



# Recomendaciones 2005 European Resuscitation Council

## Principales cambios en soporte vital básico para adultos

- La decisión de comenzar la resucitación cardiopulmonar (RCP) se toma cuando la víctima no responde y no respira con normalidad.
- Los socorristas deberían estar entrenados para colocar sus manos en el centro del pecho, antes que invertir el tiempo utilizando el método de resegir la parrilla costal.
- En cada ventilación se empleará entre 1 segundo y 2 segundos.
- La proporción de compresiones ventilaciones es de 30:2 para adultos víctimas de paro cardíaco. Esta misma proporción debería aplicarse a niños cuando son atendidos por un socorrista no experimentado.
- Para una víctima adulta las dos ventilaciones iniciales se descartan, efectuando 30 compresiones inmediatamente después de que el paro cardíaco sea confirmado.

## Principales cambios en desfibrilación externa automática

- Los programas de Acceso al Público de la Desfibrilación PAD están recomendados en lugares donde el uso “esperado” del DEA para paros cardiacos presenciados sea superior a una vez cada dos años.
- Se aplica una única descarga del DEA (de al menos 150J bifásico o 360J monofásico), seguida inmediatamente de 2 minutos de RCP ininterrumpida, sin necesidad de una comprobación de la finalización de la FV (fibrilación ventricular) o de la existencia de signos de circulación o de pulso.

## Principales cambios en Soporte Vital Avanzado para adultos

### RCP antes de la desfibrilación

- En paro cardíaco no presenciado, atendido fuera de un hospital por profesionales sanitarios equipados con desfibriladores manuales, practicar RCP durante dos minutos (alrededor de 5 ciclos de 30:2) antes de la desfibrilación.

- No retrasar la desfibrilación fuera de un hospital si el PCR es presenciado por profesional sanitario.
- No retrasar la desfibrilación si el PCR tiene lugar en el hospital.

### Estrategia de desfibrilación

- Tratar una fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso (FV/VT) con una única descarga, seguida de la reanudación inmediata de RCP (30 compresiones por 2 ventilaciones). No valorar de nuevo el ritmo cardíaco o buscar el pulso. Después de 2 minutos de RCP, comprobar el ritmo y dar una nueva descarga (si está indicada).
- La energía inicial recomendada para desfibriladores bifásicos es de 150-200J. Dar la segunda y siguientes descargas a 150-360J.
- La energía recomendada cuando se usa un desfibrilador monofásico es de 360J, tanto para la descarga inicial como para las siguientes.

### FV fina

- Si existe alguna duda de si el ritmo es asistolia o una FV leve, NO intentar una desfibrilación; en lugar de eso, continuar con las compresiones torácicas y las ventilaciones.

### Adrenalina (epinefrina)

- *FV/TV*

Administrar 1mg de adrenalina IV si persiste la FV/TV después de una segunda descarga.

Repetir la adrenalina cada 3-5 minutos si persiste la FV/TV.

- *Actividad eléctrica sin pulso / asistolia*

Administrar 1mg de adrenalina IV tan pronto como se consiga acceso venoso, y repetir cada 3-5 minutos después hasta conseguir la recuperación de la circulación espontánea (RCE).

### Drogas antiarrítmicas

- Si persiste la FV/TV después de tres descargas, suministrar 300mg de amiodarona en "bolus". Una dosis adicional de 150mg puede ser suministrada para la FV/TV recurrente o refractaria, seguido de una perfusión de 900mg/24h.
- Si la amiodarona no está disponible, se puede usar como alternativa 1mg/kg de lidocaína. No suministrar lidocaína si ya se ha suministrado previamente amiodarona. No exceder de una dosis total de 3mg/kg durante la primera hora.

### Terapia "trombolítica" para paros cardíacos

- Considerar la terapia trombolítica cuando se considere que el PCR ha sido debido a una embolia pulmonar probada o sospechada. La

trombolisis puede ser considerada en un paro cardíaco de un adulto, no de forma sistemática sino teniendo en cuenta cada caso por separado, cuando falla la reanimación estándar en pacientes en los cuales se sospecha una etiología trombótica aguda. Continuar con RCP no es contradictorio con la trombolisis.

- Considerar mantener la RCP hasta 60-90 minutos cuando los agentes trombolíticos han sido suministrados durante la RCP.

### Cuidados post-reanimación – hipotermia terapéutica

- Pacientes adultos inconscientes, con circulación espontánea, después de un paro cardíaco por FV fuera del hospital deberían ser enfriados hasta 32-34°C durante 12-24h.
- Una hipotermia leve podría también ser beneficiosa en pacientes adultos inconscientes, con circulación espontánea, después de un paro cardíaco extrahospitalario con un ritmo no desfibrilable o después de un paro cardíaco en el ámbito hospitalario.

### **Principales cambios en soporte vital pediátrico**

#### Soporte vital básico pediátrico

- Reanimadores no experimentados, o cuando actúe un único reanimador, presenciando o atendiendo un PCR pediátrico, seguirán una cadencia de 30 compresiones por 2 ventilaciones. Comenzaran con 5 insuflaciones y continuaran con la cadencia 30:2 del SVB.
- 2 o más reanimadores sanitarios experimentados seguirán la ratio 15:2 en niños hasta la pubertad. Es inapropiado e innecesario establecer el inicio de la pubertad formalmente; si el reanimador considera que la víctima es un niño deberá guiarse por las recomendaciones de SVB pediátrico.
- En un niño de menos de un año la técnica de compresión se mantiene igual: compresión con dos dedos para reanimadores en solitario y la técnica de envolver con las manos y comprimir con los dedos pulgares en el supuesto de 2 o más reanimadores. Por encima del año no se establece una diferencia entre estas dos técnicas. Cualquiera de ellas puede ser utilizada en función de las preferencias del reanimador.
- Los DEA pueden ser usados en niños mayores de 1 año. Se recomiendan atenuadores de la descarga eléctrica en niños entre 1 y 8 años.
- En caso de obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños, en niños o bebés inconscientes, intentar 5 insuflaciones y en caso de ausencia de respuesta proceda con las compresiones torácicas sin comprobar la circulación,

## Soporte Vital Avanzado Pediátrico

- La mascarilla laríngea es un dispositivo aceptable de control de la vía aérea de forma inicial para personal experimentados en su uso. En el hospital puede ser útil un tubo traqueal con globo, en determinadas circunstancias. Por ejemplo en caso de una pobre "compliance" pulmonar, resistencia de las vías aéreas altas o estrechez glótica. La presión de inflado del globo debe ser vigilada regularmente y debe permanecer por debajo de 20 cm de agua.
- La hiperventilación es perjudicial durante la PCR. El volumen tidal ideal debe conseguir una modesta elevación de la pared torácica.
- Cuando utilice un desfibrilador manual deberá dar la primera y siguientes descargas con una dosis de 4 J/kg (de onda bifásica o monofásica)

### Asistolia y Actividad Eléctrica sin pulso

- Administrar adrenalina IV o IO a la dosis de 10 mcg/kg y repetirla cada 3-5 min. Si no se dispone de acceso vascular y el tubo orotraqueal está colocado, se puede administrar a 100mcg/kg por esta vía hasta que se obtenga un acceso IV/IO

### Estrategia de desfibrilación

- FV/TV sin pulso deben ser tratados con una única descarga, seguida inmediatamente, por RCP (15 compresiones-2 ventilaciones). No reevaluar el ritmo ni buscar pulso. Después de 2 minutos de RCP chequear el ritmo y dar otra descarga si está indicada.
- Administrar 10 mcg/kg IV de adrenalina, si persiste la FV/TV tras una segunda descarga.
- Repetir la dosis de adrenalina cada 3-5 min si la FV/TV persiste

### Control de temperatura

- Tras una PCR, tratar la fiebre de forma agresiva
- Un niño que mantiene circulación espontánea, pero que permanece inconsciente tras una PCR se puede beneficiar de ser enfriado hasta una temperatura central de 32-34° C durante 12-24 h. Tras un período de moderada hipotermia, el niño debe ser recalentado lentamente a un ritmo de 0,25-0,5°C por hora.

## Resucitación del recién nacido

- Proteger al recién nacido de la pérdida de temperatura. Los bebés prematuros deberían ser cubiertos con plásticos en cabeza y cuerpo (no la cara) sin secar al niño previamente. El niño, cubierto de este modo, debería ser colocado bajo calor radiante.
- Ventilación: durante las primeras ventilaciones, insuflaciones de 2-3 segundos pueden facilitar la expansión de los pulmones.
- La vía traqueal para la administración de adrenalina no se recomienda. Si debe utilizarse será con dosis de 100mcg/kg.
- Succionar el meconio de la nariz y de la boca antes de completarse el parto (succión intraparto) no es útil y ya no se recomienda.
- La resucitación estándar en el paritorio debe hacerse con O<sub>2</sub> al 100%, pero concentraciones menores son aceptables.

Barcelona 1 de diciembre de 2005

### **Instituto de Estudios Médicos**

IEM- Emergencia Training

Sant Antoni M<sup>a</sup> Claret 282

08041 Barcelona

Tel 93 4335190

[www.iem-emergencia.com](http://www.iem-emergencia.com)

[info@iem-emergencia.com](mailto:info@iem-emergencia.com)