

La UPRL informa

MANIOBRAS BÁSICAS EN PRIMEROS AUXILIOS, ¡¡ SOLO HAY QUE SABER USAR NUESTRAS MANOS !!

“Resulta chocante como la ciudadanía, en general, en una tarde, con sus manos es capaz de descubrir el funcionamiento de la mayoría de las herramientas tecnológicas que inventamos (teléfono móvil, ordenador, TV...) y sin embargo, las maniobras básicas de actuación en primeros auxilios, donde también se emplean solo nuestras manos, como es en el caso de la maniobra de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) o la maniobra ante la sospecha de atragantamiento, cuesta decidirse a aprenderlas”

Esa es la percepción que tenemos el personal sanitario de los servicios de prevención, que en el día a día, en nuestro contacto con las empresas donde gestionamos la prevención, la vigilancia de la salud y la formación de los trabajadores, paralelo a ese avance tecnológico que se desarrolla en nuestro entorno laboral, en general, pocas personas de la empresa se animan a aprender las mencionadas maniobras básicas de primeros auxilios.

Pero nunca debe ser tarde y desde UPRL animamos a dar ese paso al frente, dado que en algún momento tendremos que afrontar la situación de ver un ciudadano que en nuestra proximidad necesita de nuestra ayuda, bien por una simple herida, una pequeña quemadura, una contusión o un posible desmayo... y aquí es donde observamos que resulta muy útil si en los últimos años hemos recibido información y formación básica en primeros auxilios, sobre todo para recordar la actuación inicial **“sabiendo las dos cosas básicas que debemos hacer y las otras dos, que no debemos hacer”**

¿Pero qué son LOS PRIMEROS AUXILIOS? Sencillamente, es la asistencia y tratamiento inmediato que debemos prestar a una persona que ha sido herida o ha enfermado repentinamente; y que esa asistencia debe prolongarse hasta la llegada de personal sanitario de emergencia.

¿Y los OBJETIVOS EN PRIMEROS AUXILIOS? El ciudadano que actúe en ese momento

- ✓ **Debe intentar salvar la vida de la persona**
- ✓ **Debe evitar nuevas lesiones, no aumentando la gravedad de las ya existentes**
- ✓ **Y debe pedir ayuda**

Sabiendo hacer bien un par de cosas, seguro que vamos a mejorar la situación de ese ciudadano que nos pide ayuda. Y hay que pensar que mañana podemos ser nosotros los necesitados de esa ayuda, en nuestro domicilio, en la calle o en nuestro entorno laboral...

...¡ Y solo con saber usar nuestras manos, podemos salvar una vida!



<http://uprl.unizar.es/informacion.html>

<http://promocionsaludspmaz.blogspot.com>

www.spmas.es



Unidad de
Prevención de
Riesgos Laborales

Universidad Zaragoza

Como se puede leer en este recorte de prensa, una actuación adecuada por unos trabajadores formados en primeros auxilios, pueden ayudar a que una ciudadana con sospecha de paro cardíaco, tras practicarle las maniobras de resucitación cardiopulmonar y uso del desfibrilador, ha logrado salvar su vida hasta la llegada de los servicios de emergencia.

ARAGÓN 10 de junio de 2016 | Heraldo de Aragón

Dos trabajadores de un hipermercado salvan la vida de una mujer de 75 años

ZARAGOZA. Todo quedó en un susto gracias a la entereza y la habilidad de dos trabajadores de un hipermercado. Una mujer salvó ayer su vida después de sufrir un paro cardíaco y ser reanimada por una cajera y un pescadero del centro comercial donde estaba comprando. Estos no dudaron en practicarle las maniobras necesarias para mantenerla con vida mientras llegaban los servicios de emergencia.

La señora, de 75 años, sufrió un infarto mientras compraba a mediodía en el hipermercado de Alcampo en el centro comercial Utrillas de Zaragoza. Fueron los vigilantes los que a través de las cámaras de segu-

ridad detectaron la indisposición de esta mujer.

El jefe del equipo de seguridad se dirigió al lugar donde se encontraba la anciana con un desfibrilador, pero fueron los dos trabajadores –la jefa de línea de caja y el de sección de pescadería– los que tomaron la iniciativa y procedieron a practicarle las maniobras de resucitación cardiopulmonar. Además, le aplicaron la correspondiente descarga eléctrica, según informó la empresa de desfibriladores B+Safe, que precisó que los empleados habían llevado a cabo la formación necesaria. La mujer fue evacuada al hospital Militar.

HERALDO



Demo Video

Basic Life Support
with the use of an
Automated External Defibrillator

ERC GUIDELINES 2015 EDITION



Adjuntamos el enlace al video de las maniobras de resucitación cardiopulmonar que corresponde a la actualización del **Consejo Europeo de Resucitación (ERC)** en el año 2015.

<https://www.youtube.com/watch?v=fb29LCjX4-E>

Para más información, adjuntamos las recomendaciones del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) (*sugerimos solo la lectura de las primeras 20 páginas*)

<http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/Recomendaciones ERC 2015 Resumen ejecutivo.pdf>

Asimismo se adjunta el enlace a “la guía práctica de primeros auxilios en la empresa” publicado en la web de Mutua MAZ.

<http://www.maz.es/Publicaciones/Publicaciones/manual-guia-practica-de-primeros-auxilios-en-la-empresa.pdf>

Respecto a la maniobra de Heimlich, cómo actuar ante un atragantamiento, también adjuntamos dos enlaces de interés.

<https://www.youtube.com/watch?v=PNTp8VKGou8>

<https://www.youtube.com/watch?v=m2GqAjpi-SY>



<http://uprl.unizar.es/informacion.html>

<http://promocionsaludspmaz.blogspot.com>

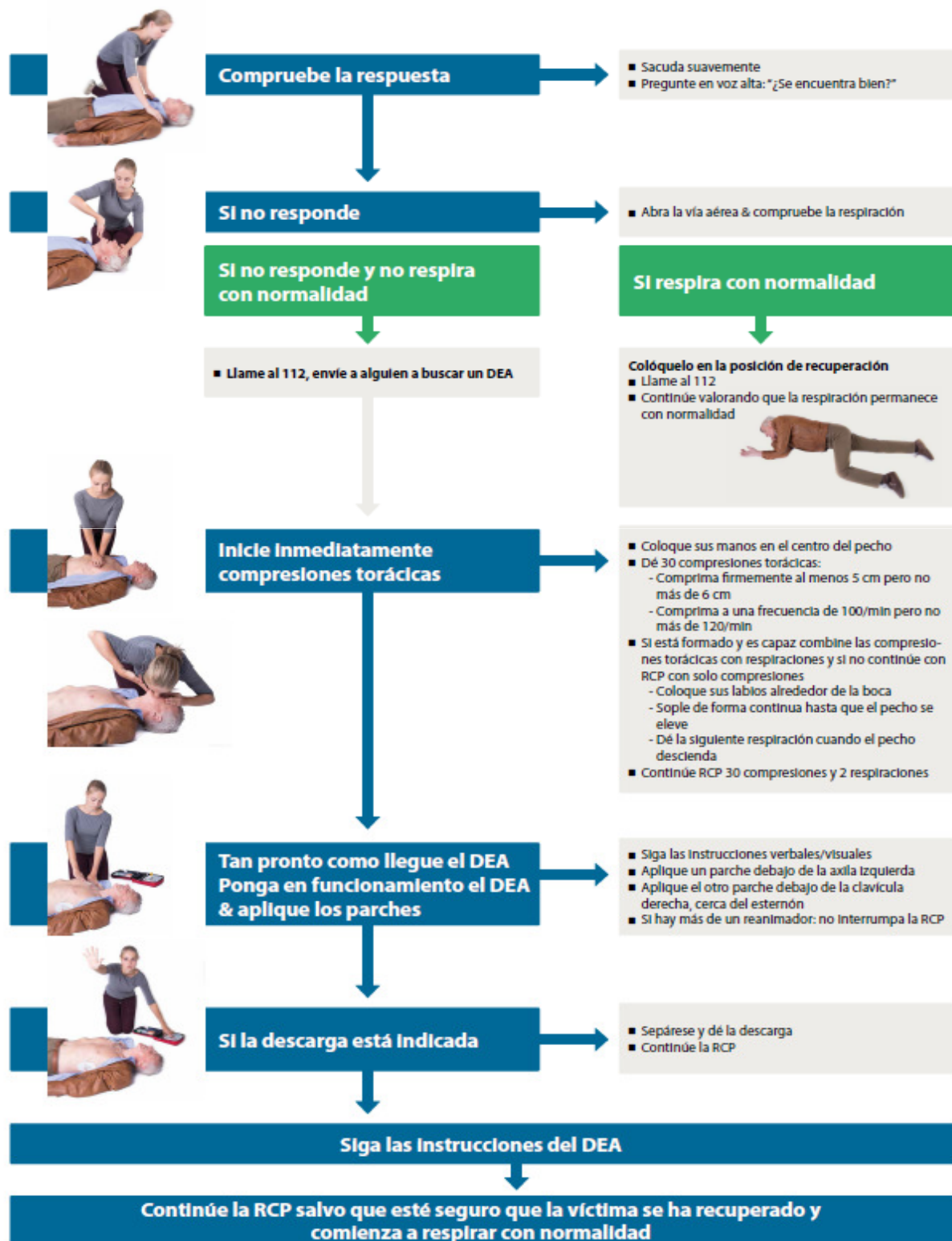
www.spmas.es



Unidad de
Prevención de
Riesgos Laborales

Universidad Zaragoza

Soporte Vital Básico con un Desfibrilador Externo Automatizado (DEA)





Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)

Sección 1: Resumen Ejecutivo



Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>

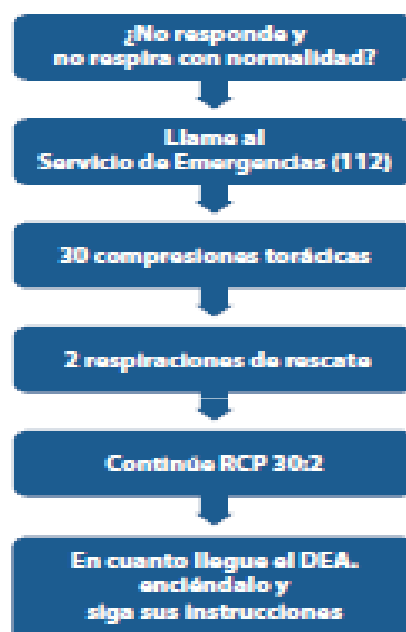


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automática (SVE / DEA)



Figura 1.2 La cadena de supervivencia



Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) Sección 1: Resumen Ejecutivo

Koenraad G. Monsieurs^{a,b}, Jerry P. Nolan^{c,d}, Leo L. Bossaert^e, Robert Greif^{f,g},
Ian K. Maconochie^h, Nikolaos I. Nikolaouⁱ, Gavin D. Perkins^j, Jasmeet Soar^k,
Anatolij Truhlar^{l,m}, Jonathan Wyllieⁿ, David A. Zideman^o, on behalf of the ERC Guidelines 2015 Writing Group¹

a Emergency Medicine, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp, Antwerp, Belgium

b Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent, Ghent, Belgium

c Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Royal United Hospital, Bath, UK

d School of Clinical Science, University of Bristol, Bristol, UK

e University of Antwerp, Antwerp, Belgium

f Department of Anaesthesiology and Pain Medicine, University Hospital Bern, Bern, Switzerland

g University of Bern, Bern, Switzerland

h Paediatric Emergency Medicine Department, Imperial College Healthcare NHS Trust and BRC Imperial NIHR, Imperial College, London, UK

i Cardiology Department, Konstantopouleio General Hospital, Athens, Greece

j Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK

k Heart of England NHS Foundation Trust, Birmingham, UK

l Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Southmead Hospital, Bristol, UK

m Emergency Medical Services of the Hradec Králové Region, Hradec Králové, Czech Republic

n Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, University Hospital Hradec Králové, Hradec Králové, Czech Republic

o Department of Neonatology, The James Cook University Hospital, Middlesbrough, UK

Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

Introducción

Este resumen ejecutivo proporciona los algoritmos de tratamiento esenciales para la resucitación de niños y adultos y destaca los principales cambios desde 2010. En cada una de las diez secciones, que se publican como documentos individuales dentro de este número de *Resuscitation*, se proporciona una orientación detallada. Las secciones de las Recomendaciones 2015 del ERC son:

1. Resumen ejecutivo
2. Soporte Vital Básico y desfibrilación externa automatizada del adulto¹
3. Soporte Vital Avanzado del adulto²
4. Parada cardíaca en circunstancias especiales³
5. Cuidados postresucitación⁴
6. Soporte vital pediátrico⁵
7. Resucitación y soporte de transición de recién nacidos en el paritorio⁶
8. Manejo inicial de los síndromes coronarios agudos⁷
9. Primeros auxilios⁸
10. Principios de formación en resucitación⁹
11. Ética de la resucitación y decisiones al final de la vida¹⁰

Las Recomendaciones 2015 del ERC que siguen no definen la única forma en que se puede realizar la resucitación; sólo representan una opinión ampliamente aceptada de cómo se debería realizar la misma con seguridad y eficacia. La publicación de las recomendaciones de tratamiento nuevas y revisadas no implica que la atención clínica actual sea insegura o ineficaz.

Resumen de los cambios desde las recomendaciones de 2010

Soporte Vital Básico del adulto y desfibrilación externa automatizada

- Las Recomendaciones 2015 del ERC destacan la importancia crítica de las interacciones entre el operador telefónico del servicio de emergencias médicas, el testigo que realiza la RCP y el despliegue a tiempo de un desfibrilador externo

automatizado (DEA). Una respuesta coordinada eficaz de la comunidad que agrupe estos elementos es clave para mejorar la supervivencia de la parada cardíaca extrahospitalaria (Figura 1.1).

- El operador telefónico de emergencias médicas juega un papel importante en el diagnóstico precoz de la parada cardíaca, la realización de RCP con ayuda telefónica (conocida también como RCP telefónica), y la localización y disponibilidad de un DEA.
- El testigo formado y capacitado debería valorar a la víctima del colapso rápidamente para determinar si no responde y no respira normalmente y luego alertar inmediatamente a los servicios de emergencias.
- La víctima que no responde y no respira normalmente está en parada cardíaca y requiere RCP. Los testigos y los operadores telefónicos de emergencias médicas deberían sospechar una parada cardíaca en cualquier paciente que presente convulsiones y valorar cuidadosamente si la víctima respira normalmente.
- Los que realizan la RCP deberían dar compresiones torácicas en todas las víctimas de parada cardíaca. Los que estén formados y sean capaces de hacer respiraciones de rescate deberían realizar compresiones torácicas y respiraciones de rescate combinadas. Nuestra consideración en la equivalencia entre la RCP sólo con compresiones torácicas y la RCP estándar, no es suficiente para cambiar la práctica actual.
- La RCP de alta calidad sigue siendo esencial para mejorar los resultados. Los que realizan RCP deberían asegurar compresiones torácicas de profundidad adecuada (aproximadamente 5 cm pero no más de 6 cm en el adulto medio) con una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto. Permitir que el tórax se reexpanda completamente tras cada compresión y minimizar las interrupciones en las compresiones. Cuando se administren respiraciones de rescate/ventilaciones, emplear aproximadamente 1 segundo para insuflar el tórax con un volumen suficiente para asegurar que el tórax se eleve visiblemente. La relación de compresiones torácicas y ventilaciones sigue siendo 30:2. No interrumpir las compresiones torácicas durante más de 10 segundos para administrar ventilaciones.








SECUENCIA / Acción	Descripción técnica
SEGURIDAD Asegúrese de que usted, la víctima y cualquier testigo están seguros	
RESPUESTA Evalúe a la víctima	 <p>Sacuda suavemente sus hombros y pregunte en voz alta: “¿Se encuentra bien?”</p> <p>Si responde, déjelo en la posición en que lo encontró, siempre que no exista mayor peligro; trate de averiguar qué problema tiene y consiga ayuda si se necesita; reevalúelo con frecuencia</p>
VÍA AÉREA Abra la vía aérea	 <p>Coloque a la víctima boca arriba</p> <p>Coloque su mano sobre la frente e incline suavemente su cabeza hacia atrás; con la yema de sus dedos bajo el mentón de la víctima, eleve el mentón para abrir la vía aérea</p>
RESPIRACIÓN Mire, escuche y sienta la respiración normal	 <p>En los primeros minutos de una parada cardíaca, una víctima puede estar prácticamente sin respiración, o presentar boqueadas infrecuentes, lentas y ruidosas.</p> <p>No confunda esto con la respiración normal. Mire, escuche y sienta durante no más de 10 segundos para determinar si la víctima está respirando normalmente.</p> <p>Si tiene alguna duda acerca de si la respiración es normal, actúe como si no estuviera respirando normalmente y prepárese para empezar RCP.</p>
NO RESPONDE Y NO RESPIRA CON NORMALIDAD Avisé a los Servicios de Emergencias	 <p>Pida a alguien que llame a los Servicio de Emergencias (112) si es posible, si no llámelos usted mismo.</p> <p>Permanezca junto a la víctima mientras hace la llamada si es posible</p> <p>Active la función manos libres en el teléfono para comunicarse mejor con el operador telefónico de emergencias</p>
ENVÍE A POR EL DEA Envíe a alguien a por el DEA	 <p>Si es posible envíe a alguien a buscar un DEA y traerlo. Si está usted sólo, no abandone a la víctima, y comience la RCP</p>

Figura 1.4 Secuencia de acciones paso a paso para la realización de SVB / DEA por un reanimador entrenado para tratar un adulto víctima de parada cardíaca



CIRCULACIÓN

Inicie compresiones torácicas



Arrodílese al lado de la víctima

Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima; (que es la mitad inferior del hueso central del pecho de la víctima o esternón)

Coloque el talón de la otra mano encima de la primera

Entrelace los dedos de sus manos y asegúrese de que la presión no se aplica sobre las costillas de la víctima

Mantenga sus brazos rectos.

No haga presión sobre la parte alta del abdomen o la parte final del esternón (hueso central del pecho)



Colóquese verticalmente sobre el pecho de la víctima y comprima el esternón aproximadamente 5 cm (pero no más de 6 cm)

Después de cada compresión, libere toda la presión sobre el pecho sin perder contacto entre sus manos y el esternón;

Repita a una frecuencia de 100-120 por min



SI ESTÁ FORMADO Y ES CAPAZ

Combine las compresiones torácicas con las respiraciones de rescate



Después de 30 compresiones, abra la vía aérea de nuevo usando la maniobra frente-mentón

Utilice el dedo índice y el pulgar de la mano que tiene sobre la frente para pinzar la parte blanda de la nariz, cerrándola completamente

Permita que la boca se abra, pero mantenga el mentón elevado

Inspire normalmente y coloque sus labios alrededor de la boca, asegurándose de que hace un buen sellado

Sople de modo sostenido en el interior de la boca mientras observa que el pecho se eleva, durante alrededor de 1 segundo como en una respiración normal; esto es una respiración de rescate efectiva **

Manteniendo la maniobra frente-mentón, retire su boca de la víctima y observe que el pecho desciende conforme el aire sale

Tome aire normalmente otra vez y sople en la boca de la víctima una vez más para conseguir un total de dos respiraciones de rescate efectivas. No interrumpa las compresiones más de 10 segundos para dar las dos respiraciones. A continuación recolóque sus manos sin demora en la posición correcta sobre el esternón y dé 30 compresiones más

Continúe con las compresiones torácicas y las respiraciones de rescate en una relación de 30:2

SI NO ESTÁ FORMADO O NO ES CAPAZ DE DAR RESPIRACIONES DE RESCATE

Continúe RCP solo con compresiones



Haga RCP solo con compresiones (compresiones continuas, a una frecuencia de 100-120 por minuto)

**CUANDO LLEGUE EL DEA**

Ponga en funcionamiento el DEA y aplique los parches



Tan pronto como llegue el DEA:

Ponga en funcionamiento el DEA y aplique los parches adhesivos en el pecho desnudo del paciente

Si hay más de un reanimador, las maniobras de RCP se deben continuar mientras se colocan los parches sobre el pecho

Siga las instrucciones visuales/sonoras

Asegúrese de que nadie toca a la víctima mientras el DEA realiza el análisis del ritmo

Si la descarga está indicada, aplique una descarga



Asegúrese de que nadie toca a la víctima

Apretete el botón de descarga como se indica (los DEAs completamente automáticos aplicarán la descarga automáticamente)

Reinicie inmediatamente RCP 30:2

Continúe siguiendo las instrucciones visuales/sonoras.

Si la descarga no está indicada,

continúe RCP



Reinicie a RCP inmediatamente. Continúe como se indica en las instrucciones visuales/sonoras

SI NO SE DISPONE DE DEA CONTINÚE RCP

Continúe RCP



No interrumpa la resucitación hasta que:

- Un profesional sanitario le diga que pare
- La víctima comience a despertar: se mueva, abra los ojos y respire con normalidad.
- Usted se agote

SI NO RESPONDE PERO RESPIRA CON NORMALIDAD

Si está seguro de que el paciente respira con normalidad pero no responde, colóquelo en la posición de recuperación (vea el capítulo de primeros auxilios).



Es raro que la RCP por sí sola reinicie el corazón. A no ser que esté seguro que el paciente se ha recuperado continúe la RCP

Signos de que la víctima se ha recuperado

- comienza a despertar
- se mueve
- abre los ojos
- respira con normalidad

Esté preparado para reiniciar la RCP inmediatamente si el paciente se deteriora



RCP antes de la desfibrilación

Se debe continuar la RCP mientras se trae a la escena y se aplica un desfibrilador o un DEA, pero la desfibrilación no debe demorarse por más tiempo.

Intervalo entre comprobaciones del ritmo

Se debe hacer una pausa en las compresiones torácicas cada dos minutos para evaluar el ritmo cardíaco.

Indicaciones de voz

Es sumamente importante que los que realicen la RCP presten atención a las indicaciones de voz del DEA y las sigan sin demora alguna. Los mensajes de voz son habitualmente programables, y se recomienda que se ajusten de acuerdo con la secuencia de descargas y los tiempos de RCP mencionados arriba. Los dispositivos de medición de calidad de la RCP pueden además proporcionar retroalimentación de la RCP en tiempo real e indicaciones suplementarias de voz o visuales.

En la práctica, los DEA son utilizados principalmente por reanimadores formados, donde la configuración predeterminada de las indicaciones del DEA debería ser con una relación compresión / ventilación de 30:2. Si (como excepción) los DEA están instalados en un entorno donde es poco probable que estén disponibles o presentes estos reanimadores formados, el propietario o el distribuidor pueden optar por cambiar la configuración a solo con compresiones.

Programas de acceso público a la desfibrilación (APD)

La instalación de DEA en zonas donde se puede esperar una parada cardíaca cada 5 años se considera coste efectiva y comparable a otras intervenciones médicas.¹²⁵⁻¹²⁷ El registro de los DEA de acceso público, de modo que los operadores telefónicos de emergencias puedan dirigir a los que realizan la RCP a un DEA cercano, puede también ayudar a optimizar la respuesta.¹²⁸ La efectividad del uso del DEA para víctimas en el hogar es limitada.¹²⁹ La proporción de pacientes que se encuentran en FV es menor en el hogar que en los lugares públicos, sin embargo, el número absoluto de pacientes potencialmente tratables es mayor en el hogar.¹²⁹ El acceso público a la desfibrilación (APD) rara vez llega a las víctimas en el hogar.¹³⁰ Los reanimadores legos asistidos por operador telefónico, próximos a la víctima y dirigidos a un DEA cercano, pueden mejorar las tasas de RCP por testigos³³ y ayudar a reducir el tiempo hasta la desfibrilación.³⁷

Señalización universal del DEA

El ILCOR ha diseñado un símbolo de DEA sencillo y claro que puede ser reconocido en todo el mundo y está recomendado para indicar la presencia de un DEA.¹³¹



Figura 1.1 Las interacciones entre el operador telefónico del servicio de emergencias, el testigo que realiza la RCP y el uso oportuno de un desfibrilador externo automatizado son los elementos clave para mejorar la supervivencia de la parada cardíaca extrahospitalaria.

Riesgos de la RCP para los reanimadores y las víctimas

En las víctimas que finalmente no se encuentran en parada cardíaca, la RCP por testigos muy raramente provoca daños graves. Los que realicen RCP no deberían, por lo tanto, ser reacios a iniciar la misma por temor a causar daño.

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (atragantamiento)

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) es una causa poco frecuente pero potencialmente tratable de muerte accidental.¹³⁸ Dado que las víctimas inicialmente están conscientes y responden, a menudo existen oportunidades para intervenciones precoces que pueden salvar la vida.

Reconocimiento

La OVACE habitualmente ocurre mientras la víctima está comiendo o bebiendo. La Figura 1.5 presenta el algoritmo de tratamiento para el adulto con OVACE. Los cuerpos extraños pueden causar obstrucción de la vía aérea leve o grave. Es importante preguntar a la víctima consciente "¿Se está atragantando?". La víctima que es capaz de hablar, toser y respirar tiene obstrucción leve. La víctima que no puede hablar, tiene una tos débil, está luchando por o no puede respirar, tiene obstrucción completa o grave.

Tratamiento de la obstrucción parcial de la vía aérea

Se debe animar a la víctima a toser puesto que la tos genera presiones de la vía aérea altas y sostenidas y puede expulsar el cuerpo extraño.

Tratamiento de la obstrucción completa de la vía aérea

Para los adultos conscientes y niños mayores de un año de edad con OVACE completa, se han referido casos que han demostrado la eficacia de los golpes en la espalda o palmadas, compresiones abdominales y torácicas.¹³⁹ La probabilidad de éxito se incrementa al realizar combinaciones de golpes en la espalda o palmadas, y compresiones abdominales y torácicas.¹³⁹

Tratamiento de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en una víctima que no responde

Un ensayo aleatorizado en cadáveres¹⁴⁰ y dos estudios prospectivos en voluntarios anestesiados^{141,142} mostraron que se pueden generar presiones más altas en la vía aérea realizando compresiones torácicas que con compresiones abdominales.








Acción	ADULTOS	Descripción técnica	PEDIATRICO
<p>SOSPECHA DE ATRAGANTAMIENTO</p> <p>Sospeche atragantamiento, especialmente si la víctima está comiendo</p>			
<p>ANIME A TOSER</p> <p>Indique a la víctima que tosa</p>			<div data-bbox="798 302 1516 728" style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Tratamiento de la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en Pediatría</p> <p style="text-align: center;">Valorar severidad</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; width: 30%;"> <p style="text-align: center;">Tos inefectiva</p> <p style="text-align: center;">Inconsciente</p> <p style="font-size: 8px;">Abrir la vía aérea 5 respiraciones Iniciar RCP</p> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; width: 30%;"> <p style="text-align: center;">Tos efectiva</p> <p style="text-align: center;">Consciente</p> <p style="font-size: 8px;">5 golpes en la espalda 5 compresiones (solo torácica para lactantes) (abdominal y torácica alternativamente para niños >1 año)</p> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; width: 30%;"> <p style="text-align: center;">Tos efectiva</p> <p style="text-align: center;">Animar a toser</p> <p style="font-size: 8px;">Continúe valorando el deterioro a tos inefectiva o hasta que se desobstruya</p> </div> </div> <p style="font-size: 8px; text-align: center;">Figura 1.23 Algoritmo de tratamiento de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en el niño</p> </div>
<p>DÉ 5 GOLPES EN LA ESPALDA</p> <p>Si la tos se vuelve inefectiva dé hasta 5 golpes en la espalda</p>		<p>Si la víctima muestra signos de obstrucción grave de la vía aérea y está consciente dé 5 golpes en la espalda Sítuese al lado y ligeramente detrás de la víctima Aguante el pecho con una mano e incline a la víctima bien hacia adelante de modo que cuando el objeto causante de la obstrucción sea desplazado progrese hacia la boca en vez de irse más abajo en la vía aérea; Dé hasta cinco golpes secos entre las escápulas con el talón de su otra mano.</p>	<p style="text-align: center;">ADULTOS</p>
<p>DÉ 5 COMPRESIONES ABDOMINALES</p> <p>Si los golpes en la espalda no son efectivos dé hasta cinco compresiones abdominales</p>		<p>Si cinco golpes en la espalda no consiguen aliviar la obstrucción de la vía aérea, dé hasta cinco compresiones abdominales como sigue: Sítuese detrás de la víctima y rodeéala con ambos brazos por la parte superior del abdomen; Incline a la víctima hacia adelante; Cierre el puño y colóquelo entre el ombligo y la caja torácica; Agarre este puño con la otra mano y empuje fuerte y rápido hacia adentro y hacia arriba; Repita hasta cinco veces. Si la obstrucción no se alivia todavía, continúe alternando cinco golpes en la espalda con cinco compresiones abdominales.</p>	
<p>COMIENCE RCP</p> <p>Si la víctima pierde la conciencia comience RCP</p>		<p>Si en cualquier momento la víctima pierde la conciencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coloque a la víctima con cuidado sobre el suelo; • active inmediatamente el Servicio de Emergencias Médicas; • comience RCP con compresiones torácicas. 	

Figura 1.5 Secuencia de acciones paso a paso para el tratamiento de un adulto víctima de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño

Soporte vital pediátrico (RCP básica en niños)

Según la declaración CoSTR del ILCOR sobre la secuencia de maniobras en la RCP básica, se ha encontrado que la secuencia CAB (compresión para la circulación, vía aérea y respiración) y la secuencia ABC (vía aérea, respiración y compresión para la circulación) son equiparables.⁵⁰⁹⁻⁵¹¹ Dado que la secuencia ABC es un método establecido y bien reconocido para la RCP de los niños en Europa, el grupo redactor de Soporte Vital Pediátrico del ERC ha considerado que esta secuencia debería seguir aplicándose, en particular porque ha sido la utilizada, de acuerdo con las recomendaciones anteriores, para formar a cientos de miles de profesionales sanitarios y legos (población general).

Secuencia de acciones de soporte vital básico pediátrico

Los reanimadores que hayan aprendido RCP básica de adultos o la secuencia de "sólo con compresiones" y no tengan conocimientos específicos de RCP pediátrica pueden utilizar la secuencia de adultos, ya que el pronóstico para la víctima sería peor si no hicieran nada. Sin embargo, es mejor realizar respiraciones de rescate como parte de la secuencia de RCP en niños ya que la naturaleza asfíctica de la mayor parte de las paradas cardíacas pediátricas hace necesaria la ventilación como parte de una RCP efectiva.^{119,120} A los profesionales no sanitarios que deseen aprender RCP pediátrica por ser responsables de la atención a niños (por ejemplo, profesores, enfermeras de escuelas, socorristas), se les debe enseñar que es preferible modificar la secuencia de RCP básica del adulto y realizar cinco respiraciones iniciales seguidas de un minuto de RCP antes de buscar ayuda (ver la sección de recomendaciones de RCP básica de adultos).

Soporte vital básico pediátrico

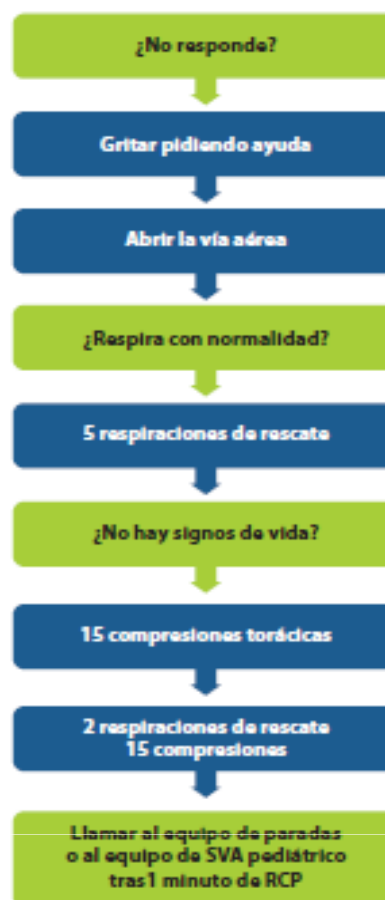


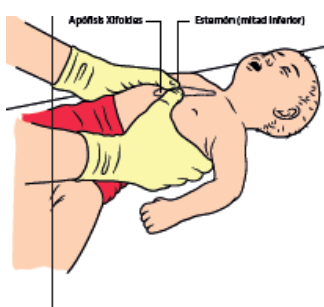
Figura 1.17 Algoritmo de la RCP básica (soporte vital básico) en niños

Respiraciones de rescate para niños mayores de 1 año

- Asegurar la apertura de la vía aérea con la maniobra frente mentón.
- Pinzar la parte blanda de la nariz con los dedos pulgar e índice de la mano que está apoyada en la frente.
- Permitir que se abra la boca, pero mantener la elevación



Figura 1.18 Ventilación boca a boca y nariz en el lactante



Compresiones torácicas en el lactante

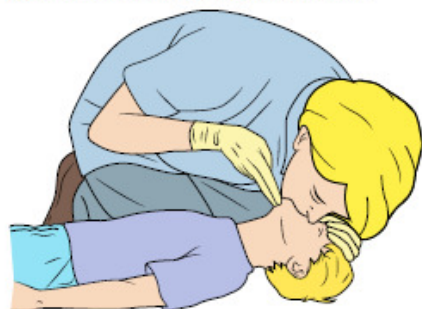


Figura 1.19 Ventilación boca a boca en el niño



1 Compresiones torácicas con una mano en el niño