

Algunas recomendaciones importantes publicadas en 2025-2026 AHA y ERC

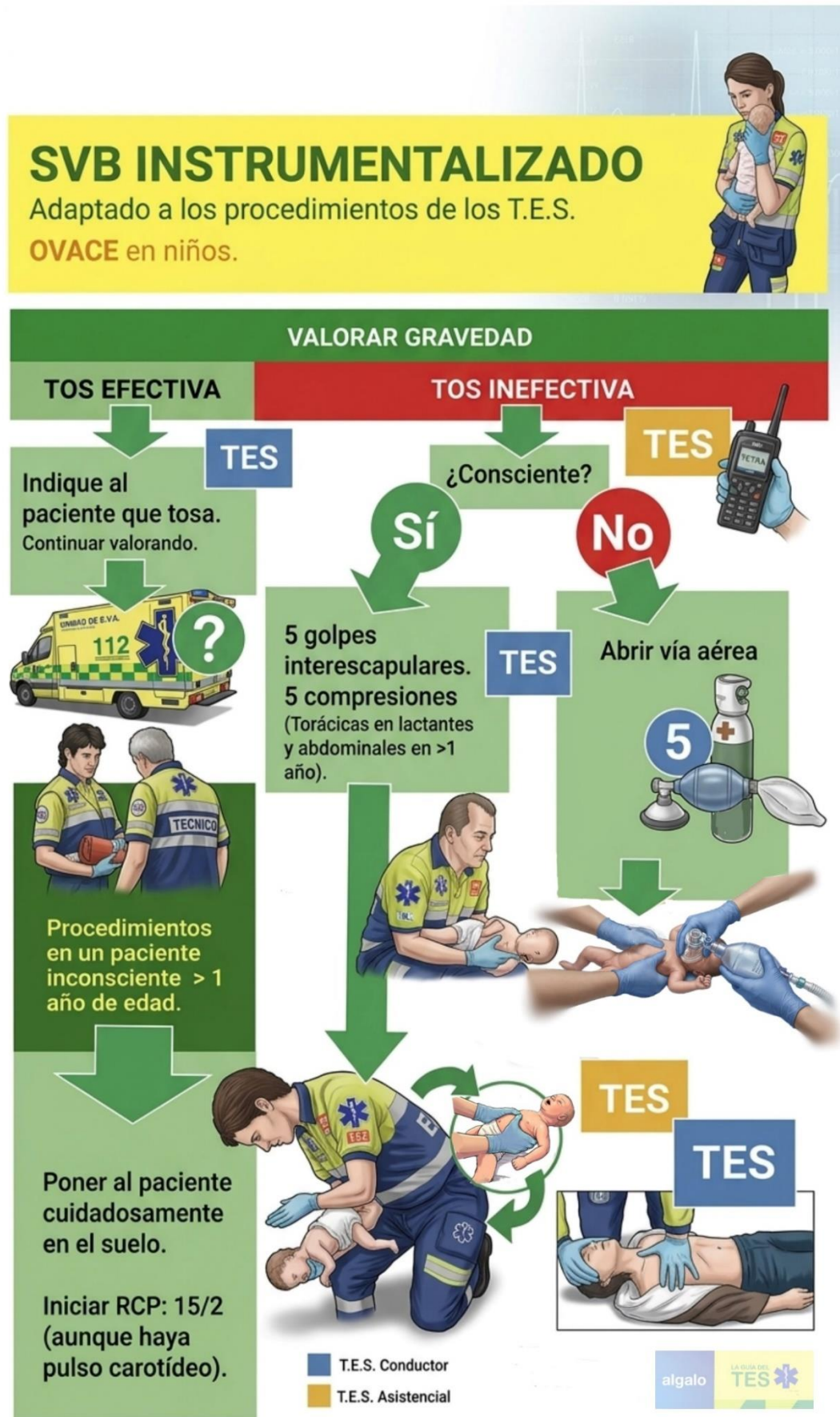
AHA 2025

1. **Incorporación del antagonista de opioides (Naloxona)** en los algoritmos de Soporte Vital Básico para adultos.
2. **Ventilación en parada respiratoria con pulso.** Se ha clarificado la frecuencia de ventilación para pacientes que respiran de forma anómala pero que aún tienen pulso. Es razonable que los rescatadores proporcionen **1 ventilación cada 6 segundos**. Las ventilaciones deben garantizar una visible elevación del tórax.
3. **Ajuste del sujetador al colocar los parches de desfibrilador en una mujer**, podría ser razonable ajustar la posición del sujetador en lugar de retirarlo. En **pacientes obesos** es razonable aumentar la fuerza en las compresiones para lograr la profundidad adecuada.
4. **Manejo de la vía aérea en adulto con TCE o traumatismo cervical.** Si no es posible abrir la vía aérea con tracción mandibular, los reanimadores deben abrir la vía aérea mediante una inclinación de la cabeza y elevación del mentón. Es prioritario abrir vía aérea de un paciente con traumatismo. Se hace hincapié en la importancia de una vía aérea permeable para la oxigenación y la ventilación.

ERC 2026

- **Pacientes con desfibriladores automáticos implantarles (DAI).** Los reanimadores pueden percibir descarga significativa en los brazos si el DAI administra descarga mientras están realizando compresiones torácicas externas, incluso usando guantes clínicos. Se deben colocar los parches a más de 8 cm del bulto que identifica el DAI. Si este detecta arritmias incorrectamente y aplica descargas inapropiadas, un imán colocado sobre el DAI puede detener temporalmente las descargas, esto no desactiva la función de marcapasos (si está programado).
- **Cada ventilación debe durar 1 segundo**, para lograr movimiento visible del tórax. Se recomienda dispositivo supragótico para las ventilaciones de calidad.
- **Anafilaxia:** ante la primera sospecha, inyecte inmediatamente 0,5 mg de adrenalina intramuscular y repita si no hay mejora en 5 minutos.

- **Reanimación en pacientes con pectus excavatum.** Considere una profundidad reducida de compresiones torácicas de 3-4 cm.
- **Parada cardíaca en el embarazo.** Seguir las recomendaciones específicas añadidas en el algoritmo de SVB para embarazadas incluido en este capítulo. Se sugiere el desplazamiento manual del útero hacia la izquierda en la parada cardíaca materna debido a razones prácticas. Buscar causas adicionales específicas del embarazo para la parada cardíaca además de las 4Hs y 4Ts: Las 4Ps, que son preeclampsia y eclampsia, sepsis puerperal, complicaciones placentarias y uterinas y miocardiopatía periparto.
- **Utilice técnica de dos pulgares con las manos rodeando el tórax para las compresiones torácicas en lactantes.**
- **Dolor torácico de origen cardíaco en adulto consciente.** Ayúdele a autoadministrarse de 150 a 300 mg de aspirina (AAS) masticable lo antes posible (Ojo: excepto a adultos con alergia conocida a la aspirina). Ayude al paciente con angina conocida a autoadministrarse su propio aerosol o comprimidos de nitroglicerina.
- **Hipoglucemia.** Administre tabletas de glucosa o dextrosa (15-20 g) por vía oral si el paciente adulto está despierto y consciente y es capaz de tragar. Si no disponemos de esta medicación ofrézcale otros azúcares. Haga glucemias posteriores y compruebe si los valores son menores de 70 mg/dL. Si el paciente tiene prescrito un autoinyector de glucagón, este puede administrarse bajo la piel en la parte externa del muslo. Existen viales de glucagón para su administración intranasal. En niños, valore administrar media cucharadilla de azúcar de mesa (2,5 g) debajo de la lengua del niño, si no cooperan para deglutir la glucosa por vía oral.
- **Sobredosis por opioides.** Sospeche de una sobredosis por opioides si el paciente respira lentamente, de manera irregular o no respira en absoluto, está extremadamente somnoliento o no responde, tiene pupilas puntiformes (Miosis).



SVB INSTRUMENTALIZADO

Adaptado a los procedimientos de los T.E.S.
En paciente pediátrico.



TES

A.V.D.N.

Abrir vía aérea.

NO RESPIRA CON NORMALIDAD



Neonatos
(<1 mes)

3:1

Buscar signos de vida.

SIN SIGNOS DE VIDA

Pediatric
> 1 año

3/1

TES

15:2

15:2

(considerar para
lactantes / >1 año
en SVB)

Tras un minuto de RCP
o si ya se encontraba asistido
por testigo.



3/1

15/2



PONER DEA/DESA.

Entre 1 y 8 años se deben utilizar parches
pediátricos (con descarga atenuada).

Para niños de >8 años, parches de adulto.

Para neonatos <1 año, considere desfibrilación
manual según protocolo (SVA).



TES. Conductor
TES. Asistencial

Neonatos (<1 mes)

Lactantes (1m - 1 año)

Niños de 1 a 10 años

3:1 (solo Neonatos)

15:2 (Lactantes, Niños)



Clasificación por edades:			
SECUENCIA	Neonatos (recién nacidos)	Lactantes (0-12 meses)	Niños (1-10 años)
Valorar consciencia	Secarle. Palmadas en las plantas de los pies o frotar su espalda.	Pellizcar. Hablarle en voz alta o gritarle.	Pellizcar. Hablarle en voz alta o gritarle. Llamar por su nombre.
Abrir vía aérea	Maniobra frente-mentón. Tracción de mandíbula.		
Comprobar respiración	BUSCAR SIGNOS DE VIDA		
Ventilar	Boca a boca-nariz. 5 insuflaciones de rescate de 1 segundo cada una. Continuar 30-60 rpm.	Boca a boca-nariz. 5 insuflaciones de rescate de 1 segundo cada una. Continuar 12-20 rpm.	
Comprobación de pulso	Umbilical	Braquial	Carotídeo
Compresiones torácicas	Abrazando el tórax con ambas manos. 120 compresiones /min. Profundidad 1/3 del tórax. 4cm	Abrazando el tórax con ambas manos. 100 compresiones /min. Profundidad 1/3 del tórax. 4cm	Talón de la mano en el centro del tórax. 100 compresiones /min. Profundidad 1/3 del tórax. 5cm
Relación ventilación compresiones	3/1	*15/2	
	Si no lo tenemos claro, haremos 30/2 adaptado al paciente.		
Aspectos a tener en cuenta:	Un minuto de RCP antes de llamar a SEM. < De 60 latidos por min, considerar como PCR.		

*Tener en cuenta corpulencia del niño.

Bibliografía consultada:

- Vázquez Lima, M.J, Casal Codesido, J.R. Guía de actuación en Urgencias. 5ª edición. 2017;77-79,89-99,142-147.Ed. Panamericana.
- Jimenez López, A. Manual de exploración (2 ed.). 1994 Salamanca.
- Hall, J. E., & Guyton, A. C. (2011). Guyton and Hall textbook of medical physiology. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Recomendaciones de European Resuscitation Council Guidelines 2025, revisiones y cambios 2026.
- Recomendaciones de la American Heart Association 2025.
- Jiménez López, A. Manual de exploración (2 ed.). 1994 Salamanca.
- Botey, A.; Coca, A.; Ferreira, I.J. Hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva. En: Farreras, P.; Rozman, C. (ed). Medicina interna. (14ª ed.). Madrid: Harcourt, 2000; 665-691.
- López Castro J. Insuficiencia cardíaca: un enfoque multidisciplinar. 1ª ed. Alicante: ECU 2011. 86 p.
- Cid Conde L, López Castro J. Guía de práctica clínica en fibrilación auricular. Arch Medicina 2013;9:1-14. doi: 10.3823/1207

Monitor Desfibrilador LIFEPAK 15 (Lifepak es una marca registrada).