

ILCOR 2025

Se han publicado en su versión pre-print la actualización de las recomendaciones en reanimación para el año 2025 realizada por ILCOR.

ILCOR es el comité de enlace internacional en reanimación.

Este comité se creó en 1992 y está conformado por las principales sociedades científicas en el mundo en materia de reanimación

SU OBJETIVO:

Crear un consenso global basado en la evidencia sobre el cuidado cardiovascular de emergencia, reanimación y primeros auxilios.

SU VISIÓN:

Salvar más vidas en el mundo.

Mientras que las guías de las principales sociedades como la AHA o el consejo europeo en reanimación, se actualizan en promedio cada 5 años, ILCOR ha optado por la estrategia más dinámica haciendo una revisión anual de la información disponible para ir actualizando las recomendaciones.

Para ello ha creado 6 **grupos de trabajo:**

BLS soporte vital básico

ALS soporte vital avanzado

PLS soporte vital pediátrico

NLS soporte vital neonatal

EIT educación, implementación y equipos

First Aid primeros auxilios

Vamos a enfocarnos en los cambios y recomendaciones hechas para adultos.

Grupo de trabajo de BLS:

1. **No se recomienda la elevación de la cabeza y el torso para la RCP.**

esto porque algunos estudios habían sugerido que elevar la cabeza unos 20° podría mejorar el resultado, sin embargo, la evidencia es pobre e inconsistente, por lo tanto, por ahora la RCP en posición Supina como se ha venido haciendo.

2. Se debe optimizar la asistencia de los operadores telefónicos en:

- Reconocimiento
- Inicio de la RCP
- Uso de los DEA (**desfibrilador externo automático**)

Aquí se queda un poco corta la información. Porque nos dicen que se debe mejorar la forma en que los operadores asisten a un reanimador lego que esta ante un paro cardiaco extrahospitalario, pero no menciona una estrategia clara de cómo hacerlo.

3. En cuanto al reconocimiento de un paro cardiaco asistido por un operador telefónico y aunque se han evaluado diferentes estrategias; ninguna es tan eficaz como el método de 2 preguntas

- **¿Está la persona consciente?**
- **¿Respira normalmente?**

Pero mencionan que sigue siendo un desafío para los operadores telefónicos el poder identificar cuando una persona al otro lado de la línea esta ante una respiración normal o una respiración agónica.

4. Se recomienda que los operadores telefónicos asistan al reanimador Lego durante la RCP básica.

Pero nuevamente mencionan que no se sabe cuál es la forma correcta de hacerlo así que por ahora se continúa recomendando que se utilice un lenguaje simple para dar instrucciones, y que; el uso de videollamadas podría ser útil para dar indicaciones sobre, por ejemplo: la forma correcta de hacer las compresiones torácicas.

5. Respecto al uso de un DEA asistido por el operador telefónico:

ILCOR ratifica sus recomendaciones del 2024

El operador debe preguntar:

- **¿Hay un DEA disponible cerca?**
Si no es así y hay más de 1 reanimador
- **Debe dar instrucciones de cómo conseguir uno** (el más cercano posible)
- **Cuando lo tenga debe dar instrucciones sobre cómo utilizarlo** (y yo le agregaría: sin interferir con las instrucciones del propio equipo)
Ya que de hecho la guía menciona que algunos estudios demostraron que la asistencia por el operador en el uso del DEA retraso su utilización.

6. Acceso a los DEA

- En lugares públicos los DEA NO deberían estar bajo llave.
se ha demostrado, que la posibilidad de daño o robo de los equipos es menor al 2% (afortunadamente) pero; sí están bajo llave, debe haber unas instrucciones claras y visibles de como acceder al equipo.

7. RCP en mujeres

Existe alguna evidencia que las mujeres reciben menos RCP de calidad en parte por evitar la exposición (Desnudez) principalmente hablando del paro cardiaco extrahospitalario.

Ahora; no sabemos si la desfibrilación funciona mejor o no porque tenga o no el brasier puesto.

Lo importante es que con o sin BRA, los parches deben quedar bien adheridos a la piel para desfibrilar.

8. La obesidad aumenta en prevalencia en el mundo.

¿Y se plantea la duda si la impedancia eléctrica se ve afectada por una mayor masa corporal?

Hasta ahora no hay estudios al respecto, por lo tanto, los protocolos no son diferentes entre personas obesas y delgadas.

9. Y para finalizar el capítulo de BLS se menciona lo que viene para el futuro

- **DEA entregado por drones**
- **DEA ultra portátiles**

Que son escenarios que requieren una mayor investigación antes de hacer cualquier recomendación.

Grupo de trabajo de ALS.

Nos presenta las siguientes recomendaciones:

1. dispositivos mecánicos para apoyar la RCP

Aun la evidencia es pobre, los estudios son pequeños.

Hasta ahora; parece que no existe una diferencia en cuanto a resultados finales entre las compresiones manuales y los dispositivos de RCP mecánicos. Además, Existe una preocupación por los retrasos en el inicio de las compresiones que puede suponer la colocación de dichos dispositivos. Sin embargo, desde el 2015 se ha sugerido su uso cuando la RCP manual no es factible o cuando la RCP compromete la seguridad del reanimador

Por ejemplo:

- RCP prolongada
- RCP durante un procedimiento (en sala de hemodinamia)
- RCP durante el desplazamiento y transporte.

2. Manejo de la fibrilación ventricular refractaria (aquella que persiste después de 3 descargas de desfibrilación)

Destacan los resultados de un ensayo clínico aleatorizado que demostró, que la **desfibrilación externa secuencial doble** (es decir poner 2 equipos y dar 2 desfibrilaciones casi simultaneas) mejoro la sobrevida hasta el alta hospitalaria, los desenlaces neurológicos y el retorno a circulación espontanea.

Un subgrupo de este estudio también analizo el **cambio de vector** (cambiar la posición de los parches de anterolateral a anteroposterior); mejorando la sobrevida al alta hospitalaria, pero sin diferencia en los desenlaces neurológicos ni el retorno a circulación espontanea.

Debido a que el estudio tiene varias limitaciones metodológicas, el ALS task force no puede hacer una recomendación formal, pero SUGIERE que tanto la desfibrilación secuencial doble como el cambio de vector son una alternativa razonable en los casos de fibrilación ventricular refractaria.

3. Vía de acceso vascular:

el grupo de trabajo en ALS recomienda siempre intentar el acceso intravascular como la vía inicial para aplicación de medicamentos y reservar el acceso vía intraósea solo como alternativa cuando este no se consiga rápidamente.

Resaltan, que los dispositivos intraóseos se han hecho bastante populares últimamente, aumentando los costos sin haber demostrado un mayor beneficio.

4. Manejo de la hiperkalemia

Sin paro cardiaco:

- Se puede utilizar esquemas de insulina + dextrosa y salbutamol (IV o Inhalado)

Con paro cardiaco:

- Solo se recomienda el uso de insulina + dextrosa

No hay evidencia para seguir recomendando el bicarbonato ni el calcio

5. Uso de los Dispositivos mecánicos de asistencia circulatoria (MCS) después del retorno a circulación espontanea:

Aquí hablamos de todos los dispositivos usados para dar asistencia mecánica en el choque cardiogénico como el balón de contrapulsación intra aortico (BCPIA), el impella, el ECMO, etc.

No se recomienda su uso rutinario, puesto que no hay evidencia de que mejoren la sobrevida al alta hospitalaria ni los desenlaces neurológicos. Pero si reconocen, que hay un grupo de pacientes que se puede beneficiar de su uso:

- Pacientes con choque cardiogénico post Infarto agudo de miocardio (IAM) con Glasgow ≥ 8 al momento de ingresar al hospital
- IAM con elevación del ST sin RCP previa al uso del dispositivo de asistencia
- Pacientes con choque cardiogénico post RCP de corta duración < 10 minutos.

Grupo de trabajo de educación, implementación y equipos (EIT):

Basados en una revisión sistemática de 15 estudios observacionales, que demuestran que la conformación de equipos especializados en cuidado crítico para la atención prehospitalaria:

- Aumentan la tasa de retorno a circulación espontanea (RCE)
 - Aumentan la sobrevida al alta hospitalaria
 - Aumentan la sobrevida a 30 días
 - Con mejores resultados neurológicos
1. **Recomiendan la conformación de critical care Teams para la atención de paro cardiaco extrahospitalario**
En sistemas de salud con los recursos suficientes para su implementación. El problema es: el aumento en los costos que supone la conformación y el entrenamiento de estos equipos.

Se reconoce que la adherencia a las guías es pobre durante una RCP. Por lo tanto, si es factible:

2. **Se debería Incluir 1 miembro del equipo con la tarea específica de dar recomendaciones sobre la calidad de la RCP.**
3. **Se recomienda simulación y entrenamiento en el mismo sitio de trabajo; si es posible.**

En vez de estar en un salón de clase alejado del entorno; hacer el entrenamiento en el mismo sitio de atención:

- Mejora la adherencia a los protocolos
- Disminuye los retrasos en el inicio de las compresiones
- Disminuye los retrasos en dar la primera desfibrilación
- Mejora el resultado global

Grupo de trabajo de primeros auxilios

1. **Para liberar un cuerpo extraño de la vía aérea se recomienda como primera opción las palmadas en la espalda** y si esta no es efectiva entonces pasar a la maniobra de Heimlich.
2. **Sí un testigo sospecha un paro cardíaco debe iniciar compresiones SIN preocuparse por causar lesión a la víctima** (Esta es una recomendación fuerte)
 - El riesgo de lesión física es menor al 1%
 - El riesgo de causar síntomas posteriores como dolor en tórax, disconfort solo alcanza el 2%