas pequeñas y contraídas .
- Coloración azul o gris de la piel, los labios o las uñas

No demore las acciones para salvar vidas. Tras confirmar la seguridad del lugar, los rescatistas pueden realizar la evaluación simultáneamente con el intento de reanimación.

## Antagonistas opioides

Los antagonistas opioides pueden restaurar la respiración espontánea y los reflejos protectores de las vías respiratorias en adultos y niños con depresión respiratoria o paro respiratorio por sobredosis de opioides. Dos antagonistas opioides, la naloxona y el nalmefeno, están actualmente disponibles para la reversión de una sobredosis de opioides en Estados Unidos. La naloxona está disponible para su compra con o sin receta médica en Estados Unidos y Canadá.

El nalmefeno intranasal solo se vende con receta médica. Hasta la fecha, los datos clínicos publicados son más sólidos para la naloxona que para el nalmefeno.

### Naloxona: antídoto contra la sobredosis de opioides

La naloxona es un medicamento que puede revertir los efectos de los opioides y restablecer la respiración normal. Es seguro administrarla incluso si no se sabe con certeza qué fármaco consumía la persona. Las vías habituales de administración de naloxona son la intravenosa, la intramuscular y la intranasal. Dada la potencia de los opiáceos, es posible que sea necesario administrar una segunda dosis de naloxona si la persona no responde en un plazo de 2 a 3 minutos después de la primera dosis.

#### Autoinyector de naloxona

Los autoinyectores portátiles de naloxona administran una dosis única mediante una inyección intramuscular.

#### Naloxona intranasal

Un atomizador fácil de usar administra naloxona intranasal directamente en la nariz (Figura 40). Con este método, no hay riesgo de pinchazos.



Figura 40. Dispositivo atomizador fácil de usar para administrar naloxona intranasal a la nariz.

El cuerpo absorbe rápidamente la naloxona intranasal porque la cavidad nasal tiene una superficie relativamente grande de membranas mucosas ricas en capilares.

La Figura 41 muestra cómo administrar naloxona. Primero, sostenga el cartucho con el pulgar en la parte inferior del émbolo y los dedos índice y medio a ambos lados de la boquilla. Luego, inserte la punta de la boquilla en la fosa nasal de la persona. Mantenga presionado el émbolo para administrar la dosis completa. Después de vaciar el cartucho, retire la boquilla de la fosa nasal de la persona y Desechar. Cada cartucho contiene solo una dosis, por lo que necesitará otro cartucho para administrar una segunda dosis.



Figura 41. Administración de aerosol de naloxona.



### Conceptos críticos

### Qué hacer ante una emergencia asociada a opioides

Si sospecha una emergencia asociada a opioides, haga lo siguiente:

- Si la persona tiene un pulso definido pero no respira normalmente: Proporcione respiraciones y administre naloxona según corresponda. Siga las instrucciones del paquete y el protocolo local. Monitoree la respuesta.

Si la persona sufre un paro cardíaco y sospecha una sobredosis de opioides: Inicie la RCP. Considere administrar naloxona según las instrucciones del envase y el protocolo local. Tenga en cuenta que, en el caso de quienes sufren un paro cardíaco por sobredosis de opioides, se desconoce el efecto de la administración de naloxona y la prioridad debe ser proporcionar una RCP de alta calidad.

## Sistemas de respuesta asociados a opioides

El primer rescatista que llegue al lado de una persona inconsciente y sospeche el consumo de opioides debe seguir estos pasos rápidamente. Como en cualquier emergencia potencialmente mortal, no demore las acciones para salvarle la vida.

Para los rescatistas de atención médica capacitados que asisten con una sospecha de sobredosis de opioides en un adulto, haga lo siguiente:

- Si la persona no respira normalmente pero tiene pulso o –

Proporcione 1 respiración cada 6 segundos o 10 respiraciones por minuto o –

Controle el pulso cada 2 minutos; si no hay pulso, inicie la RCP o –

- Si se sospecha una sobredosis de opioides, administre un antagonista opioide (p. ej., naloxona) si está disponible
- Si la persona no respira normalmente y no tiene pulso o – Realice ciclos de 30

compresiones y 2 respiraciones o – Use el DEA/desfibrilador tan pronto como esté disponible o – Si se sospecha una sobredosis de

opioides, considere un antagonista opioide (p. ej., naloxona)

Para los reanimadores legos que asisten ante una presunta sobredosis de opioides en un adulto, haga lo

- Active el sistema de respuesta a emergencias y consiga un DEA/desfibrilador.
- Inicie la RCP..

Utilice el DEA/desfibrilador en cuanto esté disponible.

- Si se sospecha una sobredosis de opioides, considere un antagonista opioide (p. ej., naloxona).
- Reanude la RCP.

## Parte 10

### Otras emergencias potencialmente mortales

Es posible que se convoque a los proveedores de BLS para responder a emergencias médicas potencialmente mortales que aún no hayan progresado a un paro cardíaco. Algunas de estas emergencias son ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, ahogamientos y anafilaxia. Puedes salvar una vida si reconoces lo que hay que hacer y actúas con rapidez.

#### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Reconocer los signos de un ataque cardíaco
- Describir acciones para ayudar a alguien que sufre un ataque cardíaco.
- Reconocer los signos de un accidente cerebrovascular
- Describir acciones para ayudar a alguien que sufre un derrame cerebral.
- Analice ejemplos de cómo adaptar las acciones de rescate en función de la causa del paro cardíaco.
- Describe la cadena de supervivencia del ahogamiento.
- Describir las acciones para ayudar a una persona que sufre un paro cardíaco después de ahogarse.
- Reconocer signos de una reacción alérgica grave y anafilaxia
- Describir las acciones para ayudar a alguien que sufre una reacción alérgica grave y anafilaxia.
- Describir cómo utilizar un autoinyector de epinefrina

#### Infarto de miocardio

Las enfermedades cardíacas han sido la principal causa de muerte en Estados Unidos, tanto en hombres como en mujeres, durante décadas. Cada 40 segundos, una persona en Estados Unidos sufre un infarto.

Un ataque cardíaco ocurre cuando se forma un bloqueo o hay un espasmo severo en un vaso sanguíneo que restringe el flujo de sangre y Oxígeno al músculo cardíaco. Durante un infarto, el corazón suele seguir bombeando sangre. Sin embargo, cuanto más tiempo pase la persona con un infarto sin tratamiento para restablecer el flujo sanguíneo, mayor será el posible daño al músculo cardíaco. En ocasiones, el músculo cardíaco dañado desencadena un ritmo anormal que puede provocar un paro cardíaco repentino.

## Señales de un ataque cardíaco

Los signos de un ataque cardíaco pueden variar según la raza, la etnia, el género y la edad. Pueden presentarse de repente e ser intensos. Sin embargo, muchos ataques cardíacos comienzan lentamente con dolor o molestias leves. Active el sistema de respuesta a emergencias si alguien presenta signos de un ataque cardíaco (Figura 42):

- Molestias en el pecho: la mayoría de los ataques cardíacos implican molestias en el centro del pecho que duran más de unos pocos minutos. minutos y, a menudo, no se alivia con el descanso. La molestia puede desaparecer con el descanso y luego regresar. Puede sentirse como una presión incómoda, opresión, sensación de plenitud o dolor.
- Malestar en otras áreas de la parte superior del cuerpo: Los síntomas pueden incluir dolor o malestar en el brazo izquierdo. (comúnmente) pero puede ocurrir en ambos brazos, la parte superior de la espalda, el cuello, la mandíbula o el estómago.
- Dificultad para respirar: Esto puede ocurrir con o sin molestias en el pecho.
- Otros signos: aparición de sudor frío, náuseas, vómitos o mareos son otros signos.

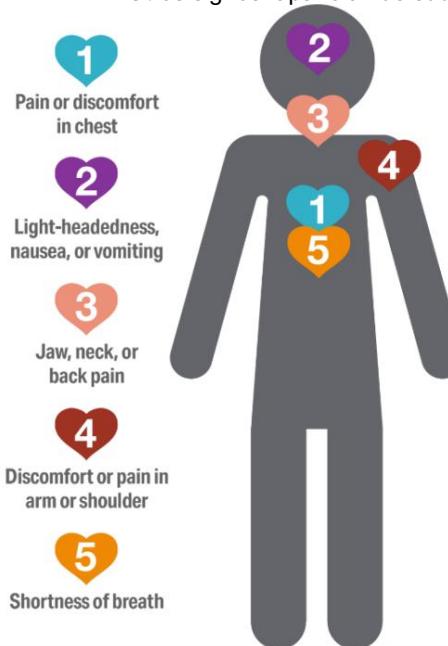


Figura 42. Signos de advertencia comunes de un ataque cardíaco.

Las mujeres, las personas mayores o las personas con diabetes son más propensas a presentar síntomas menos comunes de un infarto, como dificultad para respirar, debilidad, fatiga inusual, sudor frío y mareos. Las mujeres que refieren molestias en el pecho pueden describirlas como presión, dolor o tensión, en lugar de dolor.

Otros signos menos típicos son acidez estomacal o indigestión; molestias en la espalda, la mandíbula, el cuello o los hombros; y náuseas o vómitos. Las personas con dificultades para comunicarse pueden no ser capaces de articular los signos de un infarto.

#### Ataque cardíaco y paro cardíaco repentino

La gente suele utilizar los términos ataque cardíaco y paro cardíaco indistintamente, pero no son lo mismo.

- Un ataque cardíaco es un problema de flujo sanguíneo. Se produce porque una obstrucción o espasmo en un vaso sanguíneo restringe gravemente o corta el flujo de sangre y oxígeno al músculo cardíaco.
- El paro cardíaco repentino suele ser un problema de ritmo cardíaco. Ocurre cuando el corazón desarrolla un ritmo anormal. Este ritmo anormal hace que el corazón tiemble o se detenga por completo y deje de bombear sangre al cerebro, los pulmones y otros órganos.

En cuestión de segundos, una persona en paro cardíaco pierde la conciencia y no respira o solo jadea. La muerte ocurre en minutos si no recibe tratamiento inmediato para salvarle la vida.

Un ataque cardíaco es más frecuente que un paro cardíaco. Aunque la mayoría de los ataques cardíacos no provocan un paro cardíaco, son una causa común. Otras afecciones que alteran el ritmo cardíaco también pueden provocar un paro cardíaco.

#### Obstáculos para el tratamiento que salva vidas

El reconocimiento, la intervención y el traslado tempranos de una persona con sospecha de infarto son fundamentales. El acceso temprano al sistema de emergencias médicas (SME) suele retrasarse porque tanto la persona como los reanimadores no profesionales no reconocen los signos de un infarto.

Los profesionales médicos de emergencia pueden brindar un tratamiento que salve vidas durante el camino al hospital, ahorrando así minutos valiosos y músculo cardíaco.

Mucha gente no admite que su malestar pueda deberse a un infarto. Suelen decir cosas como las siguientes:

- "Soy demasiado saludable" o "Soy demasiado joven".
- "No quiero molestar al médico".
- "No quiero asustar a mi cónyuge".
- "Me sentiré tonto si no es un ataque al corazón".
- "Es sólo una indigestión".

Si sospecha que alguien está sufriendo un infarto, actúe con rapidez y active el sistema de emergencias. No lo dude.

Incluso si la persona no quiere admitir la incomodidad.

## Acciones para ayudar a alguien que sufre un ataque cardíaco

Un infarto es una emergencia urgente. Cada minuto cuenta. Si cree que alguien está sufriendo un infarto, haga lo siguiente:

1. Haga que la persona se siente y mantenga la calma.
2. Active el sistema de respuesta a emergencias o pídale a alguien que lo haga. Consiga el botiquín de primeros auxilios y el DEA si está disponible.
3. Anime a los adultos con dolor de pecho a masticar y tragar aspirina (162-325 mg), a menos que tengan alergia a la aspirina o un profesional de la salud les haya indicado que no la tomen. Si no está seguro de si se le puede administrar aspirina, espere a que llegue el equipo de atención avanzada.
4. Si la persona no responde y no respira o sólo jadea, comience la RCP.

## Sistema de Atención

El tratamiento eficaz de un infarto requiere un sistema de atención bien coordinado y oportuno. "¡El tiempo es músculo!" Cada minuto cuenta.

Cuento más tiempo espera el tratamiento una persona que sufre un infarto, mayor es el daño al músculo cardíaco. Las intervenciones oportunas de los profesionales sanitarios en el hospital para abrir el vaso sanguíneo coronario obstruido pueden determinar la magnitud del daño al músculo cardíaco. Una intervención común es el tratamiento no quirúrgico en el laboratorio de cateterismo cardíaco. La administración de un medicamento intravenoso en urgencias es otra intervención.

Las acciones de los profesionales de la salud durante las primeras horas posteriores a un infarto determinan cuánto se beneficiará la persona del tratamiento. El objetivo es reducir el tiempo desde la aparición de los síntomas hasta la resolución de la obstrucción. Estos son los pasos en

El sistema de atención extrahospitalaria para el ataque cardíaco:

- Reconocimiento temprano y llamada de ayuda: Cuanto más rápido los socorristas o la familia reconozcan las señales de advertencia de Cuanto antes se produzca un infarto, antes se podrá iniciar el tratamiento. El sistema de respuesta a emergencias debe activarse de inmediato para el triaje y el traslado. Los familiares no deben llevar al hospital a la persona con sospecha de infarto, ni esta debe conducir ella misma. El personal de emergencias puede realizar algunas intervenciones en el lugar del incidente o durante el traslado, lo que reduce la demora en el tratamiento definitivo en el hospital.

Administración temprana de oxígeno (si corresponde): Los profesionales de SVB deben administrar oxígeno si el paciente presenta dificultad para respirar, signos evidentes de insuficiencia cardíaca o una saturación arterial de oxígeno inferior al 90 % o desconocida. Ajuste la oxigenoterapia a una saturación de oxihemoglobina del 90 % o superior, monitorizada de forma no invasiva. No se ha demostrado la utilidad de la oxigenoterapia suplementaria en pacientes con infarto de miocardio con niveles normales de oxígeno, por lo que se debe considerar suspender la administración de oxígeno en estos pacientes.

- Evaluación EMS temprana y ECG de 12 derivaciones: El ECG de 12 derivaciones es el componente central para el triaje de pacientes con Molestias en el pecho. Cuando los servicios médicos de urgencias pueden realizar un ECG de 12 derivaciones y transmitir los resultados al hospital receptor, se reduce el tiempo de tratamiento. El ECG puede realizarse en el lugar del accidente o durante el traslado.

- Identificación temprana de un ataque cardíaco: una vez que el SEM confirma un ataque cardíaco, se comunican con profesionales de atención avanzada y transportan al paciente al hospital más apropiado.
- Notificación temprana: EMS notifica al centro receptor lo antes posible sobre la llegada de un paciente con un ataque cardíaco.  
El equipo del laboratorio de cateterismo se activa antes de la llegada del paciente. La activación del SEM del laboratorio de cateterismo cardíaco acelera el diagnóstico y la intervención.
- Intervención temprana: Las intervenciones de tratamiento son sensibles al tiempo y las intervenciones específicas tienen objetivos basados en el tiempo para maximizar la eficacia.



## Conceptos críticos

### El tiempo es músculo del corazón

- El reconocimiento temprano, la activación temprana del SEM, el transporte temprano por parte del SEM y la intervención temprana para alguien con sospecha de ataque cardíaco son fundamentales.

Aprenda a reconocer las señales de un infarto. Active el sistema de respuesta a emergencias sin demora. Administre aspirina si está indicado. Esté preparado para iniciar la RCP si la persona pierde el conocimiento.

## Ataque

El accidente cerebrovascular es un problema de salud mundial. Es la segunda causa principal de muerte en el mundo y la tercera causa principal de muerte y discapacidad combinadas.

Un accidente cerebrovascular ocurre cuando se interrumpe el flujo sanguíneo a una parte del cerebro. La mayoría de los accidentes cerebrovasculares ocurren si se obstruye una arteria cerebral (accidente cerebrovascular isquémico), pero algunos ocurren cuando se rompe un vaso sanguíneo (accidente cerebrovascular hemorrágico). Las células cerebrales comienzan a morir en cuestión de minutos sin sangre ni oxígeno. El tratamiento en las primeras horas después de un accidente cerebrovascular puede reducir el daño cerebral y mejorar la recuperación.

Señales de advertencia de un accidente cerebrovascular

Utilice el método FAST para reconocer y recordar las señales de advertencia de un accidente cerebrovascular (Tabla 5). FAST significa cara caída, debilidad en los brazos, dificultad para hablar y tiempo para llamar al 911. Si observa alguna de estas señales, actúe RÁPIDAMENTE.

Tabla 5. Detecta un accidente cerebrovascular RÁPIDO

Carta

Señales de advertencia de un accidente cerebrovascular

F	Cara caída: ¿Tiene un lado de la cara caído o entumecido? Pídale a la persona que sonría. ¿Tiene la sonrisa torcida?
A	Debilidad en el brazo: ¿Tiene un brazo débil o entumecido? Pídale a la persona que levante ambos brazos. ¿Tiene un brazo caído?
S	Dificultad para hablar: ¿Habla arrastrando las palabras? ¿La persona no puede hablar o le cuesta entender? Pídale que repita una frase sencilla como "El cielo es azul". ¿Repite la frase correctamente?
T	Es hora de llamar al 911 y anotar la hora de inicio de los síntomas: Si la persona presenta alguno de estos síntomas, incluso si desaparecen, llame al 911 y llévela al hospital de inmediato. Recuerde anotar la hora de inicio de los síntomas.

#### Otros signos de accidente cerebrovascular

Esté alerta a otros signos comunes de accidente cerebrovascular, como:

- Mareos repentinos, dificultad para caminar o pérdida del equilibrio o la coordinación.
- Dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos
- Dolor de cabeza repentino y severo sin causa conocida
- Entumecimiento repentino de la cara, el brazo o la pierna.
- Debilidad repentina en una parte del cuerpo.
- Confusión repentina o dificultad para comprender a los demás.

En algunos casos, los síntomas de un accidente cerebrovascular pueden resolverse por sí solos, como en un accidente isquémico transitorio (AIT). En un AIT, un coágulo que ha bloqueado el flujo sanguíneo al cerebro se resuelve espontáneamente, permitiendo que el flujo sanguíneo se reanude. Los pacientes con sospecha de AIT deben ser tratados con urgencia y trasladados al hospital para una evaluación adicional.

#### Acciones para ayudar a una persona con un accidente cerebrovascular

Un derrame cerebral es una emergencia urgente. Cada minuto cuenta. Si cree que alguien ha sufrido un derrame cerebral, haga lo siguiente:

1. Evalúe rápidamente a la persona para detectar signos de accidente cerebrovascular utilizando el método FAST (u otra evaluación comparable).
2. Active el sistema de respuesta a emergencias o pida a alguien que lo haga. Llame al 911 y consiga un DEA, si está disponible. Si alguien más está con usted, pídale que llame al 911 y consiga el DEA mientras usted permanece con la persona que está sufriendo el derrame cerebral.
3. Ayude a la persona a sentarse o acostarse de forma segura y sin riesgo de caídas o lesiones. Anote la hora de inicio de los síntomas.  
(última normalidad conocida).

4. Permanezca con la persona hasta que llegue alguien con capacitación más avanzada y se haga cargo.
5. Si la persona no responde y no respira normalmente o solo jadea, comience la RCP inmediatamente y Utilice el DEA tan pronto como llegue.

## Sistema de Atención

El tratamiento eficaz del ictus requiere un sistema de atención oportuno y bien coordinado. Cualquier retraso en cualquier etapa limita las opciones de tratamiento. Cuanto más espera un paciente con ictus para recibir tratamiento, más tejido cerebral muere. Los medicamentos y las intervenciones terapéuticas que disuelven un coágulo son sensibles al tiempo y tienen objetivos temporales para maximizar su eficacia. Los profesionales de SVB deben conocer la última hora de recuperación conocida. Este es el momento en el que se supo que el paciente se encontraba bien por última vez sin signos de ictus.

Estos son los pasos del sistema de atención extrahospitalaria para el accidente cerebrovascular:

1. Reconocimiento: Cuanto más rápidamente reconozcan los socorristas o la familia los signos de advertencia de un accidente cerebrovascular ([Tabla 5](#)).  
El tratamiento puede comenzar antes. Los retrasos en la atención pueden limitar la elegibilidad para ciertos tipos de terapia.
2. Despacho de EMS: Alguien debe llamar al 911 y poner en marcha el servicio de EMS lo antes posible. Los familiares deben...  
No transportar ellos mismos a la persona con accidente cerebrovascular al hospital.
3. Identificación, manejo y transporte por parte de EMS: EMS determinará si el paciente muestra signos de un accidente cerebrovascular.  
y obtener antecedentes médicos importantes. Iniciarán el manejo y el traslado al siguiente nivel de atención. El servicio de emergencias médicas llamará con anticipación al hospital receptor para alertar a los profesionales de la salud sobre la próxima llegada de un paciente con posible accidente cerebrovascular.
4. Triaje: El paciente debe ser triajeado al centro de atención del ictus más cercano y adecuado. Los algoritmos regionales de triaje prehospitalario deben ayudar al SEM a decidir a dónde debe enviarse cada paciente para recibir atención del ictus. Los destinos para la atención del ictus pueden incluir Centros Integrales de Ictus, Centros de Ictus con Capacidad para Trombectomía, Centros de Atención Primaria de Ictus u Hospitales Preparados para el Ictus Agudo. Las decisiones de traslado pueden basarse en la agudeza del paciente, la gravedad de los síntomas, el momento de inicio de los síntomas, y el tiempo y la distancia hasta el destino.
5. Evaluación y manejo: Una vez que el paciente llega a urgencias, se debe proceder de inmediato a la evaluación y el manejo. Para pacientes con sospecha de accidente cerebrovascular, lo ideal es evitar la urgencia y dirigirse directamente a la sala de neuroimagen.
6. Decisiones sobre el tratamiento: Los profesionales de la salud con experiencia en accidentes cerebrovasculares determinarán la terapia adecuada.
7. Terapia: Los medicamentos y las intervenciones terapéuticas que tratan los accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos son sensibles al tiempo.  
Es fundamental que una persona que sufre un derrame cerebral reciba rápidamente el tratamiento adecuado.



Conceptos críticos  
El tiempo es cerebro

El accidente cerebrovascular es una emergencia urgente. Cada minuto que se retrasa el tratamiento, más tejido cerebral muere. Las prioridades son la detección temprana, la permanencia limitada en el lugar del accidente y el traslado al centro adecuado.

## Ahogo

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se producen alrededor de 236 000 muertes por ahogamiento en todo el mundo. Se han realizado importantes esfuerzos para crear sistemas de prevención, pero en Estados Unidos todavía se producen un promedio de 4000 ahogamientos mortales y 8000 no mortales al año, lo que probablemente sea una subestimación.

En Estados Unidos, el ahogamiento es la principal causa de muerte en niños de 1 a 4 años y la segunda causa de muerte por lesiones en niños de 5 a 14 años. Las lesiones por ahogamiento no mortales pueden causar daño cerebral grave, lo que resulta en discapacidades y pérdida permanente de funciones básicas.

### Cadena de supervivencia por ahogamiento

La competencia acuática es la capacidad de anticipar, evitar y sobrevivir a situaciones comunes de ahogamiento. Implica desarrollar habilidades acuáticas, ser prudente en el agua y ayudar a los demás. La Cadena de Supervivencia en Ahogamientos (Figura 43) puede ayudarle a prevenir ahogamientos, responder con rapidez y eficacia, y potencialmente salvar a alguien que se está ahogando.

### Drowning Chain of Survival

A call to action



Figura 43. Cadena de supervivencia por ahogamiento.

Modificado de Szpilman D, Webber J, Quan L, et al. Creando una cadena de supervivencia tras el ahogamiento. Reanimación. 2014;85:1149-1152. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.05.034

## Prevenir ahogamientos

Desarrollar habilidades como mantenerse a flote, flotar, nadar y saber cómo entrar y salir del agua ayuda a mantener la seguridad de las personas. Ser prudente en el agua implica tener cercas para la piscina, tomar clases de natación, vigilar de cerca a los niños pequeños cerca del agua y usar un chaleco salvavidas aprobado por la Guardia Costera de EE. UU. en aguas abiertas. La mejor medida que puedes tomar es nunca nadar solo.

## Reconocer la angustia

Un nadador en apuros puede gritar, agitarse en el agua o mostrar signos de tener dificultades para mantenerse a flote. Para ayudarlo, primero asegúrese de que la situación sea segura y grite pidiendo ayuda. Pida a alguien que llame al 911 y consiga un DEA.

## Proporcionar flotación

Proporcione al nadador con dificultades una cuerda, una vara o un flotador para que se agarre. La manera más segura de ayudar a una persona que se está ahogando es permanecer fuera del agua para no convertirse en otra persona que necesite ayuda.

## Retirar del agua

Si puede hacerlo sin ponerse en peligro, mueva a la persona a aguas poco profundas, idealmente en una posición plana con la cabeza fuera del agua o completamente fuera del agua.

## Proporcionar atención

Si la persona no responde ni respira, deberá abrirle las vías respiratorias mediante la maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón y luego administrar dos respiraciones boca a boca. Si por alguna razón no puede administrar respiración boca a boca, administre respiración boca a nariz.

Tenga en cuenta que alguien que se zambulló en una piscina o agua con peligros podría sufrir una lesión en la cabeza o la columna vertebral. Si le preocupa... En caso de una posible lesión, utilice la maniobra de empuje de mandíbula en lugar de la maniobra de inclinación de cabeza y elevación del mentón.

Compruebe si hay pulso durante al menos 5 pero no más de 10 segundos.

No se preocupe por limpiar el agua que la persona haya inhalado; no es necesario. Si la persona sigue sin respirar ni responder, podría estar sufriendo un paro cardíaco. Inicie la RCP y utilice un DEA en cuanto tenga un dispositivo disponible.

### Rescatista entrenado vs. Rescatista lego no entrenado

En la circunstancia especial de un paro cardíaco tras ahogamiento, un rescatista capacitado se define como una persona con la capacitación adecuada para realizar la tarea descrita en una recomendación específica. Esto es independiente de la ocupación o del deber ético de respuesta de la persona. Los socorristas, instructores de natación, técnicos de emergencias médicas, paramédicos, policías, bomberos, otros voluntarios y profesionales de la salud fuera de servicio, si cuentan con la capacitación adecuada para la tarea mencionada en la recomendación, se consideran rescatistas capacitados y se espera que respondan de la manera recomendada. Los rescatistas capacitados deben tener la experiencia y la capacitación necesarias para esa tarea de reanimación específica y tener acceso al equipo necesario para realizar la técnica específica.

Un reanimador lego sin formación es una persona que carece de la experiencia necesaria para realizar una tarea específica de reanimación de forma segura. Un profesional de la salud puede considerarse capacitado o no según la habilidad requerida para la tarea recomendada. Por ejemplo, se espera que un profesional de la salud fuera de servicio con formación en SVB y SVA realice compresiones torácicas con respiración artificial. Por otro lado, un profesional de la salud sin experiencia en rescate acuático se considerará no capacitado para la respiración artificial en el agua. El rescate en el agua es una habilidad que los profesionales de la salud no suelen aprender, pero es común en la mayoría de los programas de primeros auxilios acuáticos (p. ej., socorristas).

### Acciones para ayudar a una persona después de un paro cardíaco por ahogamiento

La secuencia BLS para una persona que sufre un paro cardíaco después de ahogarse es diferente de la que se utiliza para un paro cardíaco repentino. El paro cardíaco en una persona que se está ahogando se debe a una grave falta de oxígeno en el cuerpo (paro por asfixia). La prioridad es oxigenar el cerebro, el corazón y otros tejidos, comenzando con respiraciones y luego aplicando compresiones. Sin embargo, en una persona que sufre un paro cardíaco repentino, la RCP comienza con compresiones torácicas y luego respiraciones.

Siga estos pasos junto con el algoritmo BLS para adultos o pediátrico para ayudar a alguien que se ha ahogado y está en paro cardíaco:

1. Pida ayuda. Pida a alguien que active el sistema de respuesta a emergencias. La forma más segura de solicitar ayuda durante un ahogamiento consiste en permanecer fuera del agua, llamar a los servicios de rescate (es decir, un socorrista, un servicio de emergencias médicas), lanzar un flotador y esperar a que llegue un profesional.
2. Compruebe si respira. Si no respira, abra la vía aérea.
3. Dar 2 respiraciones que hagan subir el pecho.
  - a. No intente despejar las vías respiratorias del agua aspirada. La mayoría de las personas que se ahogan solo aspiran una cantidad moderada de agua, que se absorbe rápidamente.

- b. No utilice compresiones abdominales para intentar extraer agua de las vías respiratorias. Estas acciones no son  
No se recomienda y puede ser peligroso.
4. Verifique el pulso después de administrar 2 respiraciones efectivas.
  - a. Si la persona no respira con normalidad, pero tiene pulso, proporcione solo respiraciones. Vuelva a verificar el pulso cada 2 minutos.
  - b. Si no siente el pulso, inicie la RCP.
5. Inicie la RCP con ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones. Realice 5 ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones (aproximadamente 2 minutos) y luego active el sistema de respuesta a emergencias si aún no lo ha hecho. Rescatistas capacitados deben proporcionar oxígeno, si está disponible, a niños y adultos con paro cardíaco tras ahogamiento.
6. Use el DEA en cuanto esté disponible. Conecte el DEA una vez que la persona esté fuera del agua. Seque la zona del pecho rápidamente antes de aplicar las almohadillas del DEA.
7. Siga las indicaciones del DEA. Si no se necesita una descarga y después de administrarla, reanude inmediatamente la RCP, comenzando con compresiones torácicas.

### Vómitos durante la reanimación

La persona podría vomitar mientras le administra respiraciones o compresiones torácicas. Si esto ocurre, colóquela de lado. Si sospecha una lesión medular, gire a la persona de modo que la cabeza, el cuello y el torso queden girados como una unidad. Esto ayudará a proteger la columna cervical. Retire el vómito con el dedo o un paño. Puede usar succión si está dentro de sus posibilidades.

### Transporte

Cualquier persona que haya sufrido un ahogamiento debe ser trasladada por los servicios de emergencias médicas a urgencias para su evaluación y seguimiento. Esto incluye a quienes solo necesitaron respiraciones o a quienes están alerta y parecen haberse recuperado. Si bien la supervivencia es poco común en quienes han estado bajo el agua durante mucho tiempo, se han dado casos de recuperación exitosa, especialmente en agua fría. Por esta razón, los rescatistas deben administrar RCP en el lugar del incidente y la persona debe ser trasladada de acuerdo con los protocolos locales.



#### Conceptos críticos

##### Respiraciones primero

La primera y más importante acción para una persona que se ha ahogado es darle soplos respiratorios lo antes posible. Esto aumenta sus posibilidades de supervivencia.

## Anafilaxia

La mayoría de las reacciones alérgicas son leves. Sin embargo, algunas empeoran hasta llegar a la anafilaxia. La anafilaxia es una reacción alérgica grave que puede ser mortal y requiere tratamiento urgente. El tratamiento puede incluir una inyección de epinefrina.

El reconocimiento rápido es fundamental. Debe poder identificar si una reacción alérgica es leve o grave (anafilaxia).

### Reacción alérgica leve

#### Signos de una reacción alérgica leve

Los signos de una reacción alérgica leve

- son: • Congestión nasal, estornudos y picazón alrededor de los ojos
- Picazón en la piel o las membranas mucosas • Erupción roja y elevada en la piel (urticaria)

Medidas ante una reacción alérgica leve :

- Busque ayuda si es necesario.
- Aleje a la persona del alérgeno si lo conoce (retírela del entorno y lave la piel afectada).
- Pregunte sobre antecedentes de alergia o anafilaxia; busque una pulsera o collar de alerta médica.
- Considere administrar un antihistamínico oral.

Reacción alérgica grave. Una

reacción alérgica grave (anafilaxia) puede ser mortal si no se reconoce y trata de inmediato. La anafilaxia se produce repentinamente tras el contacto con un alérgeno. Algunos alérgenos comunes asociados con la anafilaxia son los medicamentos, el látex, los alimentos y las picaduras de insectos. En la anafilaxia, se ven afectados dos o más sistemas corporales.

#### Signos de una reacción alérgica grave

Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Respiración: sibilancias, sensación de que se cierra la garganta, dificultad para respirar
- Piel: urticaria, sarpullido, hinchazón de labios y cara
- Circulación: signos de mala perfusión (shock), que pueden incluir frecuencia cardíaca muy rápida, cambios en el color de la piel, frío
- piel, no alerta, presión arterial baja, mareos
- Gastrointestinales: calambres estomacales, diarrea, náuseas, vómitos.

## Criterios de anafilaxia

Muchos rescatistas tienen dificultades para reconocer la anafilaxia. Busque los siguientes cuatro criterios:

- Los síntomas aparecen rápidamente y empeoran rápidamente.
- Cambios en la piel, como enrojecimiento, picazón e hinchazón de los labios, la lengua y la cara.
- Problemas potencialmente mortales en las vías respiratorias, la respiración o la circulación.
- Afectación de 2 o más sistemas corporales

Recuerde que los cambios en la piel por sí solos no son un signo de una reacción anafiláctica.

## Autoinyector de epinefrina para la anafilaxia

La epinefrina es un medicamento que puede aliviar temporalmente los problemas potencialmente mortales causados por la anafilaxia. El tratamiento inmediato para la anafilaxia es la epinefrina intramuscular. Está disponible con receta médica en un dispositivo autoinyectable llamado autoinyector de epinefrina. Se recomienda a las personas con anafilaxia conocida que lleven consigo autoinyectores de epinefrina en todo momento.

Existen dos tipos de autoinyectores de epinefrina: los de resorte y los electrónicos. Las dosis varían según el niño o la persona adulta. La inyección de epinefrina se administra en el lateral del muslo, aproximadamente a medio camino entre la cadera y la rodilla. Este es el lugar más seguro para la administración. La epinefrina se puede administrar sobre la piel desnuda o a través de la ropa.

Una persona con un autoinyector de epinefrina generalmente sabrá cómo y cuándo usarlo. Si la persona no puede, puede ayudar a administrar la inyección si el medicamento ha sido recetado por un médico y la ley estatal lo permite.

## Acciones para ayudar a alguien con anafilaxia

La anafilaxia puede ser mortal. Siga estos pasos para ayudar a una persona con sospecha de anafilaxia:

1. Active el sistema de respuesta a emergencias o pídale a alguien que lo haga. Envíe a alguien a buscar a la persona autoinyector(es) de epinefrina.
2. Use o ayude a la persona a usar el autoinyector de epinefrina lo antes posible (Figura 44). Consulte la sección "[Cómo usar](#)" .  
[una sección de autoinyector de epinefrina](#).
3. Envíe a alguien a buscar un DEA.
4. Administre una segunda dosis de epinefrina si los síntomas de la persona continúan y la atención avanzada no llegará en 5 a 10 días. minutos.
5. Si la persona no responde y no respira o sólo jadea, comience la RCP.
6. Si es posible, guarde una muestra de lo que causó la reacción. Entréguesela a quienes respondieron con mayor anticipación.



## Conceptos críticos:

### Acción que salva vidas en caso de anafilaxia

La primera y más importante acción para alguien con sospecha de anafilaxia es administrar una inyección inmediata de epinefrina utilizando un autoinyector de epinefrina.

## Cómo utilizar un autoinyector de epinefrina

Debe conocer la técnica correcta para usar un autoinyector de epinefrina. Algunos dispositivos ofrecen indicaciones de voz para guiar al usuario durante la administración de la dosis de epinefrina.

### Seguridad del dispositivo

Antes de utilizar el autoinyector de epinefrina, examínelo rápidamente para asegurarse de que sea seguro usarlo.

No lo utilice si

- La solución está descolorida (cuando es posible ver el medicamento)
- La ventana transparente del autoinyector es de color rojo.

## Pasos para usar un autoinyector de epinefrina

Siga estos pasos para utilizar correctamente un autoinyector de epinefrina:

1. Siga las instrucciones del dispositivo. Asegúrese de sostener el dispositivo en el puño sin tocar ninguno de los extremos, ya que la aguja sobresale por uno de ellos. Puede administrar la inyección a través de la ropa o sobre la piel desnuda. Retire la tapa de seguridad (Figura 44A).
2. Mantenga la pierna firmemente en su lugar justo antes y durante la inyección. Presione la punta del inyector con fuerza contra el costado de la pierna.  
el muslo de la persona, aproximadamente a mitad de camino entre la cadera y la rodilla (Figura 44B).
3. Mantenga el inyector en su lugar durante 3 segundos. Algunos otros inyectores pueden mantenerse en su lugar hasta 10 segundos. Familiarícese con las instrucciones del fabricante para el tipo de inyector que está utilizando.
4. Tire del inyector hacia afuera, asegurándose de no poner los dedos sobre el extremo que ha sido presionado.  
el muslo de la persona.
5. Tanto la persona que recibe la inyección como la que la aplica deben frotar el lugar de la inyección durante aproximadamente 10 minutos.
6. Anote la hora de la inyección. Deseche el inyector correctamente.
7. Asegúrese de que el SEM esté en camino. Si la asistencia médica se demora más de 5 a 10 minutos, considere administrar una segunda dosis, si está disponible.

artículos de segunda clase.



Figura 44A. Uso de un autoinyector de epinefrina. A, Retire la tapa de seguridad.



Figura 44B. Presione la punta del inyector con fuerza contra el costado del muslo, aproximadamente a la mitad entre la cadera y la rodilla.

### Eliminación

**segura.** Es importante desechar las agujas usadas correctamente para evitar lesiones. Siga la política de eliminación de objetos punzantes de su lugar de trabajo. Si no sabe qué hacer con el inyector usado, entrégueselo a alguien con más formación.

## Parte 11

# Alivio de la asfixia para adultos, niños y bebés

En esta sección se analiza cómo reconocer una obstrucción (debido a una FBAO) y luego realizar maniobras para aliviar la obstrucción.

Las maniobras para aliviar la asfixia son las mismas para adultos y niños (de 1 año en adelante). Aprenderá una técnica diferente para aliviar la asfixia en bebés (menores de 1 año).

No se ha establecido la eficacia ni la seguridad de los dispositivos de limpieza de las vías respiratorias mediante succión en bebés y niños.

No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación para bebés y niños.

### Objetivos de aprendizaje

Al final de esta parte, usted podrá:

- Describir cómo aliviar una FBAO en un adulto, un niño y un bebé.

### Señales de asfixia

El reconocimiento temprano de la OAFB es clave para un resultado exitoso. Es importante distinguir esta emergencia de un desmayo, un accidente cerebrovascular, un infarto de miocardio, una convulsión, una sobredosis de fármacos u otras afecciones que pueden causar dificultad respiratoria repentina, pero que requieren un tratamiento diferente.

Los cuerpos extraños pueden causar diversos signos, desde una obstrucción leve hasta una grave de las vías respiratorias (Tabla 6). Cualquier persona que presente signos de obstrucción leve o grave de las vías respiratorias debe ser examinada por un profesional de la salud, incluso si puede expulsar el objeto por sí sola.

Tabla 6. Signos de FBAO y acciones del rescatista para adultos, niños y bebés

Tipo de obstrucción	Señales	Acciones del rescatador
Obstrucción leve de las vías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buen intercambio de aire</li><li>• Puede toser con fuerza</li><li>• Puede tener sibilancias entre toses.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mientras continúe el buen intercambio de aire, anime a la persona a seguir tosiendo.</li></ul>

		<p>No interfiera con los intentos de la persona por aliviar la obstrucción.</p> <p>Permanezca con ella y vigile su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la obstrucción leve de las vías respiratorias continúa o progresiona a signos de obstrucción grave de las vías respiratorias, active el sistema de respuesta a emergencias.</li> </ul>
Obstrucción grave de las vías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agarrarse la garganta con la pulgar y dedos, haciendo la señal universal de asfixia (<a href="#">Figura 45</a>)</li>   <li>Incapaz de hablar o llorar</li> <li>Intercambio de aire deficiente o nulo</li> <li>Tos débil, ineficaz o ninguna tos en absoluto</li> <li>Ruido agudo al inhalar o ningún ruido en absoluto</li> <li>Aumento de la dificultad respiratoria</li> <li>Possible cianosis (coloración azul o gris de los labios, lechos ungueales o piel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la persona es un adulto o un niño, pregunte: "¿Se está ahogando?". Si la persona asiente "sí" y no puede hablar, hay una obstrucción grave de las vías respiratorias.</li> <li>Tome medidas inmediatamente para aliviar la obstrucción y activar el sistema de respuesta a emergencias.</li> <li>Si la obstrucción grave de las vías respiratorias continúa y la persona no responde, inicie la RCP.</li> <li>Si no está solo, envíe a alguien para activar el sistema de respuesta a emergencias si aún no lo ha hecho.</li> <li>Si está solo y debe salir para activar el sistema de respuesta a emergencias, realice aproximadamente 2 minutos de RCP antes de irse. Para los bebés, puede llevarlos consigo para activar el sistema de respuesta a emergencias.</li> </ul>



[Figura 45.](#) La señal universal de asfixia indica la necesidad de ayuda cuando alguien se está ahogando.

## Alivio de la asfixia por FBAO grave en adultos y niños

Para aliviar la asfixia en un adulto o un niño receptivo, siga los pasos descritos en el Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en adultos ([Figura 46](#)) y el Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en niños ([Figura 47](#)).

La asfixia ocurre cuando algo obstruye las vías respiratorias de una persona. En una obstrucción grave de las vías respiratorias, la persona suele presentar signos de intercambio de aire deficiente y dificultad para respirar, como tos silenciosa, incapacidad para hablar o respirar, o cianosis (coloración azulada o grisácea de los labios, las uñas o la piel).

Para aliviar la asfixia en un adulto o niño que responde, aplique 5 golpes fuertes en la espalda seguidos de 5 compresiones abdominales. También debe activar el sistema de respuesta a emergencias en caso de que la persona no responda. Si alguien indica que se está asfixiando y no puede hablar, debe actuar.

Los adultos o niños mayores que se están ahogando pueden agarrarse el cuello con ambas manos, haciendo la señal universal de ahogamiento ([Figura 45](#)).

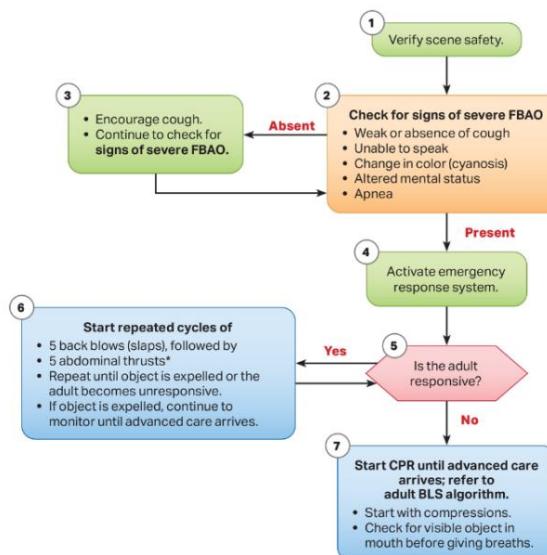
Si un adulto o un niño presenta signos de asfixia grave, pregúntele: "¿Se está asfixiando?". Si asiente y no puede hablar, hay una obstrucción grave de las vías respiratorias y debe tomar medidas de inmediato para aliviarla.

Realice 5 golpes en la espalda con la palma de la mano, golpeando con fuerza la espalda de la persona entre los omóplatos. Si los golpes no alivian la asfixia, realice 5 compresiones abdominales. Cierre el puño con una mano, sujetelo con la otra y presione el puño contra el abdomen de la persona con una rápida y energética compresión ascendente. Realice cada nueva compresión con un movimiento distinto.

Continúe alternando 5 golpes en la espalda seguidos de 5 compresiones abdominales hasta que el objeto se desaloje o la persona deje de responder.

### Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en adultos

Para aliviar la asfixia en un adulto receptivo, siga los pasos descritos en el Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en adultos ([Figura 46](#)).



\*For patients in the late stages of pregnancy, or when the rescuer is unable to encircle the patient's abdomen, 5 chest thrusts should be used instead.

© 2025 American Heart Association

Figura 46. Algoritmo de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en adultos.

## Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en adultos Secuencia BLS

Esta es su guía paso a paso para cuando se encuentre con un adulto que experimenta una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño. Los pasos numerados corresponden a los del Algoritmo de Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en Adultos.

Paso 1: Verificar la seguridad de la escena.

Paso 2: Verifique si hay signos de FBAO grave.

Los signos de FBAO grave incluyen • Tos

débil o ausencia de tos • Incapacidad para

hablar • Cambio de color (cianosis) •

Estado mental alterado • Apnea

Paso 3: Si no hay signos de FBAO grave:

- Anime a la persona a toser.
- Continúe buscando signos de FBAO grave.

Paso 4: Si hay signos de FBAO grave, active el sistema de respuesta a emergencias.

Paso 5: Verifique la capacidad de respuesta.

Paso 6: Si el adulto responde:

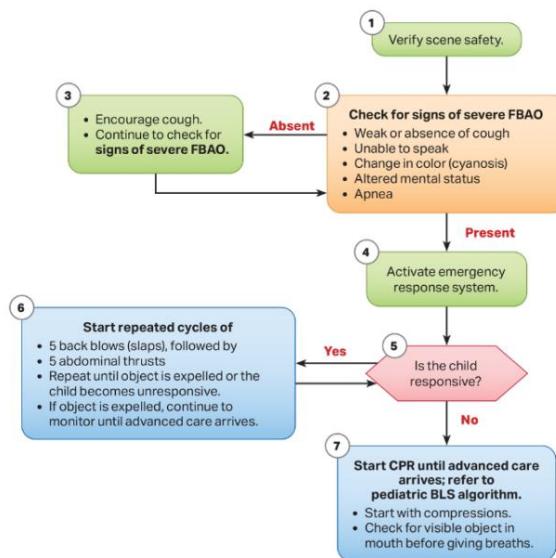
- Inicie ciclos repetidos de 5 golpes en la espalda (bofetadas) seguidos de 5 compresiones abdominales (para pacientes en las últimas etapas del embarazo, o cuando el reanimador no puede rodear el abdomen del paciente, se deben utilizar en su lugar 5 compresiones en el pecho).
- Repita hasta que el objeto sea expulsado o el adulto deje de responder.
- Si el objeto es expulsado, continúe monitoreando hasta que llegue la unidad de cuidados avanzados.

Paso 7: Si el adulto no responde:

- Inicie la RCP hasta que llegue la atención avanzada (consulte el Algoritmo BLS para adultos para profesionales de la salud).
  - o –Comience con las compresiones.
  - o –Compruebe si hay algún objeto visible en la boca antes de dar respiraciones.

### Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en niños

Para aliviar la asfixia en un niño receptivo, siga los pasos descritos en el Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en niños (Figura 47).



© 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics

**Figura 47.** Algoritmo de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en niños.

## Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en niños Secuencia BLS

Esta es su guía paso a paso para cuando se encuentre con un niño que experimenta una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño. Los pasos numerados corresponden a los del Algoritmo de Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en Niños.

Paso 1: Verificar la seguridad de la escena.

Paso 2: Verifique si hay signos de FBAO grave.

Los signos de FBAO grave incluyen • Tos débil o ausencia de tos • Incapacidad para hablar • Cambio de color (cianosis) • Estado mental alterado • Apnea

Paso 3: Si no hay signos de FBAO grave:

- Anime al niño a toser. • Continúe buscando signos de FBAO grave.

Paso 4: Si hay signos de FBAO grave, active el sistema de respuesta a emergencias.

Paso 5: Verifique la capacidad de respuesta.

Paso 6: Si el niño responde:

- Inicie ciclos repetidos de 5 palmadas en la espalda (bofetadas) seguidas de 5 compresiones abdominales ([Figura 48](#)). •

Repita hasta que el objeto sea expulsado o el niño deje de responder. • Si el objeto es expulsado, continúe monitorizando hasta que llegue el equipo de cuidados intensivos.

Paso 7: Si el niño no responde:

- Inicie la RCP hasta que llegue la atención avanzada (consulte el [Algoritmo BLS pediátrico para profesionales de la salud](#)).

- o –Comience con las compresiones.
- o –Compruebe si hay algún objeto visible en la boca antes de dar respiraciones.



[Figura 48A](#). Rescatista dando golpes en la espalda a un niño.



Figura 48B. Rescatista realizando compresiones abdominales a un niño.

Si ve un objeto que parece fácil de extraer, sáquelo con los dedos. Si no ve ningún objeto, no introduzca los dedos a ciegas en la boca de la persona (lo que se conoce como barrido de dedos a ciegas). Realizar este tipo de barrido puede provocar que el objeto se aloje más atrás en la vía aérea.

Debe asegurarse de que la persona sea examinada por un profesional de la salud incluso si puede limpiar el objeto por sí sola.

#### Alivio de la asfixia por FBAO grave en una persona embarazada, obesa o en silla de ruedas que responde

Si no puede rodear el abdomen de la persona con los brazos, si está visiblemente embarazada o si está en silla de ruedas, realice compresiones torácicas en lugar de compresiones abdominales (Figura 49). Para realizar las compresiones torácicas, coloque los brazos bajo las axilas y coloque un puño, con el pulgar hacia el cuerpo, en el centro del pecho, en la mitad inferior del esternón. Con la otra mano, sujeté el puño. Tire hacia atrás para realizar compresiones torácicas en lugar de compresiones abdominales. Si la persona no responde, inicie la RCP hasta que llegue la unidad de cuidados intensivos y consulte el algoritmo de SVB/BLS para adultos o niños.

- Comience con compresiones.
- Compruebe si hay algún objeto visible en la boca antes de administrar respiraciones.



Figura 49. Realice compresiones torácicas en lugar de compresiones abdominales para una persona grande, embarazada o en silla de ruedas.

## Alivio de la asfixia en bebés

La asfixia también es una emergencia común en bebés. Para aliviar la asfixia en un bebé que responde, siga los pasos descritos en el Algoritmo de Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en Bebés (Figura 50).

Los pasos para aliviar la asfixia en un bebé son similares a los de los adultos y los niños, con algunas diferencias clave.

En primer lugar, no utilice compresiones abdominales en los bebés.

Si encuentra a un bebé que se está atragantando pero aún responde, active el sistema de respuesta a emergencias. Arrodíllese o siéntese con el bebé en su regazo. Sosténgalo boca abajo con la cabeza ligeramente más baja que el pecho y apóyelo sobre su antebrazo.

Sostenga la cabeza y la mandíbula del bebé con la mano. Evite comprimir el tejido blando de la garganta. Apoye el antebrazo sobre su regazo o muslo para sujetar al bebé. Con la base de la otra mano, dé 5 golpes fuertes en la espalda entre los dedos del bebé. omóplatos.

Aplique cada golpe en la espalda con la fuerza suficiente para intentar desalojar el objeto. Después de 5 golpes, coloque la mano libre sobre la espalda del bebé, sujetando su cabeza con la palma. Esto lo sostendrá entre sus dos antebrazos, con la palma de una mano sujetando la cara y la mandíbula, mientras que con la otra mano sujetá la nuca.

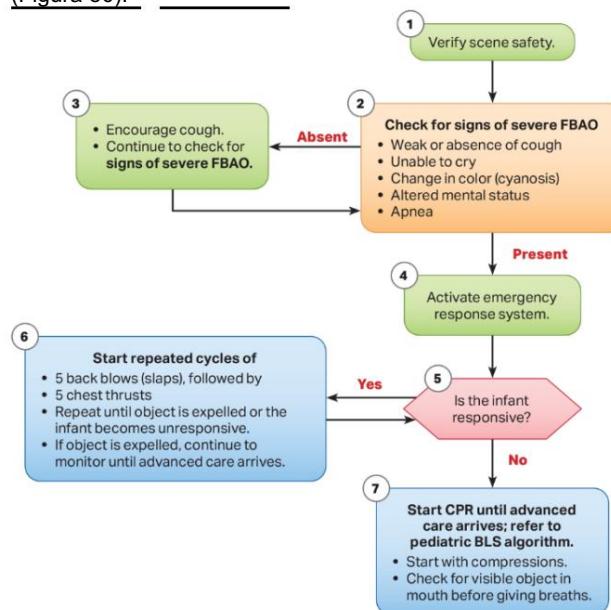
Voltee al bebé mientras sujetá con cuidado la cabeza y el cuello. Sostenga al bebé boca arriba, con el antebrazo apoyado en el muslo. Mantenga la cabeza del bebé más baja que su tronco. Realice 5 compresiones rápidas hacia abajo del pecho con la base de una mano en el...

En el centro del pecho, sobre la mitad inferior del esternón. Realice compresiones torácicas a una velocidad de aproximadamente una por segundo, cada una con la fuerza suficiente para desalojar el objeto.

Repita la secuencia de hasta 5 golpes en la espalda y hasta 5 compresiones en el pecho hasta que sus acciones hayan eliminado el objeto o el bebé deje de responder.

### Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en lactantes

Para aliviar la asfixia en un bebé receptivo, siga los pasos descritos en el Algoritmo de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en bebés (Figura 50).



© 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics

Figura 50. Algoritmo de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en lactantes.

### Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en lactantes Secuencia BLS

Esta es su guía paso a paso para cuando se encuentre con un bebé que experimenta una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño. Los pasos numerados corresponden a los del Algoritmo de Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en Bebés (Figura 50).

Paso 1: Verificar la seguridad de la escena.

Paso 2: Verifique si hay signos de FBAO grave.

Los signos de FBAO grave incluyen •

- Tos débil o ausencia de tos •
- Incapacidad para llorar
- Cambio de color (cianosis) • Estado mental alterado • Apnea

Paso 3: Si no hay signos de FBAO grave: • Anime al bebé

a toser. • Continúe buscando signos de  
FBAO grave.

Paso 4: Si hay signos de FBAO grave, active el sistema de respuesta a emergencias.

Paso 5: Verifique si el bebé responde.

Paso 6: Si el bebé responde: • Inicie ciclos

repetidos de 5 palmadas en la espalda (bofetadas) seguidas de 5 compresiones torácicas (Figura 51). • Repita \_\_\_\_\_  
hasta que el objeto sea expulsado o el bebé deje de responder. • Si el objeto es expulsado,  
continúe monitorizando hasta que llegue el equipo de cuidados intensivos.



Figura 51A. Alivio de la asfixia en un lactante. A, Golpes en la espalda.



Figura 51B. Compresiones torácicas.

Paso 7: Si el bebé no responde:

- Inicie la RCP hasta que llegue la atención avanzada (consulte el [Algoritmo BLS pediátrico para profesionales de la salud](#)).
  - o –Comience con compresiones.
  - o – Verifique si hay algún objeto visible en la boca antes de administrar respiraciones.



### Conceptos críticos

#### Compresiones torácicas en bebés

La técnica del talón de una mano para compresiones torácicas ahora se recomienda para bebés con obstrucción grave de las vías respiratorias por cuerpo extraño porque la literatura actual sobre RCP sugiere que genera una mayor profundidad de compresión que la técnica de dos manos recomendada anteriormente. Técnica de dedos.

Si bien la técnica del talón de una mano para las compresiones torácicas se asemeja a las compresiones torácicas utilizadas en la RCP, no se hace hincapié en los demás componentes de las compresiones torácicas de alta calidad en la RCP (por ejemplo, frecuencia, retroceso) cuando se realizan compresiones torácicas para una obstrucción de las vías respiratorias por un cuerpo extraño.

### Bebé que no responde

Si el bebé no responde, inicie la RCP de inmediato, empezando con compresiones torácicas. No le tome el pulso.

Cada vez que abra la vía aérea, busque el objeto en la parte posterior de la garganta. Si ve un objeto y puede retirarlo fácilmente, retírelo. Después de unos 2 minutos de RCP, active el sistema de respuesta a emergencias (si nadie lo ha hecho) y consiga el DEA/desfibrilador.



## Conceptos críticos

No se permiten barridos de dedos ciegos

No realice un barrido de dedo a ciegas porque puede empujar el cuerpo extraño hacia la vía aérea, causando una mayor obstrucción o lesión.

## Proporcionar un alivio eficaz cuando hay una obstrucción de las vías respiratorias

Cuando una persona que se está atragantando pierde el conocimiento, los músculos de la garganta pueden relajarse. Esto podría convertir una obstrucción completa o grave de las vías respiratorias en una obstrucción parcial. Además, las compresiones torácicas pueden ejercer al menos la misma fuerza que las compresiones abdominales, por lo que pueden ayudar a expulsar el objeto. Realizar 30 compresiones y luego retirar cualquier objeto visible en la boca puede permitir, con el tiempo, administrar respiraciones eficaces.

## Acciones después del alivio de la asfixia

Sabrá que ha eliminado con éxito una obstrucción de las vías respiratorias en una persona inconsciente si observa y extrae un cuerpo extraño de la boca y esta comienza a respirar. Sin embargo, no siempre es necesario extraer el cuerpo extraño para aliviar la obstrucción. Si siente el movimiento del aire y ve que el pecho se eleva al administrar las respiraciones, la vía aérea ya no está obstruida.

Después de aliviar la asfixia en una persona que no responde, proceda como lo haría con cualquier otra persona. Compruebe de nuevo si responde, si respira y tiene pulso, confirme que alguien haya activado el sistema de respuesta a emergencias y administre RCP de alta calidad o respiraciones según sea necesario.

Inste a la persona receptiva a buscar atención médica inmediata. Un profesional de la salud debe evaluar a la persona para detectar posibles complicaciones derivadas de las compresiones abdominales.

# Apéndice

**Basic Life Support  
Adult CPR and AED  
Skills Testing Checklist**



Student Name \_\_\_\_\_ Date of Test \_\_\_\_\_

In-Hospital Scenario: "You see a person who has suddenly collapsed in the hallway. You check that the scene is safe and then approach the person. Demonstrate what you would do next."

Out-of-Hospital Scenario: "You arrive on the scene for a suspected cardiac arrest. Hands-Only CPR is in progress. You approach the scene and ensure that it is safe. Demonstrate what you would do next."

**Assessment and Activation**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Checks responsiveness | <input type="checkbox"/> Shouts for help/Activates emergency response system/Sends for AED |
| <input type="checkbox"/> Checks breathing      | <input type="checkbox"/> Checks pulse  |

Once student shouts for help, instructor says, "Here's the barrier device. I am going to get the AED."

**Cycle 1 of CPR (30:2) \*CPR feedback devices are required for accuracy**

**Adult Compressions**

- Performs high-quality compressions\*:
  - Hand placement in the center of the chest, on the lower half of the sternum
  - 30 compressions, given at a rate of 100 to 120/min
  - Compresses at least 2 inches (5 cm)
  - Complete recoil after each compression

**Adult Breaths**

- Gives 2 breaths with a barrier device:
  - Each breath given over 1 second
  - Visible chest rise with each breath
  - Resumes compressions in less than 10 seconds

**Cycle 2 of CPR (repeats steps in Cycle 1) Only check box if step is successfully performed**

- |                                       |                                  |   |
|---------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Compressions | <input type="checkbox"/> Breaths | <input type="checkbox"/> Resumes compressions in less than 10 seconds |
|---------------------------------------|----------------------------------|---|

Rescuer 2 says, "Here is the AED. I'll take over compressions, and you use the AED."

**AED (follows prompts of AED)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Powers on AED                    | <input type="checkbox"/> Correctly attaches pads | <input type="checkbox"/> Clears for analysis     |
| <input type="checkbox"/> Clears to safely deliver a shock |  | <input type="checkbox"/> Safely delivers a shock |

**Resumes Compressions**

- Ensures compressions are resumed immediately after shock delivery
  - Student directs instructor to resume compressions or
  - Second student resumes compressions

**STOP TEST**

**Instructor Notes**

- Place a check in the box next to each step the student completes successfully.
- If the student does not complete all steps successfully (as indicated by at least 1 blank check box), the student must receive remediation. Make a note here of which skills require remediation (refer to instructor manual for information about remediation).

Test Results    Circle <b>PASS</b> or <b>NR</b> to indicate pass or needs remediation:	<b>PASS</b>	<b>NR</b>
--	-------------	-----------

Instructor Initials _____	Instructor Number _____	Date _____
---------------------------	-------------------------	------------

## Soporte vital básico

### RCP y DEA para adultos

#### Descriptores de habilidades críticas para la evaluación de habilidades

1. Evalúa a la persona y activa el sistema de respuesta a emergencias (esto debe preceder al inicio).

Compresiones) en 30 segundos. Tras determinar que la escena es segura: • Comprueba la respuesta dando golpecitos y gritando. • Grita pidiendo ayuda o indica a alguien que la pida y consiga un DEA/desfibrilador. • Comprueba si no respira o si la respiración es normal (solo jadea). ▪ – Explora desde la cabeza hasta el tórax durante al menos 5 segundos y no más de 10.

- Verifica el pulso carotídeo ▪ –

Debe realizarse simultáneamente con la verificación de la respiración ▪ – Verifica durante al menos 5 pero no más de 10 segundos

2. Realiza compresiones torácicas de alta calidad (inicia las compresiones inmediatamente después del reconocimiento de la presión arterial). (arresto)

- Colocación correcta de la mano

- –Mitad inferior del esternón ▪ –

Con las dos manos (la segunda mano sobre la primera o agarrando la muñeca de la primera mano) •

Frecuencia de compresión de 100 a 120/min ▪ –

Realiza 30 compresiones en 15 a 18 segundos

- Profundidad de compresión y retroceso: al menos 2 pulgadas (5 cm) y evitando comprimir más de 2,4 pulgadas (6 cm)

- –Se requiere el uso de un dispositivo de retroalimentación comercial o un maniquí de alta fidelidad

- –Retroceso completo del pecho después de cada compresión

- Minimiza las interrupciones en las compresiones ▪ –

Administra 2 respiraciones de modo que transcurran menos de 10 segundos entre la última compresión de un ciclo y la primera compresión del siguiente ciclo

- –Las compresiones se reanudan inmediatamente después del choque/no se indica choque 3.

Proporciona 2 respiraciones mediante un dispositivo de barrera • Abre las vías respiratorias adecuadamente ▪ –

Utiliza una maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón o empuje de la mandíbula • Administra cada respiración durante 1 segundo

- Administra respiraciones que producen una elevación visible del pecho •  
Evita la ventilación excesiva • Reanuda las compresiones torácicas en menos de 10 segundos 4. Realiza los mismos pasos para las compresiones y respiraciones del ciclo 2 5. Uso del DEA • Enciende el DEA • – Enciende el DEA presionando el botón o levantando la tapa tan pronto como llega • Coloca correctamente las almohadillas
  - –Coloca compresas de tamaño adecuado (para adultos) para la edad de la persona en el lugar correcto. Coloca una compresa verticalmente sobre la parte superior derecha del tórax, con la parte superior de la almohadilla justo debajo de la clavícula. Coloca la segunda almohadilla horizontalmente sobre las costillas laterales izquierdas, con la parte central debajo de la axila, en la línea axilar media.
- Permite el análisis del ritmo según las indicaciones del dispositivo y las instrucciones del fabricante.
  - –Algunos dispositivos permiten el análisis durante las compresiones y otros requieren una pausa en compresiones para permitir el análisis
  - –Despeja a los rescatistas de la persona para que el DEA analice el ritmo (presiona el botón Analizar si es necesario) por dispositivo)
  - –Comunica claramente a todos los demás rescatistas que dejen de tocar a la persona.
- Despeja para administrar la descarga de forma segura
  - –Comunica claramente a todos los demás rescatistas que dejen de tocar a la persona.
- Administra una descarga de forma segura • –Reanuda las compresiones torácicas inmediatamente después de administrar la descarga
  - –No apaga el DEA durante la RCP 6. Reanuda las compresiones
- Garantiza que las compresiones torácicas de alta calidad se reanuden inmediatamente después de la administración de la descarga.
  - –Realiza los mismos pasos para las compresiones

**Basic Life Support  
Infant CPR  
Skills Testing Checklist**



Student Name \_\_\_\_\_ Date of Test \_\_\_\_\_

In-Hospital Scenario: "You see a person run through the door carrying an infant. They shout, 'Help me! My baby's not breathing.' You have gloves and a pocket mask. You send your coworker to activate the emergency response system and to get the emergency equipment."

Out-of-Hospital Scenario: "You arrive on the scene for an infant who is not breathing. Hands-Only CPR is in progress. You approach the scene and ensure that it is safe. Demonstrate what you would do next."

**Assessment and Activation**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Checks responsiveness | <input type="checkbox"/> Shouts for help/Activates emergency response system |
| <input type="checkbox"/> Checks breathing      | <input type="checkbox"/> Checks pulse  |

Once student shouts for help, instructor says, "Here's the barrier device."

**Cycle 1 of CPR (30:2) \*CPR feedback devices are preferred for accuracy**

**Infant Compressions**

- Performs high-quality compressions\*:
  - Placement of the heel of 1 hand in the center of the chest, just below the nipple line
  - 30 compressions in no less than 15 and no more than 18 seconds
  - Compresses at least one third the AP diameter of the chest, approximately 1½ inches (4 cm)
  - Complete recoil after each compression

**Infant Breaths**

- Gives 2 breaths with a barrier device:
  - Each breath given over 1 second
  - Visible chest rise with each breath
  - Resumes compressions in less than 10 seconds

**Cycle 2 of CPR (repeats steps in Cycle 1) Only check box if step is successfully performed**

- Compressions     Breaths     Resumes compressions in less than 10 seconds

Rescuer 2 arrives with bag-mask device and begins ventilation while Rescuer 1 continues compressions with 2 thumb-encircling hands technique.

**Cycle 3 of CPR**

**Rescuer 1: Infant Compressions**

- Performs high-quality compressions\*:
  - 15 compressions with 2 thumb-encircling hands technique
  - 15 compressions in no less than 7 and no more than 9 seconds
  - Compresses at least one third the AP diameter of the chest, approximately 1½ inches (4 cm)
  - Complete recoil after each compression

**Rescuer 2: Infant Breaths**

This rescuer is not evaluated.

**Cycle 4 of CPR**

**Rescuer 2: Infant Compressions**

This rescuer is not evaluated.

**Rescuer 1: Infant Breaths**

- Gives 2 breaths with a bag-mask device:
  - Each breath given over 1 second
  - Visible chest rise with each breath
  - Resumes compressions in less than 10 seconds

**STOP TEST**

**Instructor Notes**

- Place a check in the box next to each step the student completes successfully.
- If the student does not complete all steps successfully (as indicated by at least 1 blank check box), the student must receive remediation. Make a note here of which skills require remediation (refer to instructor manual for information about remediation).

Test Results	Circle PASS or NR to indicate pass or needs remediation:	PASS	NR
--------------	--	------	----

Instructor Initials \_\_\_\_\_ Instructor Number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Soporte vital básico RCP infantil

### Descriptores de habilidades críticas para la evaluación de habilidades

1. Evalúa a la persona y activa el sistema de respuesta a emergencias (esto debe preceder al inicio).

Compresiones) en 30 segundos. Tras determinar que la escena es segura:

  - Comprueba la capacidad de respuesta dando golpecitos y gritando.
  - Grita pidiendo ayuda o indica a alguien que la pida y consiga equipo de emergencia.
  - Comprueba si no respira o si la respiración es normal (solo jadea).
  - – Explora desde la cabeza hasta el tórax durante al menos 5 segundos y no más de 10.
  - Verifica el pulso braquial
  - –Se puede hacer simultáneamente con la verificación de la respiración
  - –Se verifica durante al menos 5 pero no más de 10 segundos
2. Realiza compresiones torácicas de alta calidad durante la RCP con un solo reanimador (inicia las compresiones dentro de los 10 minutos).

segundos después de identificar un paro cardíaco)

  - Colocación correcta del talón de una mano en el centro del pecho, justo debajo de la línea del pezón.
    - –1 rescatista: talón de 1 mano justo debajo de la línea del pezón
    - Frecuencia de compresión de 100 a 120/min
    - –Realiza 30 compresiones en 15 a 18 segundos
  - Profundidad adecuada para la edad
    - –Lactante: al menos un tercio del diámetro AP del tórax (aproximadamente 1½ pulgadas [4 cm])
    - –Se prefiere el uso de un dispositivo de retroalimentación comercial o un maniquí de alta fidelidad
    - Retroceso completo del tórax después de cada compresión
    - Relación apropiada para la edad y el número de reanimadores
      - –1 reanimador: 30 compresiones a 2 respiraciones
      - Minimiza las interrupciones en las compresiones
      - –Administra 2 respiraciones para que transcurran menos de 10 segundos entre la última compresión de un ciclo y la primera compresión del siguiente ciclo
3. Proporciona ventilaciones efectivas con dispositivo de bolsa-mascarilla durante la RCP con 2 reanimadores.
  - Abre las vías respiratorias adecuadamente
  - Administra cada respiración durante 1 segundo
  - Administra respiraciones que producen una elevación visible del pecho

- Evita la ventilación excesiva • Reanuda las compresiones torácicas en menos de 10 segundos
4. Cambia la técnica de compresión en el intervalo apropiado según lo indique el instructor (para los fines de este evaluación). El cambio no debería tardar más de 5 segundos.
5. Realiza compresiones torácicas de alta calidad durante la RCP con 2 reanimadores.
- Colocación correcta de los 2 pulgares en el centro del pecho, justo debajo de la línea del pezón •
- Frecuencia de compresión de 100 a 120/min • –
- Realiza 15 compresiones en 7 a 9 segundos
- Profundidad adecuada para la edad
    - –Lactante: al menos un tercio del diámetro AP del tórax (aproximadamente 1½ pulgadas [4 cm])
- Retroceso completo del tórax después de cada compresión •
- Relación adecuada para la edad y el número de reanimadores
- –2 reanimadores: 15 compresiones por 2 respiraciones •
- Minimiza las interrupciones en las compresiones • Administra 2 respiraciones de modo que transcurran menos de 10 segundos entre la última compresión de un ciclo y la primera compresión del siguiente ciclo

## Glosario

RCP 30:2: RCP que se proporciona en una proporción de 30 compresiones torácicas por 2 respiraciones.

Compresiones abdominales: procedimiento utilizado para expulsar un objeto extraño de las vías respiratorias de una persona que se está ahogando; a veces llamado maniobra de Heimlich. maniobra.

Adulto y adolescente: cualquier persona con signos visibles de pubertad (vello en el pecho o en las axilas; cualquier desarrollo mamario) y mayor.

Jadeos agónicos: un patrón de respiración anormal y reflejo que puede estar presente en los primeros minutos después de un paro cardíaco repentino.

La persona con jadeos agónicos parece inhalar aire muy rápidamente. Los jadeos ocurren a un ritmo lento. Pueden sonar como un resoplido, un ronquido o un gemido. Los jadeos agónicos no son una respiración normal y no proporcionan oxigenación ni ventilación adecuadas.

Arritmia: Ritmo cardíaco irregular o latido cardíaco anormal que se produce cuando los impulsos eléctricos que hacen latir el corazón se producen demasiado rápido, demasiado lento o de forma errática. Esto a veces se denomina disritmia.

Desfibrilador externo automático (DEA): Dispositivo ligero, portátil y computarizado que puede identificar un ritmo cardíaco anormal que podría requerir una descarga. Si el DEA identifica un ritmo desfibrilable, puede administrar una descarga eléctrica a través de parches colocados en el pecho de la persona cuando se presenta dicho ritmo. La descarga puede restablecer un ritmo cardíaco anormal.

Los DEA son fáciles de usar. Tanto personas no especializadas como profesionales de la salud pueden realizar la desfibrilación de forma segura siguiendo las indicaciones visuales o sonoras del DEA.

Dispositivo de bolsa-mascarilla: Dispositivo portátil compuesto por una bolsa inflable sujetada a una mascarilla facial que proporciona ventilación eficaz a una persona con respiración ineficaz o ausente. Un dispositivo de bolsa-mascarilla puede utilizarse con o sin oxígeno suplementario.

Paro cardíaco: Pérdida repentina de la función cardíaca en una persona con o sin diagnóstico de cardiopatía. Puede presentarse repentinamente o junto con otros síntomas. El paro cardíaco suele ser mortal si no se toman las medidas adecuadas de inmediato.

Cateterismo cardíaco: Procedimiento que utiliza equipos de diagnóstico por imagen para evaluar el flujo sanguíneo dentro y a través del corazón. Durante el procedimiento, se inserta un catéter en una arteria (generalmente la ingle o la muñeca) y se guía a través de los vasos sanguíneos hasta el corazón del paciente para que los profesionales de la salud puedan visualizar las arterias y las cavidades cardíacas. Algunos problemas cardíacos, como una arteria obstruida u otra anomalía, pueden tratarse durante el procedimiento. El procedimiento se realiza en una sala de cateterismo cardíaco, también llamada laboratorio de cateterismo.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): Procedimiento de emergencia que salva vidas en personas con signos de paro cardíaco (es decir, sin respuesta, sin respiración normal ni pulso). Los dos componentes clave de la RCP son las compresiones torácicas y las ventilaciones.

Fracción de compresión torácica (CCF): Proporción de tiempo que los reanimadores realizan compresiones torácicas durante la RCP. Una CCF de al menos el 60 % aumenta la probabilidad de retorno a la circulación espontánea (RCE) y la supervivencia al alta hospitalaria. Con un buen trabajo en equipo, los reanimadores a menudo pueden alcanzar el 80 % o más.

Retroceso del pecho: cuando el pecho se vuelve a expandir y vuelve a su posición normal después de una compresión torácica.

Niño: 1 año de edad hasta la pubertad (los signos de la pubertad son vello en el pecho o las axilas en los varones; cualquier desarrollo de los senos en las mujeres).

Desfibrilación: Interrumpir o detener un ritmo cardíaco anormal mediante el uso de descargas eléctricas controladas.

Inflación gástrica (distensión gástrica): Llenado del estómago con aire durante la RCP. Es más probable que ocurra cuando la vía aérea de la persona no está correctamente posicionada y el aire de la ventilación entra al estómago en lugar de a los pulmones. Otra causa es cuando

Los rescatistas administran respiraciones demasiado rápidas o forzadas. La distensión gástrica a menudo interfiere con la ventilación adecuada de los pulmones. También puede causar vómitos.

RCP con solo manos: el proceso de proporcionar compresiones torácicas sin respiración de rescate durante la RCP.

Inclinación de cabeza-elevación del mentón: maniobra utilizada para abrir las vías respiratorias de una persona antes de proporcionar respiraciones durante la RCP.

Ataque cardíaco: Cuando se produce una obstrucción o espasmo en un vaso sanguíneo que restringe o interrumpe gravemente el flujo de sangre y oxígeno al músculo cardíaco. Durante un ataque cardíaco, el corazón suele seguir bombeando sangre. Sin embargo, cuanto más tiempo pase la persona con un ataque cardíaco sin tratamiento para restablecer el flujo sanguíneo, mayor será el posible daño al músculo cardíaco.

Paro cardíaco intrahospitalario: paro cardíaco que ocurre dentro de un hospital.

Bebé: Niño menor de 1 año (excluidos los recién nacidos en la sala de partos).

Empuje de mandíbula: maniobra utilizada para abrir las vías respiratorias de una persona antes de proporcionar respiraciones durante la RCP; se utiliza cuando la persona puede tener una lesión en la columna o cuando la inclinación de la cabeza y la elevación del mentón no funcionan.

Desplazamiento uterino lateral (DUL): Proceso que consiste en usar una o dos manos para mover manualmente el abdomen visiblemente embarazado de una persona hacia el lado izquierdo, ya sea empujando o tirando. Esta acción separa al feto de los grandes vasos sanguíneos que van desde la parte inferior del cuerpo hasta el corazón y ayuda a mejorar el flujo sanguíneo que proporciona la RCP.

Naloxona: Un antídoto que revierte parcial o totalmente los efectos de una sobredosis de opioides, incluida la depresión respiratoria.

Este medicamento puede administrarse por varias vías. Las vías más comunes para uso de emergencia en pacientes con sobredosis de opioides confirmada o sospechada son la intramuscular mediante un autoinyector o la intranasal mediante un atomizador nasal.

Opioides: Una clase de fármacos que producen efectos narcóticos para aliviar el dolor. Pueden recetarse como medicamentos, como la morfina, la codeína, la oxicodona, la hidrocodona, el fentanilo, la hidromorfona y la buprenorfina; otros opioides, como la heroína y el fentanilo, también pueden producirse u obtenerse ilegalmente. Su uso indebido o excesivo puede causar depresión respiratoria y provocar un paro cardíaco.

Paro cardíaco extrahospitalario: paro cardíaco que ocurre fuera de un hospital.

Equipo de protección personal (EPP): Equipo como ropa de protección, cascos y gafas protectoras, diseñado para proteger el cuerpo del usuario de lesiones o infecciones. Algunos de los riesgos que aborda el EPP son las partículas suspendidas en el aire, los riesgos físicos, los productos químicos y los riesgos biológicos. El EPP común para los profesionales de la salud incluye guantes, protectores oculares, mascarillas y batas.

Máscara de bolsillo: Dispositivo portátil que comprende una máscara facial con una válvula unidireccional; el reanimador la coloca sobre la nariz y la boca de una persona como dispositivo de barrera al administrar respiraciones durante la RCP.

Desfibrilador externo automático (DEA): Disponer de DEA en lugares públicos con gran afluencia de personas, como aeropuertos, oficinas y escuelas, o donde haya personas con alto riesgo de infarto. Los programas también pueden incluir capacitación en RCP y DEA para posibles rescatistas y coordinación con los servicios médicos de emergencia locales.

Taquicardia ventricular sin pulso (TVP): Un ritmo cardíaco potencialmente mortal susceptible de tratamiento desfibrilable que provoca contracciones ventriculares ineficaces. La rápida vibración de las paredes ventriculares impide que bombeen, por lo que los pulsos no son detectables (es decir, la "sin pulso" en la TVP). Los tejidos y órganos corporales, especialmente el corazón y el cerebro, dejan de recibir oxígeno.

Paro respiratorio: Una emergencia potencialmente mortal que ocurre cuando la respiración normal se detiene o cuando la respiración no es efectiva. Si no se trata, puede provocar un paro cardíaco o puede ocurrir al mismo tiempo que éste.

Retorno de la circulación espontánea (RCE): Cuando una persona en paro cardíaco recupera un ritmo cardíaco sostenido que produce pulsos palpables. Los signos de RCE incluyen respiración, tos, movimiento, pulso palpable o presión arterial medible.

Shock: Una condición potencialmente mortal que ocurre cuando el sistema circulatorio no puede mantener un flujo sanguíneo adecuado; el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos y órganos vitales se reduce drásticamente.

RCP asistida por telecomunicador (RCP-T): Instrucciones instantáneas y en vivo proporcionadas por teléfono por un telecomunicador (es decir, operador, operador de emergencias) a quien llama al 911. El telecomunicador ayuda al reanimador a reconocer un paro cardíaco y le enseña cómo realizar una RCP eficaz. Por ejemplo, la RCP-T ayuda al reanimador sin formación a realizar una RCP de alta calidad solo con compresiones. La RCP-T enseña al reanimador con formación a realizar una RCP 30:2 de alta calidad.

Fibrilación ventricular: Un ritmo cardíaco potencialmente mortal, susceptible de desfibrilación, que se produce cuando la actividad eléctrica del corazón se vuelve caótica. Los músculos cardíacos se estremecen de forma rápida y desincronizada, impidiendo que el corazón bombee sangre.

## Lectura recomendada

Manual de Atención Cardiovascular de Emergencia para Profesionales de la Salud (2025). Asociación Estadounidense del Corazón; 2025.

Asociación Americana del Corazón. Guías de la Asociación Americana del Corazón para la reanimación cardiopulmonar y la atención cardiovascular de emergencia. Sitio web con guías integradas. 22 de octubre de 2025. [ECCguidelines.heart.org](http://ECCguidelines.heart.org)

Dezfulian C, McCallin TE, Bierens J, et al.; para la Asociación Estadounidense del Corazón y la Academia Estadounidense de Pediatría. Actualización de 2024 de la Asociación Estadounidense del Corazón y la Academia Estadounidense de Pediatría sobre circunstancias especiales: reanimación tras ahogamiento: una actualización de las Guías de la Asociación Estadounidense del Corazón para la Reanimación Cardiopulmonar y la Atención Cardiovascular de Emergencia. Circulation. 2024;150(23):e501-e516. doi:10.1161/CIR.0000000000001274

Aspectos destacados de las Guías de la Asociación Americana del Corazón de 2025 para la Reanimación Cardiopulmonar y la Atención Cardiovascular de Emergencia. Asociación Americana del Corazón; [2025.ECCguidelines.heart.org](https://2025.ECCguidelines.heart.org)