

2017 American Heart Association Focused Update on Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality

An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

Circulation. 2017;136:00–00.

Esta actualización enfocada de las guías de la American Heart Association (AHA) para la reanimación cardiopulmonar (RCP) y Atención Cardiovascular de Emergencia (ACE) sigue la revisión de la evidencia que el Grupo de Trabajo Pediátrico del ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) ha llevado a cabo. Se alinea con el proceso de revisión continua de la evidencia del ILCOR, por el cual las actualizaciones van a ser publicadas periódicamente en base a la revisión de la literatura y novedades científicas que se produzcan. Esta actualización se enfoca a la revisión de la evidencia y recomendaciones de tratamiento al respecto de RCP solo con compresiones vs. RCP con compresiones y ventilaciones de rescate en niños y personas por debajo de los 18 años de edad.

Actualización de las Recomendaciones 2017 enfocadas al soporte vital básico en pediatría

Año de Última revisión	Aspecto	Recomendación	Comentario
2017	Componentes de la RCP de alta calidad: RCP sólo con compresiones	Las compresiones torácicas junto con las ventilaciones de rescate deben realizarse para lactantes y niños con paro cardiorrespiratorio (Recomendación Clase I; Nivel de Evidencia B-NR)	Actualización en 2017
2017	Componentes de la RCP de alta calidad: RCP sólo con compresiones	Si los testigos de la parada no pueden o no desean realizar ventilaciones de rescate, recomendamos que se realicen compresiones torácicas para niños y lactantes (Recomendación Clase I; Nivel de Evidencia B-NR)	Actualización en 2017

Se ha enfatizado los beneficios en supervivencia que aporta la RCP con compresiones y ventilaciones de rescate con respecto a las recomendaciones de la RCP en adultos donde se puede recomendar la RCP solo con compresiones, al concluir que el beneficio potencial justifica una recomendación diferenciada en la población pediátrica.

El resto de recomendaciones y algoritmos publicados en las “2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care” y las “2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care” continúan siendo las recomendaciones oficiales de la AHA.

AHA FOCUSED UPDATE

2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality

An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

Circulation. 2017;136:00–00

ABSTRACT: La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica crítica que puede salvar vidas en el caso de víctimas de una parada cardiorrespiratoria (PCR) súbita. A pesar de los avances científicos que se han venido produciendo en el campo de la RCP, el soporte vital básico (SVB) continúa siendo un aspecto de la mayor importancia en lo que supone el pronóstico de estos pacientes. Las recomendaciones de la American Heart Association sobre SVB incorporan la evidencia científica más recientemente publicada y sirven como base para la educación y el entrenamiento de reanimadores tanto legos como sanitarios que desempeñan maniobras de RCP.

Actualización enfocada 2017: Recomendaciones de SVB en adultos.

Año de la última revisión	Aspecto (Topic)	Recomendación	Comentario
2017	RCP asistida por teléfono	Se recomienda que, cuando sea necesario dar instrucciones por teléfono para realizar RCP, deben proveerse instrucciones para realizar RCP solo con compresiones torácicas en víctimas adultas con sospecha de sufrir una PCR extrahospitalaria (Recomendación Clase I; Nivel de Evidencia C-LD).	Actualizado 2017
2017	RCP por testigos: reanimador no entrenado en RCP	En caso de adultos en situación de PCR extrahospitalaria, los reanimadores no entrenados (legos) deben proveer RCP solo con compresiones torácicas, dispongan o no de asistencia telefónica. (Recomendación Clase I; Nivel de Evidencia C-LD).	Actualizado 2017
2017	RCP por testigos: reanimador entrenado en RCP solo con compresiones	Para los reanimadores legos entrenados en la RCP solo con compresiones, se recomienda que se proporcione RCP solo con compresiones en adultos con PCR extrahospitalaria (Recomendación Clase I; Nivel de Evidencia C-LD).	Actualizado 2017
2017	RCP por testigos: reanimador entrenado en RCP con compresiones y ventilaciones de rescate	Para los reanimadores legos entrenados en la RCP con compresiones y ventilaciones de rescate, es razonable que se proporcionen ventilaciones de rescate además de las compresiones torácicas en adultos con PCR extrahospitalaria (Recomendación Clase IIa; Nivel de Evidencia C-LD).	Actualizado 2017

2017	RCP realizada por personal sanitario entrenado: ratio compresiones - ventilaciones	Se recomienda que antes de la inserción de un dispositivo avanzado de vía aérea (tubo endotraqueal o dispositivo supraglótico) los reanimadores efectúen RCp mediante ciclos 30 compresiones y 2 ventilaciones (Recomendación Clase IIa; Nivel de Evidencia B-R).	Actualizado 2017
2017	RCP realizada por personal sanitario entrenado: ratio compresiones - ventilaciones	Como alternativa, es razonable que el personal sanitario entrenado proporcione ciclos de 30 compresiones y dos ventilaciones sin interrumpir las compresiones torácicas para dar las ventilaciones (Recomendación Clase IIa; Nivel de Evidencia B-R).	Actualizado 2017
2017	RCP realizada por personal sanitario entrenado: ratio compresiones - ventilaciones	Puede ser razonable, en el caso de reanimadores sanitarios entrenados en RCP, proporcionar ventilaciones a una frecuencia de diez ventilaciones por minuto (1 ventilación cada 6 segundos) de manera no sincronizada, mientras se efectúan compresiones ininterrumpidas, antes de insertar un dispositivo avanzado de vía aérea (Recomendación Clase IIb; Nivel de Evidencia C-LD).	Actualizado 2017
2017	RCP realizada por personal sanitario entrenado: ratio compresiones - ventilaciones	Estas recomendaciones actualizadas no suponen omitir la recomendación 2015 de que una alternativa razonable para los sistemas de emergencias médicas que se han dotado de protocolos de cuidado a la PCR es la administración de compresiones torácicas con mínimas interrupciones (esto es, demorar el inicio de las ventilaciones) para la PCR desfibrilable presenciada. (Recomendación Clase IIb; Nivel de Evidencia C-LD).	Actualizado 2017
2017	RCP en la PCR con un dispositivo avanzado de vía aérea	Una vez que se haya insertado un dispositivo avanzado de vía aérea (tubo endotraqueal o dispositivo supraglótico) durante la RCP, es razonable que los reanimadores realicen compresiones torácicas ininterrumpidas junto con ventilaciones con presión positiva, sin interrumpir las compresiones torácicas. (Recomendación Clase IIb; Nivel de Evidencia C-LD).	Actualizado 2017
2017	RCP en la PCR con un dispositivo avanzado de vía aérea	Una vez que se haya insertado un dispositivo avanzado de vía aérea (tubo endotraqueal o dispositivo supraglótico) durante la RCP, es razonable que los reanimadores proporcionen una ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) mientras se realizan compresiones torácicas de manera ininterrumpida (Recomendación Clase IIb; Nivel de Evidencia C-LD).	Sin cambios en 2017
2017	Relación entre ventilaciones y compresiones torácicas	Es razonable para los reanimadores sanitarios entrenados que proporcionen compresiones torácicas y ventilaciones que el ratio sea 30:2 en las víctimas adultas en PCR (Recomendación Clase IIa; Nivel de Evidencia C-LD)	Actualizado 2017

El resto de recomendaciones y algoritmos publicados en las “2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care” y las “2010 American Heart

Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care” continúan siendo las recomendaciones oficiales del subcomité científico y grupos de redacción de guías de la AHA.

1

Nuevo sistema de clasificación de la AHA de las clases de recomendación y los niveles de calidad de los datos[†]

CLASE (INTENSIDAD) DE RECOMENDACIÓN	NIVEL (CALIDAD) DE EVIDENCIA‡
CLASE I (ALTA) Beneficio >>> Riesgo Frases sugeridas para la redacción de recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ■ Se recomienda ■ Está indicado/es útil/eficaz/beneficioso ■ Debería realizarse/administrarse/otro ■ Frases comparativas-eficacia†: <ul style="list-style-type: none"> ○ El tratamiento/la estrategia A se recomienda/está indicado antes que el tratamiento B ○ Se debe elegir el tratamiento A antes que el tratamiento B 	NIVEL A <ul style="list-style-type: none"> ■ Evidencia de alta calidad‡ obtenida de más de 1 ECA ■ Metaanálisis de varios ECA de alta calidad ■ Uno o más ECA corroborados por estudios de registros de alta calidad
CLASE IIa (MODERADA) Beneficio >> Riesgo Frases sugeridas para la redacción de recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ■ Es razonable ■ Puede resultar útil/eficaz/beneficioso ■ Frases comparativas-eficacia†: <ul style="list-style-type: none"> ○ El tratamiento/la estrategia A probablemente se recomienda/ está indicado antes que el tratamiento B ○ Es razonable seleccionar el tratamiento A antes que el tratamiento B 	NIVEL B-R (Aleatorizado) <ul style="list-style-type: none"> ■ Evidencia de calidad moderada‡ obtenida de 1 o más ECA ■ Metaanálisis de varios ECA de calidad moderada
CLASE IIb (BAJA) Beneficio ≥ Riesgo Frases sugeridas para la redacción de recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ■ Puede/podría ser razonable ■ Puede/podría ser razonable ■ Su utilidad/eficacia es desconocida/dudosa/incierta o no se ha determinado 	NIVEL B-NR (No aleatorizado) <ul style="list-style-type: none"> ■ Evidencia de calidad moderada‡ obtenida de 1 o más estudios no aleatorizados, estudios de observación o estudios de registros bien diseñados y ejecutados ■ Metaanálisis de dichos estudios
CLASE III: Sin beneficio (MODERADA) Beneficio = Riesgo <i>(Generalmente, usar solo LOE A o B)</i> Frases sugeridas para la redacción de recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ■ No se recomienda ■ No está indicado/no es útil/eficaz/beneficioso ■ No debería realizarse/administrarse/otro 	NIVEL C-LD (Datos limitados) <ul style="list-style-type: none"> ■ Estudios de observación o de registro aleatorizados o no aleatorizados con limitaciones de diseño o ejecución ■ Metaanálisis de dichos estudios ■ Estudios fisiológicos o mecanicistas en personas
CLASE III: Perjuicio (ALTA) Riesgo > Beneficio Frases sugeridas para la redacción de recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ■ Potencialmente perjudicial ■ Causa perjuicio ■ Se asocia a una mayor morbilidad/mortalidad ■ No debería realizarse/administrarse/otro 	NIVEL C-EO (Opinión de expertos) Consenso de opiniones de expertos basadas en la experiencia clínica

COR y LOE se determinan de forma independiente (cualquier COR puede emparejarse con cualquier LOE).

Una recomendación con LOE C no implica que la recomendación sea baja. Muchas cuestiones clínicas importantes que se abordan en las guías no se prestan a un ensayo clínico. Aunque no existen ECA al respecto, podría haber un consenso clínico perfectamente definido en torno a la utilidad o eficacia de una determinada prueba o terapia.

* El resultado o resultado de la intervención se debería especificar (una mejor evolución clínica, una mayor precisión del diagnóstico o más información sobre el pronóstico).

† Para las recomendaciones comparativas-eficacia (solamente COR I y IIa; LOE A y B), los estudios que favorecen el uso de verbos de comparación deberían incluir comparaciones directas de los tratamientos o estrategias objeto de evaluación.

‡ El método para evaluar la calidad evoluciona; esto incluye la aplicación de herramientas de graduación de evidencia estandarizadas, de uso generalizado y, preferiblemente, validadas; y en el caso de las revisiones sistemáticas, la incorporación de un comité de revisión de evidencia.

COR corresponde a Class of Recommendation (Clase de recomendación); EO, expert opinion (opinión de expertos); LD, limited data (datos limitados); LOE, Level of Evidence (nivel de evidencia); NR, nonrandomized (no aleatorizado); R, randomized (aleatorizado); y ECA, ensayo controlado aleatorizado.

[†]Traducción no oficial extractada de los artículos “2017 American Heart Association Focused Update on Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care” y “2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care”. Circulation, 2017. Traducción realizada por C. Alonso Blas. Coordinador Nacional del Programa de Formación SEMES-RCP de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.