

ERC Guidelines for Resuscitation 2005. Recomendaciones de RCP del ERC-2005

Este es el documento resumen de las principales modificaciones que presentan las recomendaciones para RCP de adultos y niños del ERC (European Resuscitation Council). El documento original está accesible desde www.erc.edu.

Principales cambios en Soporte Vital Básico a adultos

- La decisión de iniciar la RCP se toma si la víctima no responde y no respira normalmente.
- Se debe enseñar a los reanimadores a colocar sus manos en el centro del pecho en lugar de emplear más tiempo en utilizar el método de "el borde de las costillas".
- Cada ventilación de rescate se da durante un segundo en lugar de durante 2.
- La cadencia de compresiones-ventilaciones será de 30:2 para todas las víctimas adultas en parada cardiorrespiratoria. Esta cadencia debe utilizarse también para niños atendidos por un socorrista lego.
- Para una víctima adulta se eliminan las dos ventilaciones de rescate iniciales, se comienza directamente con las 30 compresiones torácicas, una vez que se corrobora el paro cardíaco.

Principales cambios en Desfibrilación Externa Automática

- Se recomiendan los programas de Desfibrilación de acceso público (Public Access Defibrillation) en lugares en los que se espere una parada con testigos cada 2 años.
- Una única descarga con desfibrilador (de al menos 150 J bifásicos o 360J monofásicos) se liberará, seguida por 2 minutos de RCP ininterrumpida sin comprobar si ha terminado la fibrilación ventricular o si hay signos de vida o pulso.

Principales cambios en el Soporte Vital Avanzado a adultos

RCP antes de desfibrilación

- En parada prehospitalaria, pero no presenciada, atendida por profesionales sanitarios con desfibrilador manual, se darán 2 minutos de RCP (alrededor de 5 ciclos de 30:2) antes de la desfibrilación.
- No retrase la desfibrilación si la parada es presenciada por los profesionales sanitarios.
- No retrase la desfibrilación en una parada cardíaca en medio hospitalario.

Estrategia de desfibrilación

- Trate la fibrilación ventricular/taquicardia ventricular con una única descarga seguida de RCP inmediata (30:2) No reevalúe el ritmo ni busque el pulso. Después de 2 minutos de RCP compruebe el ritmo y dé otro choque (si está indicado).
- La energía recomendada para la descarga inicial con desfibriladores bifásicos es de 150-200 J. Dé la segunda y siguientes descargas a 150-360 J.
- La energía recomendada cuando utilice un desfibrilador monofásico es de 360 J para la primera y siguientes descargas.

Fibrilación Ventricular fina

- Si existen dudas sobre si un ritmo es Asistolia o Fibrilación Ventricular: no intente desfibrilar, en su lugar continúe con las compresiones torácicas y la ventilación.

Adrenalina (epinefrina)

- FV/TV: Administre adrenalina 1mg IV si la FV/TV persiste tras un segundo choque. Repita la dosis cada 3-5 minutos a partir de entonces si la FV/TV persiste.

Drogas antiarrítmicas

- Si la FV/TV persiste tras 3 choques, administre 300mg de amiodarona en bolo. Se puede dar una dosis más de 150 mg para FV/TV refractaria o recurrente seguida de una perfusión de 900mg en 24 h.
- Si se carece de amiodarona, se puede usar lidocaína 1mg/Kg. como alternativa. No dar lidocaína si ya se ha administrado amiodarona. No exceda la dosis total de 3mg/Kg. durante la primera hora.

Terapia trombolítica en parada cardíaca

- Considere los trombolíticos cuando la parada cardíaca se deba a un tromboembolismo pulmonar probado o sospechado. Se puede considerar la trombolisis en la parada cardíaca en adultos, no de forma protocolizada sino caso por caso, tras un fallo inicial en la resucitación standard en pacientes con una etiología trombótica aguda sospechada. Las maniobras de RCP en curso no son una contraindicación para la trombolisis.

Cuidados post-resucitación - hipotermia terapéutica

- Los pacientes adultos inconscientes, con circulación espontánea tras FV prehospitalaria deben ser enfriados hasta 32-34° C durante 12-24 horas.
- Una hipotermia moderada puede beneficiar incluso a pacientes inconscientes, con circulación espontánea tras una parada cardíaca por un ritmo no desfibrilable o tras una parada en el hospital.

Principales cambios en Soporte Vital Pediátrico

Soporte Vital Básico Pediátrico

- Los reanimadores legos o en solitario que presencia o atienden una parada cardíaca pediátrica usarán una ratio de 30 compresiones por cada 2 ventilaciones. Comenzarán con 5 ventilaciones de rescate y continuaran con 30:2.
- Dos o más socorristas con el deber de responder utilizarán la ratio 15:2 en los niños hasta la pubertad. Es inapropiado e innecesario establecer el inicio de la pubertad de una forma fehaciente; si el socorrista cree que la víctima es un niño entonces utilizará las recomendaciones pediátricas.
- En un niño de menos de 1 año la técnica de compresión permanece igual: compresión con dos dedos para un único socorrista y con los dos pulgares y las manos abarcando el tórax en el caso de 2 socorristas. Por encima del año, no hay recomendaciones sobre si utilizar una o dos manos para el masaje, dependerá de la preferencia del rescatador.
- Se puede utilizar DEA en niños por encima de un año de edad. Se recomienda usar atenuadores de la energía liberada en niños entre 1 y 8 años de edad.
- Para la liberación de cuerpos extraños de la vía aérea en un niño inconsciente, se intentará por 5 veces la ventilación de rescate y si no hay respuesta se procederá al masaje cardíaco sin evaluar la circulación.

Soporte Vital Avanzado pediátrico

- La mascarilla laríngea es un dispositivo aceptable de control de la vía aérea de forma inicial para proveedores 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 dañina durante la parada cardiaca. 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

- Se debería 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 oro-traqueal 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 un único choque, seguido inmediatamente, por RCP (15 compresiones-2 ventilaciones). No reevalúe el ritmo ni busque pulso. Después de 2 minutos de RCP compruebe el ritmo y dé otra descarga si está indicada.
- Administre 10 mcg/Kg. IV de adrenalina, si persiste la FV/TV tras un segundo choque.
- Repita la dosis de adrenalina cada 3-5 minutos si la FV/TV persiste.

Control de temperatura

- Tras una parada cardiaca, trate la fiebre de forma agresiva.
- Un niño que mantiene circulación espontánea, pero que permanece inconsciente tras una parada cardiaca 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

- Proteja 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 ruta traqueal 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 standard en el paritorio debe hacerse con O₂ al 100%, pero concentraciones menores son aceptables.