



**EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL**

Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)

Principales novedades

2015

RESUMEN DE LOS CAMBIOS DESDE LAS RECOMENDACIONES DEL 2010

- Compresiones torácicas en todas las víctimas de parada cardiaca.
- La RCP de alta calidad sigue siendo esencial para mejorar los resultados:

Compresiones torácicas de profundidad adecuada (aprox. 5 cm pero no más de 6 cm en el adulto medio) con una frecuencia de 100-120 compresiones/minuto

- Minimizar las interrupciones en las compresiones.
- La relación de compresiones torácicas y ventilaciones sigue siendo 30:2.
- La desfibrilación en los 3-5 primeros minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50-70%.

SE MANTIENE...

- Énfasis en la utilización de los sistemas de respuesta rápida.
- Compresiones torácicas de alta calidad con mínimas interrupciones.

Menos de 5 segundos para intentar la desfibrilación.

- Uso de parches autoadhesivos para la desfibrilación.
- No hay cambios en la recomendación para el tratamiento farmacológico.

LO NUEVO.....

- Mayor énfasis en la utilización de la capnografía con forma de onda:

Monitorización tubo endotraqueal.
Monitorización calidad de RCP.
Indicación precoz de RCE.

- Mayor debate con respecto al papel de los fármacos en mejorar los resultados del PC.
- El uso rutinario de dispositivos mecánicos de compresiones torácicas no está recomendado.
- Las técnicas de soporte vital extracorpóreo pueden tener un papel como terapia de rescate.
- se incluye por primera vez una sección de primeros auxilios.

Alternativa cuando no es posible compresiones de alta calidad.

PARADA CARDIACA EN CIRCUSTANCIAS ESPECIALES

CAUSAS ESPECIALES:

5H:

- ✓ HIPOVOLEMIA
- ✓ HIPOXEMIA
- ✓ HIPO/HIPERCALEMIA
- ✓ HIPOTERMIA
- ✓ ACIDOSIS
- (HIDROGENIONES)

5T:

- ✓ TAPONAMIENTO CARDIACO
- ✓ TROMBOSIS CORONARIA
- ✓ TEP
- ✓ NEURATORAX A TENSION
- ✓ TOXICOS

Nuevo algoritmo para el tto de emergencia de la hiperK con riesgo vital.

Los pacientes hipotérmicos (Sin inestabilidad cardiaca) pueden ser calentados externamente.

Los pacientes hipotérmicos (con inestabilidad cardiaca) → SVEC.


Emergencia anafiláctica → ADRENALINA.

El traslado con RCP en curso puede ser beneficioso → ICP.

Fibrinolíticos en TEP (Sin cambios).

QUE CAMBIÓ???

- Mayor énfasis en la necesidad de cateterismo coronario urgente e ICP tras una parada cardíaca extra hospitalaria de probable causa cardíaca.
- El manejo con control de temperatura sigue siendo importante, con un objetivo de 36°C de temperatura en lugar de los 32 - 34°C recomendados previamente.
- Ahora el pronóstico se lleva a cabo utilizando una estrategia multimodal, permitir que pase el tiempo suficiente para la recuperación neurológica y hacer posible la eliminación de los sedantes.
- Nueva sección que aborda la rehabilitación tras sobrevivir a una parada cardíaca



Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support
**2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary
Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**

Mark S. Link, Chair; Lauren C. Berkow; Peter J. Kudenchuk; Henry R. Halperin; Erik P. Hess;
Vivek K. Moitra; Robert W. Neumar; Brian J. O'Neil; James H. Paxton; Scott M. Silvers;
Roger D. White; Demetris Yannopoulos; Michael W. Donnino

Recomendaciones y nivel de evidencia

- Se incluyó el nuevo sistema de clases de recomendaciones y nivel de evidencia:
- Modificaciones en la clase III e introduce:
 - NE B-R (estudios randomizados).
 - NE B-NR (Estudios no randomizados).
 - NB C-EO (Opinion de consenso de expertos).

Dosis de oxígeno

- Puede ser razonable usar la máxima concentración de oxígeno inspirado durante la RCP.
- Se puede lograr con dispositivos con bolsa de reanimación conectados a una máscara o IOT con alto flujo de oxígeno.

Monitoreo de los parámetros fisiológicos durante RCP

- Puede ser razonable usar parámetros fisiológicos (Capnografía de onda cuantitativa, monitoreo PA, saturación venosa central de oxígeno):
- Optimizar la calidad de RCP.
- Guiar la terapia vasopresora.
- Detectar el retorno de la circulación espontánea.
- No se especifican los objetivos numéricos de estos parámetros.

Evaluacion clinica de la localizacion del tubo traqueal

- La Capnografia de onda continua y la evaluacion clinica estan recomendadas como el metodo mas confiable para confirmar y monitorizar la adecuada colocacion de tubo traqueal (Clase I NE C-LD).
- Opciones: otros detectores de CO₂, dispositivo de deteccion esofagica, ultrasonido (Clase IIa NE C-LD).

Ventilación después de vía aérea avanzada

- No se abordan en esta guía los efectos del volumen tidal y otros parámetros ventilatorios durante RCP.
- 1 respiración cada 6 segundos (10 respiraciones/minuto) con compresiones torácicas continuas (Clase IIb NE C-LD).

Drogas antiarrítmicas: TV/FV refractaria

- Amiodarona --> TV/FV que no responde a RCP, desfibrilación y terapia vasopresora (Clase IIb NE B-R).
- Lidocaina--> alternativa a la amiodarona (Clase IIb NE C-LD).
- No se recomienda el uso rutinario de magnesio.
- Las DAA no han demostrado aumento de la supervivencia o mejor pronóstico neurológico después de un PCR debido a FV/TV.

Vasopresores en paro cardiaco

- Epinefrina--> dosis standar (1 mg cada 3-5 min) puede ser razonable en pacientes en paro cardiaco (Clase IIb NE B-R).
- Puede ser razonable administrarla tan pronto como sea posible después del inicio del PC (Debido a un ritmo inicial no defibrilable).
- La vasopresina no ofrece ninguna ventaja como sustituto de la epinefrina (Clase IIb NE B-R). Fue retirada del algoritmo.

Esteroides

- No existe recomendación a favor o en contra del uso rutinario de esteroides solos en PC intrahospitalario.
- En el PC intrahospitalario, el uso de vasopresina, epinefrina, metilprednisolona e hidrocortisona pos PC puede ser considerado.
- Se necesitan mas estudios para su uso rutinario (Clase IIb NE C-LD).
- En pacientes con PC extrahospitalario el uso de esteroides es de beneficio incierto.

Adult Cardiac Arrest Algorithm—2015 Update

