

Resumen de los cambios principales desde las recomendaciones de 2005 del ERC en Soporte Vital Avanzado

Soporte Vital Avanzado

Los principales cambios en las guías de Soporte Vital Avanzado del ERC del 2010 incluyen:

- ✓ Aumento del énfasis en la importancia de minimizar las interrupciones en las compresiones de alta calidad debidas a cualquier intervención de SVA: las compresiones torácicas se detienen brevemente, únicamente para permitir intervenciones específicas.
- ✓ Aumento del énfasis en el uso de sistemas de seguimiento y alerta que permitan detectar pacientes que se estén deteriorando y que faciliten el tratamiento para prevenir las paradas intrahospitalarias.
- ✓ Incremento en el grado de alerta ante signos de alarma asociados al riesgo potencial de parada cardíaca súbita fuera del hospital.
- ✓ Retirada de la recomendación de un período de RCP antes de la desfibrilación prehospitalaria tras una parada cardíaca presenciada por el personal de los SEM.
- ✓ Continuación de las compresiones torácicas mientras el desfibrilador se carga- esto minimizará la pausa previa a la descarga
- ✓ El “puñetazo precordial” reduce su énfasis
- ✓ El uso de hasta 3 descargas consecutivas (agrupadas) en fibrilación ventricular/Taquicardia ventricular sin pulso (FV/TV) durante cateterización cardíaca o en el post-operatorio inmediato de cirugía cardíaca.
- ✓ No se recomienda más el uso de drogas a través del tubo traqueal. Si no se puede conseguir un acceso intravenoso, las drogas deben ser administradas por vía intraósea
- ✓ Cuando se esté tratando una parada cardíaca por FV/TV, se administra 1 mg. de adrenalina tras la tercera descarga, una vez que se han reiniciado las compresiones torácicas y cada 3-5 min. (durante ciclos alternativos de RCP). También se administran 300mg de amiodarona tras el tercer choque.
- ✓ No se recomienda más el uso de atropina de forma rutinaria en asistolia o en actividad eléctrica sin pulso. (AESP).
- ✓ Se reduce el énfasis en la intubación traqueal a menos que se intente por personal altamente entrenado con interrupciones mínimas durante las compresiones torácicas.
- ✓ Se aumenta el énfasis en el uso de capnografía para confirmar y monitorizar, de forma continua la ubicación adecuada del tubo intratraqueal, la calidad de la RCP y para proveer una indicación temprana del retorno a la circulación espontánea.
- ✓ Se reconoce el papel potencial de la ecografía durante el SVA.
- ✓ Se reconocen los daños potenciales producidos por la hiperoxemia después del retorno a la circulación espontánea: una vez que se establece circulación espontánea y la saturación de oxígeno puede ser monitorizada de manera fiable (mediante pulsioximetría y/o gasometría), el oxígeno inspirado debe ser ajustado para conseguir una saturación de 94-98%.
- ✓ Se detalla y enfatiza aún más el tratamiento del síndrome post – parada cardíaca.
- ✓ Se reconoce que la implementación de un protocolo exhaustivo, estructurado de tratamientos pos-resucitación puede aumentar la supervivencia en las víctimas de parada cardíaca que retornan a la circulación espontánea.

- ✓ Se revisa la recomendación de control de glucemia: en adultos con retorno sostenido a la circulación espontánea, los valores $>10\text{mmol/L}$ ($>180\text{mg/dL}$) deberían ser tratados pero evitando la hipoglucemia.
- ✓ Se recomienda el uso de hipotermia terapéutica para incluir a los supervivientes comatosos a una parada cardíaca asociada inicialmente a ritmos no

desfibrilables, así como a los desfibrilables. Se reconoce el menor nivel de evidencia en el uso tras una parada cardíaca por una ritmo no desfibrilable.

- ✓ Se reconoce que muchos de los predictores de mal pronóstico en pacientes comatosos no son fiables, especialmente si el paciente ha sido tratado con hipotermia terapéutica.

Soporte Vital Avanzado

