

## ERC Guies per a la Ressuscitació 2005 Resum

### Principals canvis en el suport vital bàsic de l'adult

- La decisió d'iniciar la RCP es pren si la víctima no respon i no té una respiració normal.
- Els socorristes han de ser instruïts per posar les seves mans al centre del pit, en lloc de passar més temps fent servir el mètode de resegir la vora costal.
- Cada respiració de rescat es dona durant 1 segon en lloc de 2 segons.
- La relació de compressions i ventilacions és 30:2 per a tots els adults víctimes d'aturada cardíaca. Aquesta mateixa relació s'ha d'usar per als nens quan són atesos per socorriste no professional.
- Per a un adult les 2 respiracions inicials de rescat es deixen de fer i es faran 30 compressions immediatament després de confirmar l'aturada cardíaca.

### Principals canvis en la desfibril·lació externa automàtica

- Els programes d'accés públic a la desfibril·lació [Public access defibrillation (PAD)] es recomanen per als llocs on l'ús esperat d'un DEA per a l'aturada cardíaca presenciada superi un cas cada 2 anys.
- Es dona un únic xoc desfibril·lador (al menys de 150J bifàsic o 360J monofàsic), seguit immediatament de dos minuts de RCP ininterrompuda, sense revisar si s'ha acabat la FV o comprovar si hi ha signes de vida o pols.

### Principals canvis en el suport vital avançat de l'adult

#### RCP abans de la desfibril·lació

- En l'aturada cardíaca extra-hospitalària atesa, però no presenciada per professionals sanitaris equipada amb desfibril·ladors manuals, cal fer RCP durant 2 min (al voltant de 5 cicles de 30:2) abans de la desfibril·lació.
- No retardar la desfibril·lació si una aturada extra-hospitalària és presenciada per un professional sanitari.
- No retardar la desfibril·lació en el cas de l'aturada cardíaca hospitalària.

#### Estratègia de la desfibril·lació

- \* Tractar la fibril·lació ventricular/taquicàrdia ventricular (VF/VT) amb un sol xoc, seguit per la represa immediata de la RCP (30 compressions per 2 ventilacions). No revisar el ritme ni pols. Després de 2 minuts de RCP revisar el ritme i donar un altre xoc (si està indicat).
- La energia inicial recomanada per als desfibril·ladors bifàsics és de 150-200 J. Fer el segon i següents xocs a 150-360 J.
- La energia recomanada quan s'usen desfibril·ladors monofàsics és de 360 J tant en el xoc inicial com per als següents xocs.

### VF fina

- Si hi ha dubtes sobre si el ritme és asistòlia o FV fina **NO** intentar la DF. En comptes d'això, continuar les compressions toràciques i la ventilació.

### Adrenalina (epinephrine)

- *VF/VT*  
Donar 1 mg IV d'adrenalina si la FV/TV persisteix després del segon xoc. A continuació repetir l'adrenalina cada 3-5 min si pertisteix la FV/TV.
- *Activitat elèctrica sense pols (dissociació electro-mecànica / asistòlia)*  
Donar adrenalina 1 mg IV tant bon punt s'obtingui un accés venós, i repetir l'adrenalina cada 3-5 min fins aconseguir el retorn de la circulació espontània (ROSC).

### Fàrmacs anti-arrítmics

- Si la FV/TV persisteix després de 3 xocs, donar injecció d'amiodarona 300 mg en bolus. A més, pot ser donada una dosi de 150 mg per a la FV/TV recurrent o refractària, seguit de perfusió de 900 mg en 24 h.
- Si no es disposa d'amiodarona es pot administrar lidocaïna 1 mg kg<sup>-1</sup> com alternativa, però no donar lidocaïna si s'ha administrat amiodarona. No excedir d'una dosi total de 3 mg kg<sup>-1</sup> durant la primera hora.

### Tractament trombolític per a l'aturada cardíaca

- Considera el tractament trombolític quan es pensi que l'aturada és deguda a una embòlia pulmonar sospitada o confirmada. La trombolisi pot ser considerada en l'aturada cardíaca de l'adult basant-se en cada cas després d'un fracàs inicial en la ressuscitació estàndard en pacients en els que se sospita una etiologia trombòtica aguda de l'aturada. Una RCP en marxa no contraindica la trombolisi.
- Considerar el manteniment de la RCP durant 60-90 min quan s'hagin donat trombolítics durant la RCP.

### Cures post ressuscitació - hipotèrmia terapèutica

- En pacients adults inconscients, amb circulació espontània després d'aturada cardíaca extra-hospitalària per FV, han de ser refredats a 32-34°C per espai de 12-24 h.
- Una hipotèrmia suau també pot beneficiar als pacients adults inconscients amb circulació espontània, després d'una aturada cardíaca extra-hospitalària per ritmes no xocables o després d'una aturada cardíaca hospitalària.

## Principals canvis en el suport vital pediàtric

### Suport vital bàsic pediàtric

- Els socorristes no professionals o que estan sols quan presencien o atenen una aturada usaran una relació de 30 compressions per dos 2 ventilacions. Hauran de començar amb 5 respiracions de rescat i continuar amb la relació 30:2 com s'ha ensenyat en el SVB de l'adult.
- Si dos o més socorristes han d'actuar en nens fins a l'inici de la pubertat usaran la relació de 15:2. No es necessari ni addient establir formalment l'edat d'inici de la pubertat. Si el socorriste creu que la víctima és un nen, aleshores ha d'usar les guies pediàtriques.
- En un lactant (menor de 1 any) la tècnica de compressió continua essent la mateixa: compressió amb dos dits per un socorriste o dels dos polzes encerclant en cas de dos o més socorristes. Per sobre de l'any d'edat no hi ha divisió entre tècniques d'una o dues mans. Es pot usar la tècnica d'una o dues mans segons la preferència del socorriste.

- Es pot usar el DEA en nens per sobre d'un any. Entre 1 i 8 anys d'edat es recomana utilitzar atenuadors de la potència elèctrica de sortida.
- En l'auxili de l'obstrucció de la via aèria per cos estrany, en cas d'un lactant o d'un nen inconscient, cal intentar cinc respiracions de rescat i, en absència de resposta, procedir a les compressions toràciques sense cap més avaluació de la circulació.

### **Suport vital avançat pediàtric**

- La màscara laríngia és un dispositiu inicialment acceptable per al maneig de la via aèria en persones experimentades en el seu us. A l'hospital, un tub endotraqueal amb baló pot ser d'ajuda en certes circumstàncies, per ex. en casos de pobra compliança, alta resistència de la via aèria o gran pèrdua d'aire per la glotis. La pressió d'inflatció del globus ha de ser monitoritzada regularment i ha de quedar per sota de 20cm H<sub>2</sub>O .
- La hiperventilació es perjudicial per a l'aturada cardíaca. El volum corrent ideal ha d'aconseguir una elevació moderada del pit.
- Quan s'usa un desfibril·lador manual, s'ha de fer servir una dosi de 4 J kg<sup>-1</sup> (d'ona bifàsica o monofàsica) per al primer i següents xocs.

### **Asistòlia, activitat elèctrica sense pols (AESP)**

- S'ha de donar Adrenalina IV o IO a la dosi de 10 mcg kg<sup>-1</sup> i repetir 3-5 min. Si no es disposa d'un accés vascular i hi ha posat un tub traqueal, l'adrenalina es pot donar a una dosi de 100 mcg kg<sup>-1</sup> per aquesta via fins obtenir un accés IV/IO.

### **Estratègia de desfibril·lació**

- La FV/TV sense pols s'ha de tractar amb un sol xoc, seguit per la represa immediata de la RCP (15 compressions per 2 ventilacions).  
No s'ha de tornar a mirar el ritme o el pols. Després de 2 min de RCP, s'ha de revisar el ritme i donar un altre xoc (si està indicat).
- Donar adrenalina 10 mcg kg<sup>-1</sup> IV si la FV/TV persisteix després del segon xoc.
- Repetir l'adrenalina cada 3-5 min si persisteix la FV/TV.

### **Temperature control**

- Després d'una aturada cardíaca, tractar la febre enèrgicament.
- Un nen que recupera la circulació espontània després d'una aturada cardíaca però queda en coma es pot beneficiar refredant-lo a una temperatura corporal de 32-34 °C durant 12-24 hores. Després d'un període d'hipotèrmia moderada ha de ser rescalfat de manera lenta a 0,25-0,5°C hora.

### **Resuscitation of the newborn**

- Protect the newborn from heat loss. Premature babies should be covered with plastic wrapping on head and body (apart from the face), without drying the baby beforehand. The baby so covered should then be placed under radiant heat
- Ventilation: an initial inflation for 2-3 seconds must be given for the first few breaths to help lung expansion
- Tracheal route for adrenaline is not recommended. If the tracheal route must be used, a dose of 100 mcg kg<sup>-1</sup> must be used.
- Suctioning meconium from the baby's nose and mouth before delivery of the baby's chest (intrapartum suctioning) is not useful and no longer recommended.
- Standard resuscitation in delivery room should be made with 100% oxygen. However lower concentrations are acceptable.