



Resucitación Cardiopulmonar Únicamente de Compresión sin Insuflaciones

“Una declaración del Comité Médico de la International Life Saving Federation”.

Traducción de los Aspectos más relevantes de la Publicación.

Alejandro Vilches Astudillo
Director Docente
Salvamento y Rescate
Guardavidas SEAL Chile
Full Member ILSF



El Comité Médico de ILSF, está preocupado por la publicidad que rodea únicamente a la resucitación cardiopulmonar de sólo compresión sin insuflaciones (“sobre el terreno”), la cual puede desviar a los Guardavidas y/o Rescatistas Acuáticos ante las potenciales necesidades reales de las víctimas de un incidente de ahogamiento por inmersión.

La eficacia de resucitación cardiopulmonar únicamente de compresión, confía en el hecho que en **el paro cardíaco repentino adulto** (la forma más común de paro cardíaco), los pulmones y la sangre contienen las cantidades suficiente de oxígeno en el momento de la parada del corazón. Durante los primeros minutos, la necesidad principal de la víctima es la circulación artificial de la sangre, y esto lo proporciona las compresiones de pecho, obteniendo mejores resultados si no hay ningunas pausas para alientos de rescate. Sin embargo, después de aproximadamente cinco (5) minutos, se requiere que la ventilación o insuflaciones restaure el oxígeno al cuerpo.

Nos gustaría llamar la atención a las siguientes recomendaciones de la reciente publicación de la A.H.A. (American Heart Association), y las publicaciones de la E.R.C (*European Resuscitation Council*), que representan el punto de vista correcto de la atención de la víctima de ahogamiento por inmersión.

Asociación Americana del Corazón (A.H.A)

La resucitación cardiopulmonar para víctimas de ahogamiento por inmersión, debería usar el **“ABC Tradicional” [Vía Aérea – Ventilación - Circulación a través de la compresión de pecho]**, debido a la naturaleza de la detención cardiaca generada por **Hipoxia** (alteración de la fase de ventilación alveolar y/o difusión alvéolocapilar de la respiración, que produce una deficiente entrega de oxígeno atmosférico a la sangre).

El primer y más importante tratamiento de la víctima que se ahoga por inmersión, es la provisión inmediata de ventilación. La iniciación de este protocolo de ventilación y compresión torácica, aumenta la posibilidad de supervivencia de la víctima.

En cuanto a la víctima por inmersión, una vez retirada del agua, el Guardavidas debería abrir la vía aérea, comprobar si hay respiración, y si no hay ninguna respiración, dar 2 insuflaciones eficientes de rescate (con signo de subida de pecho).

[Consejo de Resucitación Europeo]

En los casos de ahogo por inmersión y parada cardíaca, la compresión de pecho combinada con insuflaciones, es el método para la resucitación cardiopulmonar que debe ser entregada tanto por Rescatistas Entrenados y Guardavidas Profesionales.

“La mayor parte de las víctimas que se ahogan por inmersión, habrán sostenido el paro cardíaco secundario a la hipoxia. En estos pacientes, la resucitación cardiopulmonar únicamente de compresión probablemente es menos eficaz y debería ser evitada”.

El primer y más importante tratamiento para la víctima que se ahoga por inmersión, es el alivio de la Hipoxia. Se deben dar cinco insuflaciones de ventilaciones de rescate iniciales cuanto antes.

La causa principal de muerte del ahogamiento es la asfixia, la falta de oxígeno. **Restaurar la circulación de la sangre pobre de oxígeno, por compresión de pecho**, sólo nos dirigirá a problemas subyacente. **Una víctima que se ahoga requiere el oxígeno, y lo requiere rápido.**

Se hace mención que tanto la **A.H.A** y la **E.R.C**, recomienda un número inicial diferente de insuflaciones en la resucitación de víctimas que se ahogan. Nuestra recomendación es que se deben otorgar al menos dos insuflaciones iniciales, pero sugerimos a los Guardavidas y Rescatistas, sigan las directrices nacionales ante el incierto sobre este punto.

Finalmente, llamamos la atención hacia la Declaración de Clarificación ILS sobre la Resucitación Cardiopulmonar para el Ahogamiento, publicado el 3 de abril de 2008. www.ilf.org

Anthony J. Handley MD FRCP
Presidente ILS Comité Médico

Endosado por los siguientes miembros del Comité Médico:

Doctores:

Steve Beerman, Joost Bierens, Zaid Chelvaraj, Andrea Felici, Natalie Hood, Angela Lawson, Yoshihide Nakagawa, David Szpilman, Peter Wernicki.

Anexo de Observaciones SEAL Chile

Se clarifica, que ante una víctima de ahogamiento por inmersión con Paro Cardio Respiratorio, el **Protocolo con D.E.A. (Desfibrilador Externo Automático)**, considera las insuflaciones iniciales, luego las secuencias de ciclos del protocolo de R.C.P 30 X 2 (**para preparar el cuerpo oxigenado ante de la descarga del D.E.A.**), y posteriormente seguir el protocolo de instrucciones del desfibrilador.

“De esta forma, el éxito de reanimación aumenta si se aplica R.C.P antes de la descarga del D.E.A.”

Referencias

1. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2010; 81:e1-e330.
2. Vanden Hoek TL et al. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations: 2010 American Heart Association. *Circulation* 2010; 122; S829-S861.
3. Nolan JP et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Resuscitation* 81 (2010) 1219–1276.
4. Bobrow BJ et al. Chest compression-only CPR by lay rescuers and survival from out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA* 2010; 303:1447-1454.