

Principales recomendaciones de reanimación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia para el año 2020

Best practice recommendations for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care for 2020

Erika F. Adriazola Martínez & Jorge A. Tapia Piérola

ADRIAZOLA, E. & TAPIA, J. Principales recomendaciones de reanimación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia para el año 2020. *J. health med. sci.*, 7(3):143-149, 2021.

RESUMEN: Las altas tasas de letalidad y mortalidad a causa del paro cardiorespiratorio por fibrilación ventricular son considerados un problema de salud pública, cobrando gran relevancia la posibilidad de que sean revertidos rápidamente con la presencia de profesionales capacitados o por personal "lego" actualizados en reanimación cardiopulmonar. El objetivo del presente artículo de revisión fue analizar las nuevas recomendaciones de la American Heart Association para reanimación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia para el año 2020.

Palabras claves: Reanimación cardiopulmonar, paro cardíaco, muerte súbita cardíaca.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la enfermedad coronaria es la primera causa de muerte, ocasionando 15,2 millones de defunciones en el año 2016 y ha sido la principal en los últimos 15 años (OMS, 2020), su manifestación más grave la muerte súbita (MS) que representa el 60% del total de casos (Cordeiro, 2017), siendo considerado como problema de salud pública con altas tasas de mortalidad y letalidad. En Chile, en el año 2019, la enfermedad coronaria fue la segunda causa de muerte (DEIS, 2020), detrás de los tumores malignos del sistema digestivo y se estima que fallece una persona cada hora (Rojas, 2012). La fibrilación ventricular (FV) es el ritmo más frecuente durante la MS, siendo su principal tratamiento la reanimación cardiopulmonar (RCP) efectiva y la desfibrilación precoz (Cordeiro, 2017).

A pesar de la evidencia existente en RCP en personas con paro cardiorrespiratorio extrahospitalaria (PCEH), en EE.UU en el año 2015, menos del 40% de los adultos recibieron maniobras de RCP iniciada por personas sin experiencia médica y en menos del 12% se utilizó un desfibrilador externo automático (DEA), antes de la llegada el equipo médico avanzado (Lavonas, 2012). En el

ambiente intrahospitalario, un 1,2% de las personas ingresadas sufren PCR, con buenos resultados clínicos, y continúan mejorando (Lavonas, 2020). Existe poca información publicada sobre el PCEH en Chile y en Latinoamérica, su manejo se basa en información extranjera.

El entrenamiento del personal es directamente proporcional al éxito de estas maniobras. Desde el 2010, existe un consenso internacional auspiciado por el Comité de Enlace Internacional de Reanimación (ILCOR) en base a las más grandes sociedades científicas de RCP de todo el mundo (Arriaza, 2012). Estos organismos en la actualidad están encargados de la implementación de guías clínicas y protocolos establecidos en el ámbito mundial, específicamente la American Heart Association (AHA), llevando a cabo sus actualizaciones cada cinco años, realizando la última versión en octubre del año 2020 (Sánchez, 2015).

El objetivo del presente artículo de revisión fue analizar las nuevas recomendaciones de la AHA sobre RCP y atención cardiovascular de emergencia (ACE) para el año 2020, otorgando una guía de consulta rápida de los temas.

DESARROLLO

A continuación, se detallan los aspectos claves y los principales cambios realizados para cada grupo:

1. Soporte vital básico (SVB) y cardiovascular avanzado (SVCA) para adultos

- Se revisaron ayudas visuales y algoritmos, así como aportar una guía fácil para situaciones de reanimación en SVB y SVCA.
- Enfatiza la importancia del inicio temprano de RCP por parte de reanimadores legos. Se recomienda que los reanimadores legos inicien RCP para tratar un supuesto PCR porque el riesgo de daño al paciente es bajo si este no sufre un PCR.
- Énfasis en la administración temprana de adrenalina. Se reafirma respecto al momento de la administración, en caso de un PCR con ritmo “no desfibrilable”, recomienda administrar la adrenalina tan pronto sea posible. En PCR con un ritmo “desfibrilable”, recomienda administrar la adrenalina después de que los primeros intentos de desfibrilación hayan fallado.
- Recomienda el uso de retroalimentación audiovisual en tiempo real como medio para mantener la calidad de la RCP y optimizar el tiempo real el rendimiento de la RCP.
- Aconseja el monitoreo continuo de parámetros fisiológicos como la presión arterial invasiva o dióxido de carbono al final de la espiración (ETCO₂) para controlar y optimizar la calidad de la RCP.
- No se recomienda el uso de la desfibrilación secuencial doble para tratar un ritmo “desfibrilable” refractario porque no se encontró evidencia para respaldarla.
- El acceso intravenoso (IV) es la vía preferida para la administración del medicamento durante la reanimación avanzada, la vía IV se asoció con mejores resultados clínicos. En situaciones que el acceso IV es difícil, el acceso IO es la segunda alternativa.
- El algoritmo de atención postparo cardíaco se ha actualizado para enfatizar importantes componentes de atención. Después del retorno de la circulación espontánea (RCE) requiere especial atención la oxigenación, control de la presión arterial, evaluación de la intervención coronaria percutánea, manejo de la temperatura,

tratamiento de convulsiones y neuropronóstico multimodal. El neuropronóstico debe realizarse no antes de las 72 horas después de recuperar la normotermia.

- Sobrevivientes a un PCR deben acceder a una evaluación y tratamiento de rehabilitación multimodal para abordar sus necesidades cardiopulmonares, neurológicas, físicas, cognitivas y psicosociales antes del alta hospitalaria. El paciente y cuidadores deben recibir una planificación integral y multidisciplinaria sobre tratamiento médico y rehabilitación. Además, una evaluación estructurada de la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático y la fatiga para sobrevivientes y sus cuidadores.
- Después de un PCR es beneficioso un debriefing y las entregas de apoyo emocional para reanimadores legos, proveedores de servicio emergencias médicas (SEM), trabajadores de la salud. Los reanimadores y proveedores pueden presentar ansiedad, estrés postraumático por proporcionar SVB o por no hacerlo. Los debriefings pueden permitir una revisión del desempeño del equipo.
- El PCR en mujeres embarazada se centra en la reanimación materna, con la preparación para una posible cesárea perimortem, para salvar al hijo y mejorar las posibilidades de una reanimación exitosa de la madre. En embarazadas se debe priorizar la oxigenación y el manejo de la vía aérea durante la reanimación del PCR. No se debe llevar a cabo el monitoreo fetal durante el PCR en embarazadas. Recomendamos un manejo específico de la temperatura para embarazadas que permanecen en Coma después de la reanimación, además de supervisar continuamente al feto para detectar bradicardia como una posible complicación.
- Se incorpora un sexto eslabón, “Recuperación”, a las cadenas de supervivencia del paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) y PCEH.
- Se modificó el algoritmo universal de PCR en adultos con énfasis en la administración temprana de adrenalina en pacientes con ritmos no desfibrilables.
- Se incorporaron dos nuevos algoritmos de emergencia asociada al consumo de opiáceos (para reanimadores legos y reanimadores entrenados).
- Actualización del algoritmo postparo cardíaco con énfasis en evitar hiperoxia, hipoxemia e hipotensión.
- Nuevo algoritmo de PCR en el embarazo para abordar estos casos especiales.

2. Soporte Vital Básico y avanzado para pediátricos

- Se revisaron ayudas visuales y algoritmos, así aportar una guía fácil para situaciones de reanimación en Soporte vital básico y avanzado pediátrico.
- Recomienda cambios en la frecuencia de ventilación asistida “ventilación de rescate”, se recomienda incrementar a 1 ventilación cada 2 a 3 segundos (20-30 ventilaciones por minuto) para todas las situaciones de reanimación pediátrica.
- Recomienda cambios en la frecuencia de ventilación asistida cuando se realiza RCP en lactantes y niños con un dispositivo avanzado para la vía aérea, puede ser razonable utilizar un rango de frecuencia respiratoria de 1 ventilación cada 2 a 3 segundos (20 a 30/min), teniendo en cuenta la edad y la afección clínica.
- Se recomienda optar por tubo endotraqueal (TE) con balón, a diferencia de TE sin balón para intubar a niños y lactantes, considerar el tamaño del tubo, la posición y la presión de inflado del balón (<20 a 25 cm/H₂O). Los TE con balón y demuestran una menor necesidad de cambios de tubo y reintubación, además de reducir el riesgo de aspiración.
- No recomienda el uso rutinario de presión cricoidea durante la intubación endotraqueal de pacientes pediátricos, ya que reduce los índices de éxito de la intubación y no reduce el índice de regurgitación.
- Es recomendable en cualquier situación administrar la dosis inicial de adrenalina en un plazo de 5 minutos desde el comienzo de las compresiones torácicas.
- En el caso de pacientes con monitoreo continuo invasivo de la presión arterial en el momento del PCR, es recomendable utilizar la presión arterial diastólica para evaluar la calidad de la RCP, se mejoraron las tasas de supervivencia con un resultado neurológico favorable si la presión arterial diastólica era de, al menos, 25 mm/Hg en lactantes y al menos 30 mm/Hg en niños más grandes.
- Por primera vez las guías entregan recomendaciones específicas para el manejo de las convulsiones posterior a un PCR. Según los recursos disponibles, recomienda un monitoreo electroencefalográfico continuo para la detección de convulsiones tras el PCR en pacientes con encefalopatía persistente. Se recomienda tratar las convulsiones clínicas y el estado epiléptico no convulsivo tras el PCR, ya que se asocian con malos resultados, y el tratamiento del estado epiléptico resulta beneficioso en pacientes pediátricos en general.
- La recuperación de un PCR continúa mucho después de la hospitalización inicial, al igual que en adultos se recomienda evaluar a los sobrevivientes de PCR pediátrico para que reciban servicios de rehabilitación. Se recomienda derivar a sobrevivientes de PCR pediátrico para una evaluación neurológica continua mínimo durante el primer año posterior al PCR. Los sobrevivientes pueden requerir atención médica integrada continua, rehabilitación y apoyo de un cuidador y de la comunidad en los meses o años posteriores al PCR.
- En pacientes con shock séptico, se recomienda administrar líquidos en dosis de 10 ml/kg o 20 ml/kg con reevaluación frecuente. En shock séptico refractario es recomendable utilizar adrenalina o noradrenalina como infusión vasoactiva inicial, si no se dispone de los fármacos anteriores, se puede utilizar dopamina.
- En pacientes pediátricos con shock séptico sin respuesta a líquidos y que requieren asistencia vasoactiva, se recomienda la administración de corticoides con dosis de estrés, ya que la sobrecarga de líquidos puede dar lugar a una morbilidad elevada. En estudios recientes de pacientes con shock séptico, aquellos que recibieron una terapia inadecuada con líquidos tuvieron más probabilidades de desarrollar una sobrecarga de líquidos clínicamente significativa y requerir ventilación mecánica. Estudios clínicos recientes sugieren un beneficio de la administración de corticoides en algunos pacientes pediátricos con shock séptico refractario.
- En la reanimación de pacientes pediátricos con shock hemorrágico hipotensivo traumático, es razonable administrar hemoderivados, en lugar de administrar cristaloides con volúmenes continuos. Versiones anteriores no diferenciaban el tratamiento de un shock hemorrágico de otras causas de shock hipovolémico.
- En el caso de un paciente con una presunta sobredosis de opiáceos con paro respiratorio, además de proporcionar SVB o SCVA, se recomienda que personal de emergencia administre naloxona intramuscular o intranasal.
- En el caso de los pacientes pediátricos que están en PCR, ante la ausencia de un beneficio comprobado por el uso de naloxona, las medidas de reanimación estándar deben tener priori-

dad sobre la administración de naloxona, con un enfoque en la RCP de alta calidad.

- Las nuevas guías contienen recomendaciones para el tratamiento de niños con paro respiratorio o PCR por sobredosis de opiáceos, son idénticas para adultos y niños, excepto que se recomienda RCP con ventilaciones y compresiones para todas las víctimas pediátricas de presunto PCR.
- Debido al alto riesgo de PCR en niños con miocarditis aguda se recomienda la consideración temprana del traslado a una UCI, además del uso de soporte vital extracorpóreo (SVEC) o el apoyo circulatorio mecánico pueden ser beneficiosos para ayudar a los órganos vitales y evitar el PCR.
- Para lograr una reanimación exitosa en niños con miocarditis y cardiomiopatía, una vez que se produce el PCR, puede ser beneficioso realizar una evaluación temprana de RCP extracorpórea.
- En relación con el ventrículo único: recomendaciones para el tratamiento de pacientes en la etapa paliativa preoperatoria y postoperatoria. El monitoreo directo o indirecto de la SatO₂ puede ser beneficioso para marcar una tendencia y dirigir el tratamiento en neonatos en estado crítico luego de la etapa paliativa o la realización de una derivación.
- En pacientes con una derivación restrictiva, puede ser útil para aumentar el suministro sistémico de oxígeno (DO₂) la reducción de la resistencia vascular sistémica con el uso de vasodilatadores sistémicos, mientras que la manipulación de la resistencia vascular pulmonar puede tener poco efecto.
- Tras la etapa paliativa I Norwood el SVEC puede ser útil para tratar un bajo nivel sistémico de DO₂.
- En la situación de sospecha u obstrucción de derivación, recomendable administrar oxígeno, drogas vasoactivas para aumentar la presión de perfusión de derivación, además administrar heparina en bolo mientras se prepara para la intervención.
- Para los neonatos antes de la etapa de reparación I con sobrecirculación pulmonar y gasto cardíaco sistémico sintomático y DO₂ bajos, es razonable tener como objetivo una presión parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) de 50 a 60 mm/Hg. Esto se puede lograr mediante la ventilación mecánica o la administración de la sedoanalgesia con o sin bloqueo neuromuscular.
- Recomendaciones para el tratamiento en etapa II posoperatoria y la etapa III paliativa En pacientes con un estado previo al PCR con una fisiología de anastomosis cavopulmonar superior y

una hipoxemia grave debido a un flujo sanguíneo pulmonar inadecuado, pueden ser útiles para aumentar la oxigenación arterial cerebral y sistémica estrategias de ventilación que apuntan a lograr una acidosis respiratoria leve y una presión media mínima en las vías aéreas sin atelectasia.

- Considerar el SVEC en pacientes con anastomosis cavopulmonar superior o circulación Fontan para tratar un DO₂ bajo de causas reversibles o como puente para un dispositivo de asistencia ventricular o revisión quirúrgica.
- En Hipertensión Pulmonar (HP), proporcionar una supervisión y un manejo respiratorios cuidadosos para evitar la hipoxia y acidosis en la atención posoperatoria. En pacientes con un alto riesgo de sufrir crisis hipertensivas pulmonares, se pueden proporcionar analgésicos, sedantes y bloqueantes neuromusculares adecuados.
- En el tratamiento inicial de crisis hipertensivas pulmonares, la inducción de alcalosis a través de la hiperventilación o administración de soluciones alcalinas pueden ser útiles mientras se administran vasodilatadores específicos pulmonares
- En el caso que presenten HP refractaria, incluidos signos de bajo gasto cardíaco o insuficiencia respiratoria severa a pesar de un tratamiento óptimo, se puede considerar el SVEC.
- Se implementaron nuevas mejoras enfocadas en las ayudas visuales a fin de garantizar su utilidad en el lugar de atención. Se incluyen los siguientes:
 - Se creó una nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCIH.
 - Se incorporo un sexto eslabón, "Recuperación", a la cadena de supervivencia pediátrica para PCEH, y también se incluye en la nueva cadena de supervivencia pediátrica para PCIH
 - Se actualizó algoritmo de PCR pediátrico y el algoritmo de bradicardia pediátrica con pulso.
 - El algoritmo único de taquicardia pediátrica con pulso ahora cubre tanto taquicardias de complejo estrecho como ancho.
 - Se agregaron dos nuevos algoritmos de emergencia asociada al consumo de opiáceos tanto para reanimadores legos como aquellos entrenados.
 - Se proporciona nueva lista de comprobación para la atención postparo cardíaco pediátrico.

3. Soporte vital Neonatal

- La reanimación para recién nacido (RN) requiere anticipación y preparación por parte de proveedores que se entrenan individualmente y como

equipos. Se recomienda que a cada nacimiento debe asistir al menos una persona que pueda realizar los pasos iniciales de la reanimación para RN e iniciar una ventilación a presión positiva (VPP).

- La prevención de la hipotermia es un punto importante para la reanimación neonatal. El contacto piel a piel con la madre de los RN sanos que no requieren reanimación después del parto es recomendable para mejorar la lactancia, control de temperatura y la estabilidad de la glucemia. Se puede evaluar y controlar al RN durante contacto piel a piel con su madre después del parto, ya que en la mayoría nacidos no han de requerir reanimación ni pinzamiento inmediato del cordón umbilical.
- La prioridad en los RN que necesitan soporte vital tras el nacimiento son insuflación y la ventilación de los pulmones.
- El indicador más importante a la ventilación efectiva y a las intervenciones de reanimación es el aumento de la frecuencia cardíaca.
- La pulsioximetría es útil para guiar la terapia con oxígeno y lograr los objetivos de saturación de oxígeno.
- No se recomienda realizar una laringoscopia de rutina con o sin aspiración traqueal en RN no vigorosos (que presentan apnea o un esfuerzo ventilatorio ineficaz) que nacen con líquido amniótico teñido de meconio (LATM), Los RN no vigorosos que nacen con LATM y que presentan indicios de obstrucción de vía aérea durante la VPP, es recomendable realizar la intubación y la aspiración endotraqueal.
- No se recomienda la aspiración endotraqueal de rutina para RN vigorosos o no que nacen con LATM. La aspiración endotraqueal solo tiene indicación si se sospecha una obstrucción de la vía aérea después de proporcionar VPP.
- Se debe proporcionar compresiones si la respuesta de la frecuencia cardíaca a la ventilación después de los pasos correctivos es deficiente, que preferentemente incluyen la intubación endotraqueal.
- La respuesta de la frecuencia cardíaca del RN a las compresiones torácicas y los fármacos vasoactivos debe ser controlada y monitorizada electrocardiográficamente.
- Los RN que requieren un acceso en el momento del parto, la vena umbilical es la vía recomendada. Si no es factible acceder por vía IV, es razonable utilizar el acceso intraóseo (IO). El cateterismo venoso umbilical es la técnica preferida en

la sala de parto. El acceso IO esta más asociada a complicaciones locales.

- Si no hay respuesta a las compresiones torácicas en la reanimación, puede ser razonable proporcionar adrenalina, preferentemente a través de la vía IV.
- RN que no responden a la administración de adrenalina y que tienen antecedentes o exámenes con sospecha de pérdida de sangre pueden requerir una expansión del volumen.
- En los RN que reciben reanimación, si no hay frecuencia cardíaca y se han realizado todos los pasos de reanimación, se debe analizar con el equipo de atención y con la familia el cese de los esfuerzos de reanimación en un plazo de 20 minutos después del nacimiento, ya que tras este tiempo tendrían una baja probabilidad de supervivencia.
- Un entrenamiento de refuerzo frecuente y breve mejora el rendimiento en estudios de simulación y reduce la mortalidad neonatal, por lo tanto, se recomienda un entrenamiento individual o de refuerzo del equipo con una frecuencia menor a los 2 años, así favorecer la retención de conocimientos, habilidades y comportamientos. Los estudios educativos sugieren que el conocimiento disminuye en un plazo de 3 a 12 meses después del entrenamiento.

4. Ciencia para la educación de la reanimación

- Debe considerarse para mejorar la adquisición de habilidades y el desempeño la integración de un modelo de práctica deliberada y aprendizaje de dominio en los cursos de soporte vital. La evidencia sugiere que la incorporación de este modelo mejora varios resultados del aprendizaje.
- Es recomendable implementar entrenamiento de refuerzo cuando se utiliza un enfoque de aprendizaje grupal para facilitar la retención de las habilidades de RCP. Es razonable utilizar un enfoque de aprendizaje espaciado en lugar de uno grupal o masivo para el entrenamiento en reanimación, ya que mejora la retención de habilidades de RCP. Los estudios muestran que los cursos de aprendizaje espaciados, o el entrenamiento que se separa en varias sesiones, tienen una efectividad igual o mayor en comparación con los cursos dictados como un solo evento.
- En el entrenamiento de reanimadores legos la combinación de autoaprendizaje más el entrenamiento práctico por parte de un instructor puede recomendarse como una alternativa a los cursos

presenciales. Se recomienda el autoaprendizaje cuando no haya posibilidad de entrenarse bajo la supervisión de un instructor, ya que existen estudios que han encontrado que el autoaprendizaje o la enseñanza basada en videos son tan eficaces como el entrenamiento dirigido por un instructor en reanimadores legos.

- Se recomienda entrenar a los niños de educación primaria y secundaria sobre cómo realizar RCP.
- Es recomendable realizar un entrenamiento de reanimación in situ basado en simulaciones, además o en reemplazo de un entrenamiento tradicional. La simulación in situ se refiere a actividades de entrenamiento que se realizan en áreas de atención del paciente reales, que tienen la ventaja de brindar un entorno más realista, además que las nuevas evidencias demuestran que puede tener un impacto positivo en los resultados del aprendizaje y en los resultados del paciente.
- La utilización del aprendizaje lúdico y de realidad virtual se puede considerar para la capacitación de SVB o SVA tanto para los legos como para los profesionales de la salud, ya que algunos estudios han demostrado beneficios positivos en los resultados de aprendizaje.
- Las personas sin experiencia médica deben recibir entrenamiento sobre cómo responder ante casos de víctimas de sobredosis de opiáceos, incluida la administración de naloxona.
- Es acertado el entrenamiento para reanimadores legos en cómo dar respuesta a una sobredosis de opiáceos, incluida la administración de naloxona.
- Enfocar la educación en RCP en poblaciones específicas (nivel socioeconómico, etnias).
- Las mujeres también tienen menos probabilidades de recibir RCP de parte de un testigo presencial, por lo tanto, se debe ajustar la educación para abordar las diferencias de género, así eliminar las disparidades en el entrenamiento y el desempeño de los testigos presenciales al realizar RCP.
- Se recomienda que los SEM supervisen la exposición del personal clínico a la reanimación, así garantizar que cuenten con miembros competentes en el manejo de PCR. La mayor exposición del médico del SEM a casos de PCR se asocia con mejores resultados. Debido a que la exposición puede variar, recomendamos que los SEM monitoricen la exposición de los médicos e implementen estrategias para tratar la baja exposición.
- Es recomendable que todos los profesionales de

la salud tomen un curso de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS) o equivalente, ya que el curso de ACLS ha sido reconocido como componente esencial del entrenamiento de reanimación para los profesionales de cuidados intensivos. Los estudios respaldan que los equipos de reanimación con miembros entrenados en SVCA/ACLS ofrecen mejores resultados.

- Es recomendable incrementar la disposición de testigos para realizar RCP mediante entrenamiento en RCP individual o masivo, concientización sobre RCP y promoción de RCP "solo con las manos", estas estrategias se asocian al aumento de las tasas de RCP realizada por testigos presenciales. La realización inmediata de RCP por parte de un testigo incrementa las posibilidades de supervivencia de la víctima al PCR en PCEH.

5. Sistemas de atención

- La recuperación tras sobrevivir a un PCR continúa mucho después de la hospitalización inicial.
- Énfasis en apoyar la capacidad y disposición de la población en general para realizar RCP y usar un DEA mejoran los resultados de reanimación en las comunidades.
- Utilizar nuevos métodos de tecnología móvil para alertar a legos entrenados sobre algún evento cercano que requiera RCP son esperanzadores.
- Los Centros reguladores del sistema de emergencia deben instruir a testigos presenciales para iniciar RCP usando solo las manos en adultos y niños.
- Sistemas de advertencia temprana y equipos de respuesta rápida pueden prevenir PCR en hospitales pediátricos y para adultos.
- Poco se sabe sobre el efecto de las ayudas cognitivas (checklist, algoritmos, nemotecnias) en el desempeño de los SEM o equipos de reanimación intrahospitalarios. En personas sin entrenamiento las ayudas cognitivas pueden mejorar el rendimiento de la reanimación.
- La retroalimentación mediante debriefing estructurados mejoran el desempeño de los equipos.
- Se recomienda que los centros de salud que traten a pacientes con PCR recopilen, revisen y evalúen datos de procesos de atención médica para evaluar la calidad e identificar oportunidades de mejora. Una Revisión sistemática del 2020 demuestra una mejora en la supervivencia del PCR en organizaciones y comunidades que participaron en registros de PCR.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el artículo analiza y resume las nuevas actualizaciones, cambios y ratificaciones que entrega las guías de la AHA para RCP y ACE para los temas relacionados de adulto, niños y neonatos, ciencias de la educación para la reanimación y los sistemas de atención sanitaria para el año 2020, basados en el mejor nivel de evidencia, para incorporar la mejor ciencia y claridad a profesionales de salud.

ADRIAZOLA, E. & TAPIA, J. Best practice recommendations for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care for 2020. *J. health med. sci.*, 7(3):143-149, 2021.

ABSTRACT: High rates of lethality and mortality due to ventricular fibrillation cardiorespiratory arrest are considered a public health problem. Thus, the possibility of reversed quickly by trained professionals or updated "lego" staff in cardiopulmonary resuscitation is taking great relevance. The objective of this review article was to discuss the New Recommendations of the American Heart Association for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care for 2020.

Key words: Cardiopulmonary resuscitation, cardiac arrest, sudden cardiac death.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaza N. y Mercedes M. Monitorización de la calidad de reanimación cardiopulmonar. *Rev Chil Anest* [Internet], Chile 2012; 41: 42-45 Disponible en: http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/5046216c2f6e8_monitorizacion_arriaza.pdf [Consultado 2020 Dic 10]
- Cordero Escobar, Idoris. La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. *Corsalud* [Internet] 2017; v. 9, n. 4, p. 279-281, ISSN 2078-7170. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/263/546> [Consultado 2020 Dic 10]
- Departamento de Estadística e Información en Salud. DEIS. Chile: Estadísticas de defunciones por causa básica de muerte. División de Planificación Sanitaria. Ministerio Salud; Diciembre 2020. [Internet]. Disponible en: https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1_0/DEF?publish=yes [Consultado 2020 Dic 10]
- Lavonas Eric J., MD, MS; Magid David J., MD, MPH; Aziz Khalid, MBBS, BA, MA, MEd(IT); Berg Katherine M., MD; Adam Cheng, MD; Amber V. Hoover, RN, MSN; Melissa Mahgoub, PhD; Ashish R. Panchal, MD, PhD; Amber J. Rodriguez, PhD; Alexis A. Topjian, MD, MSCE; Comilla

- Sasson, MD, PhD; y el equipo del proyecto Aspectos destacados de las Guías de la AHA. Edición en español: Fabián Gelpi, MD; Hector Aranibar, MD; Sandra Patricia Swieszkowski, MD; Juan Fraga, MD. 2020 [Internet]. [Consultado 2020 Dic 10] Disponible en: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Suiza. OMS; Notas descriptivas; c2019. 10 Principales causas de defunción; 2018 Mayo 24 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> [Consultado 2020 Dic 10]
- Rojas Luis, Aizman Andrés, Arab Juan Pablo, Utili Franco, Andresen MsC Max. Reanimación cardiopulmonar básica: conocimiento teórico, desempeño práctico y efectividad de las maniobras en médicos generales. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2012 Ene; 140 (1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100010&lng=en&nrm=iso&tng=en [Consultado 2020 Dic 10]
- Sánchez García Ana Belén, Fernández Alemán José Luis, Alonso Pérez Nuria, Hernández Hernández Isabel, Navarro Valverde Raquel, Rosillo Castro Daniela. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Jul; 14 (39): 230-245. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300012&lng=es [Consultado 2020 Dic 11]

Dirección para correspondencia:
Carmen Sandra Guzmán Calcina
Servicio de salud de Iquique. Hospital Regional
Ernesto Torres Galdames
Iquique
CHILE

Email: erika.adriazola@gmail.com

Recibido: 15-06-2021
Aceptado: 19-07-2021