Artículo de revisión

Vol. 92, No. 6 • Noviembre-Diciembre 2025
pp 247-250

Revista Mexicana de PEDIATRÍA

doi: 10.35366/122762

Recibido: 17/11/2025
Aceptado: 20/01/2026

Actualización 2025 de las Guías de Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS): síntesis de las recomendaciones principales

2025 Update of the Pediatric Advanced Life Support (PALS) Guidelines: summary of key recommendations

José Luis Pinacho-Velázquez,* Eduardo Rafael García-González‡

** Presidente del Consejo Mexicano de Pediatría. Hospital Ángeles Lindavista; ‡ Médico pediatra intensivista. Instructor de la* American Heart Association*. Ciudad de México, México.*

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo sintetizar los principales cambios de las guías 2025 del Soporte Vital Básico (BLS: *Basic Life Support*) y del Soporte Pediátrico Avanzado (PALS: *Advanced Pediatric Life Support*).

Palabras clave: reanimación cardiopulmonar, soporte vital básico, soporte vital avanzado pediátrico, guías, 2025.

ABSTRACT

This article aims to summarize the main changes in the 2025 Basic Life Support (BLS) and Pediatric Advanced Life Support (PALS) guidelines.

Keywords: *cardiopulmonary resuscitation, basic life support, pediatric advanced life support, guidelines, 2025.*

Abreviaturas:
AAP = *American Academy of Pediatrics*
AHA = *American Heart Association*
BLS = *Basic Life Support*
DEA = desfibrilador externo automático
ILCOR = *International Liaison Committee on Resuscitation*
OVACE = obstrucción de las vías áreas por cuerpo extraño
PALS = *Pediatric Advanced Life Support*
RCP = reanimación cardiopulmonar
TSV = taquicardia supraventricular

INTRODUCCIÓN

Las guías 2025 del soporte vital básico (BLS: *Basic Life Support*) y del soporte pediátrico avanzado (PALS: *Pediatric Advanced Life Support*) representan la actualización más amplia desde 2020. Estas guías son elaboradas por la *American Heart Association* (AHA) y la *American Academy of Pediatrics* (AAP), y se fundamentan en revisiones coordinadas por el *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), señalando recomendaciones basadas en niveles de evidencia. El enfoque modular de 2025 permite consultar tópicos específicos y facilita su integración en la práctica clínica y la educación en emergencias pediátricas.[1-3]

Este artículo tiene como propósito sintetizar las principales modificaciones y recomendaciones de las guías 2025 del BLS y del PALS; en general, en esta actualización se reorganizaron los contenidos en módulos

Correspondencia: José Luis Pinacho-Velázquez. E-mail: joselpinacho@yahoo.com.mx
Citar como: Pinacho-Velázquez JL, García-González ER. Actualización 2025 de las Guías de Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS): síntesis de las recomendaciones principales. Rev Mex Pediatr. 2025; 92(6): 247-250. https://dx.doi.org/10.35366/122762

temáticos mediante información basada en evidencia, como las revisiones sistemáticas. Se destacan cambios en el uso de epinefrina, desfibrilación precoz, control de temperatura y metas hemodinámicas durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) y en el periodo postparo.

SOPORTE VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO 2025

Reanimadores legos

1. Los socorristas no profesionales deben comenzar la RCP inmediatamente para cualquier lactante o niño que no responda, no respire normalmente y no tenga signos vitales; no deben comprobar si tiene pulso.
2. Si los rescatadores legos no pueden o no están dispuestos a dar respiración boca a boca a un lactante o niño en paro cardiaco, es razonable proporcionar RCP solo con compresiones torácicas.

Reanimadores profesionales

1. En lactantes y niños sin signos vitales, es razonable que los profesionales de la salud comprueben el pulso durante un máximo de 10 segundos y comiencen las compresiones a menos que se sienta un pulso definido.
2. Puede ser razonable iniciar la RCP con compresiones-vía aérea-respiración en lugar de vía aérea-respiración-compresiones.

Apertura de la vía aérea

1. A menos que se sospeche una lesión en la columna cervical, utilice la maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón para abrir las vías respiratorias en lactantes y niños.
2. En lactantes y niños con sospecha de lesión en la columna cervical, para abrir las vías respiratorias utilice la maniobra de elevación mandibular sin inclinación de la cabeza.
3. En lactantes y niños con sospecha de lesión de la columna cervical, si la maniobra de elevación mandibular no abre las vías respiratorias, utilice una maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón.

Tratamiento de la respiración inadecuada con pulso

1. En el caso de lactantes y niños con pulso, pero con esfuerzo respiratorio ausente o inadecuado, se deben proporcionar respiraciones.
2. Para los lactantes y niños con pulso, pero con esfuerzo respiratorio ausente o inadecuado, es razonable administrar una respiración cada 2 a 3 segundos (20-30 respiraciones/minuto). Considerar que no se les debe llamar respiraciones de rescate, sólo respiraciones, dado que no forma parte de la RCP.

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño

1. Los lactantes o niños con obstrucción de las vías áreas por cuerpo extraño (OVACE) leve deben despejarlas mediante la tos mientras se les observa para detectar signos de OVACE grave.
2. En el caso de lactantes con OVACE grave, se deben realizar ciclos repetidos de cinco golpes en la espalda alternados con cinco compresiones torácicas hasta que se expulse el objeto o el lactante deje de responder.
3. En el caso de niños con OVACE grave, se deben realizar ciclos repetidos de cinco golpes en la espalda alternados con cinco compresiones abdominales hasta que se expulse el objeto o el niño deje de responder.
4. Si los lactantes o niños con OVACE grave dejan de responder, los reanimadores deben comenzar la RCP, empezando con compresiones torácicas (sin comprobar el pulso).
5. En el caso de lactantes o niños con OVACE que reciben RCP, los reanimadores deben retirar cualquier cuerpo extraño visible al abrir las vías respiratorias para proporcionar respiraciones.
6. No se ha establecido la eficacia ni la seguridad de los dispositivos de limpieza de las vías respiratorias basados en succión en lactantes y niños, por lo que no hay recomendación específica.
7. No se deben realizar barridos digitales a ciegas en lactantes y niños con obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.

SECUENCIA DE LA REANIMACIÓN: COMPONENTES DE LA RCP DE ALTA CALIDAD *(Tabla 1)*

1. A los lactantes y niños en paro cardiaco se les debe proporcionar RCP convencional (compresiones torácicas con respiraciones/ventilaciones).
2. En el caso de lactantes y niños en paro cardiaco, deben minimizarse las interrupciones en la RCP y las pausas en las compresiones torácicas deben ser < 10 segundos.

Tabla 1: Puntos clave de las Guías de Soporte Vital Avanzado Pediátrico 2025.

No.	Recomendación principal	Implicación práctica
1	RCP de alta calidad (100-120 cmp/min, 1/3 del tórax)	Base del éxito de la reanimación pediátrica
2	Epinefrina temprana en ritmos no desfibrilables	Mejor supervivencia y retorno de la circulación espontánea
3	Desfibrilación inmediata en fibrilación ventricular y en taquicardia ventricular sin pulso	Priorizar sobre el uso de fármacos
4	Presión diastólica ≥ 25-30 mmHg durante RCP	Indicador de perfusión efectiva
5	Evitar hipertermia postparo > 37.5 ºC	Neuroprotección
6	Presión arterial media > percentil 10 para edad/sexo	Previene lesión secundaria
7	Evaluación neurológica multimodal	Pronóstico más preciso
8	Sotalol IV en taquicardia supraventricular refractaria	Alternativa cuando no hay experto
9	Dosis por peso real, pero con límites de adulto	Evita errores de medicación
10	Educación y simulación continua[5]	Mantiene competencia del equipo

RCP = reanimación cardiopulmonar.

3. Los rescatadores deben permitir que el tórax se expanda completamente después de cada compresión.
4. Es razonable utilizar una frecuencia de compresiones torácicas de 100 a 120/min para lactantes y niños.
5. En el caso de lactantes y niños, es razonable que los reanimadores proporcionen compresiones torácicas que hundan el tórax al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax, lo que equivale aproximadamente a 1.5 pulgadas (4 cm) en lactantes y 2 pulgadas (5 cm) en niños.
6. Para los profesionales de la salud, es razonable realizar una comprobación del ritmo cardiaco, que no dure más de 10 segundos, aproximadamente cada dos minutos.
7. Es razonable proporcionar ventilación con oxígeno al 100% durante la RCP.
8. Cuando se realiza RCP sin una vía aérea avanzada, es razonable que un solo reanimador proporcione una relación de compresión a ventilación de 30:2 y que dos reanimadores proporcionen una relación de compresión a ventilación de 15:2.
9. En el caso de lactantes, los rescatadores deben comprimir el esternón utilizando la técnica de una mano (apoyando la base de la mano sobre el esternón) o la técnica de ambas manos rodeando el pecho con los pulgares. Si el rescatador no puede rodear físicamente el pecho, se recomienda comprimirlo con la técnica de la base de una mano.
10. En el caso de los niños, puede ser razonable utilizar una técnica con una o dos manos para realizar las compresiones torácicas.
11. En lactantes y niños es recomendable realizar las compresiones torácicas sobre una superficie firme.
12. Durante la RCP intrahospitalaria, es razonable utilizar una tabla espinal para mejorar la profundidad de las compresiones torácicas en lactantes y niños.
13. En lactantes y niños se debe realizar RCP hasta que el desfibrilador externo automático (DEA) o el desfibrilador manual esté listo para administrar una descarga.
14. Se recomienda la desfibrilación con una sola descarga seguida de RCP inmediata, comenzando con compresiones, para lactantes y niños con fibrilación ventricular/taquicardia supraventricular (TSV).
15. Las pausas peridescarga deben minimizarse durante la RCP en lactantes y niños.
16. Cuando se utilice un DEA en lactantes y niños menores de ocho años, se recomienda el uso de un atenuador pediátrico.
17. En lactantes y niños bajo el cuidado de un profesional sanitario capacitado, es razonable utilizar un desfibrilador manual cuando se identifica un ritmo desfibrilable.
18. Si no se dispone ni de un desfibrilador manual ni de un DEA equipado con un atenuador pediátrico, se puede considerar el uso de un DEA sin atenuador pediátrico para lactantes y niños.
19. En lactantes y niños se recomienda utilizar las almohadillas o parches autoadhesivos más grandes que se ajusten al pecho, manteniendo al mismo tiempo una buena separación entre las almohadillas o parches.

20. Al utilizar parches autoadhesivos en lactantes y niños, tanto la colocación anteroposterior como la anterolateral pueden ser razonables.
21. Al administrar corriente eléctrica para la desfibrilación en lactantes y niños, las paletas o los electrodos autoadhesivos pueden considerarse igualmente eficaces y eficientes.

Otros aspectos de relevancia

1. RCP de alta calidad: reafirma compresiones eficaces, mínima interrupción y ventilación adecuada sin hiperventilar.
2. Epinefrina temprana: inmediata en ritmos no desfibrilables tras dos choques en ritmos desfibrilables.
3. Desfibrilación rápida: prioridad absoluta en fibrilación ventricular y en taquicardia ventricular sin pulso.
4. Monitoreo hemodinámico: diastólica ≥ 25 mmHg (lactantes) o ≥ 30 mmHg (niños).
5. Control de temperatura: evitar hipertermia > 37.5 °C postparo.[2,4]
6. Hemodinámica postparo: mantener presión arterial media > percentil 10, para edad y sexo.
7. Neuropronóstico: evaluación multimodal y seriada.
8. Rehabilitación: tratar déficits físicos y cognitivos.
9. Sotalol IV: alternativa en TSV refractaria sin experto.
10. Dosis basadas en peso: usar peso real sin exceder dosis de adulto.

REFERENCIAS

1. Joyner BL Jr, Dewan M, Bavare A, de Caen A, DiMaria K, Donofrio-Odmann J et al. Part 6: Pediatric basic life support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics*. 2026; 157(1): e2025074350. doi: 10.1542/peds.2025-074350.
2. Lasa JJ, Dhillon GS, Duff JP, Hayes J, Kamath-Rayne BD, Levy A et al. Part 8: Pediatric advanced life support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics*. 2026; 157(1): e2025074351. doi: 10.1542/peds.2025-074351.
3. Joyner BL Jr, Dewan M, Bavare A, de Caen A, DiMaria K, Donofrio-Odmann J et al. Part 6: Pediatric basic life support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025; 152(16_suppl_2): S424-S447. doi: 10.1161/CIR.0000000000001370.
4. Topjian AA, de Caen A, Wainwright MS, Abella BS, Abend NS, Atkins DL et al. Pediatric post-cardiac arrest care: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2019; 140(6): e194-e233. doi: 10.1161/CIR.0000000000000697.
5. Donoghue AJ, Auerbach M, Banerjee A, Blewer AL, Cheng A, Kadlec KD et al. Part 12: Resuscitation education science: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025; 152(16_suppl_2): S719-S750. doi: 10.1161/CIR.0000000000001374.