



SVA/SVI ADULT

Dr. Baltasar Sánchez
González.
Coordinador GT SVA/SVI.
CCR

Webinar d'Actualització de les Noves Guies de Ressuscitació 2025

Dimarts 2 de desembre
De 17.30 a 19.30

Índex

- Presentació GT SVA/SVI.
- Introducció.
- Missatges clau.
- Novetats 2025 SVA.
- PCR Intrahospitalària.

Índex

- **Presentació GT SVA/SVI.**
- Introducció.
- Missatges clau.
- Novetats 2025 SVA.
- PCR Intrahospitalària.

Grup treball

- Els grups de treball són els **òrgans tècnics**, encarregats **d'elaborar els continguts de les activitats pròpies** del CCR. Vetllen per la **correcta realització** dels **cursos** a través de les **auditories**. Col·laborar amb activitats de **recerca**. Promoure i/o estar presents en activitats de **divulgació** (jornades, taules, etc.). Proposta d'activitats, elaboració de les actes de reunions i lliurar la **memòria anual**.
- Estaran formats per **professionals qualificats** en els aspectes propis de cadascun d'ells. El seu nomenament i cessament, el farà el Consell a proposta del responsable del àrea.
- Cada grup de treball disposarà d'un **responsable/coordinador**, nomenat pel CCR a proposta del Consell.

Membres GT-SVA

- Baltasar Sánchez González. **Coordinador.**
- Ramón Pedrosa Cebador.
- Néstor Bacelar Martínez.
- Eduard Argudo Serra.
- Mireia Cramp Vinaixa.
- Montse Tió Felip.
- Pablo Espín Aguade.
- Youcef Azeli Jarosch.

Membres GT-SVI

- Baltasar Sánchez González. **Coordinador.**
- Nuria Guirado Gallego.
- Francesc (Quico) Coll.
- Rafael Garrido.
- Mònica Folqué.

- Consolidar el GT-SVA
- Educational Instructor Day.
- ERC GUIDELINES 2025.
- Actualitzar contingut Web CCR coneix.
- Projecte recerca.
- Plataforma formació en línia propi.
- Fer les **tasques** que li siguin **encomanades** pel **Comitè de direcció**.

- Consolidar el GT-SVI.
- Educational Instructor Day.
- ERC GUIDELINES 2025.
- Actualitzar contingut Web CCR coneix.
- Projecte recerca.
- Plataforma formació en línia propi.
- Fer les **tasques** que li siguin **encomanades** pel **Comitè de direcció**.

Índex

- Presentació GT SVA/SVI.
- **Introducció.**
- Missatges clau.
- Novetats 2025 SVA.
- PCR Intrahospitalària.



GUIDELINES
2025
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL[©]

Índex

- Presentació GT SVA/SVI.
- Introducció.
- **Missatges clau.**
- Novetats 2025 SVA.
- PCR Intrahospitalària.

SOPORTE VITAL AVANZADO PARA ADULTOS

MENSAJES CLAVE



LA CADENA DE SUPERVIVENCIA



EPIDEMIOLOGÍA DE LA RESUCITACIÓN

MENSAJES CLAVE



SISTEMAS QUE SALVAN VIDAS

MENSAJES CLAVE



Figura 5. Mensajes clave de "Sistemas que Salvan Vidas"

Índex

- Presentació GT SVA/SVI.
- Introducció.
- Missatges clau.
- **Novetats 2025 SVA.**
- PCR Intrahospitalària.

¿Qué hay de nuevo en las Guías ERC 2025 para el soporte vital avanzado en adultos?

Guías 2021	Guías 2025
<p>Énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compresiones torácicas de gran calidad. Signos premonitorios para la prevención de la parada cardiaca. Usar técnicas básicas y avanzadas de vía aérea de manera escalonada: sólo los rescatadores con una alta tasa de éxito deben intentar la intubación traqueal. 	<p>Mayor énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comenzar el SVA lo antes posible para ayudar a salvar más vidas. Oxigenación y ventilación efectivas con compresiones torácicas de gran calidad. Posición correcta del parche apical (lateral) para la desfibrilación. Uso de la capnografía de onda para confirmar la correcta colocación del tubo traqueal. ¿Qué hay de nuevo? El calcio y el bicarbonato sódico no tienen ningún papel durante la RCP, salvo en indicaciones muy específicas.

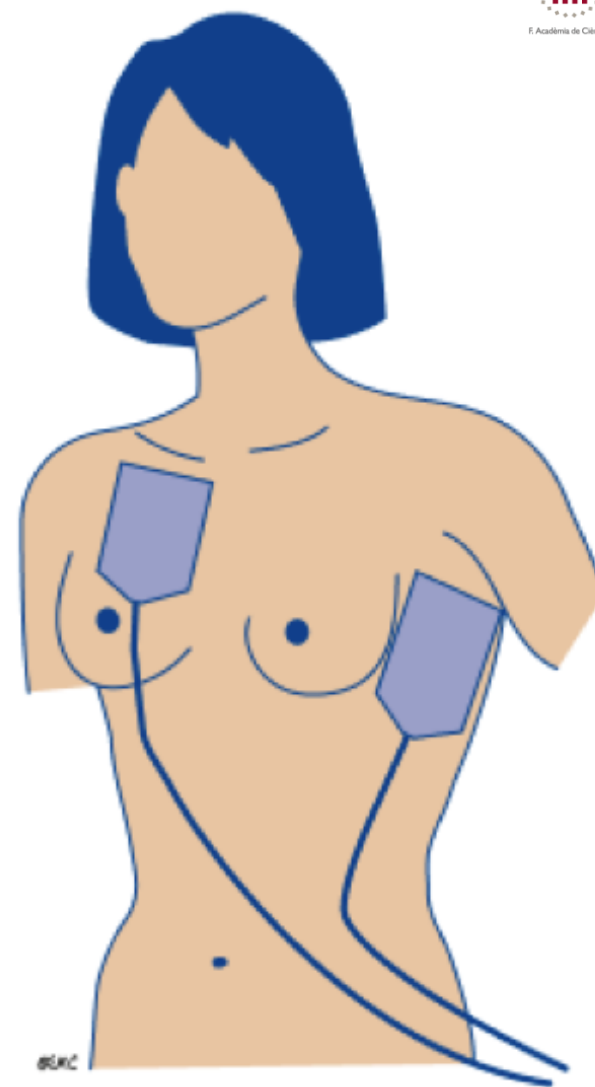
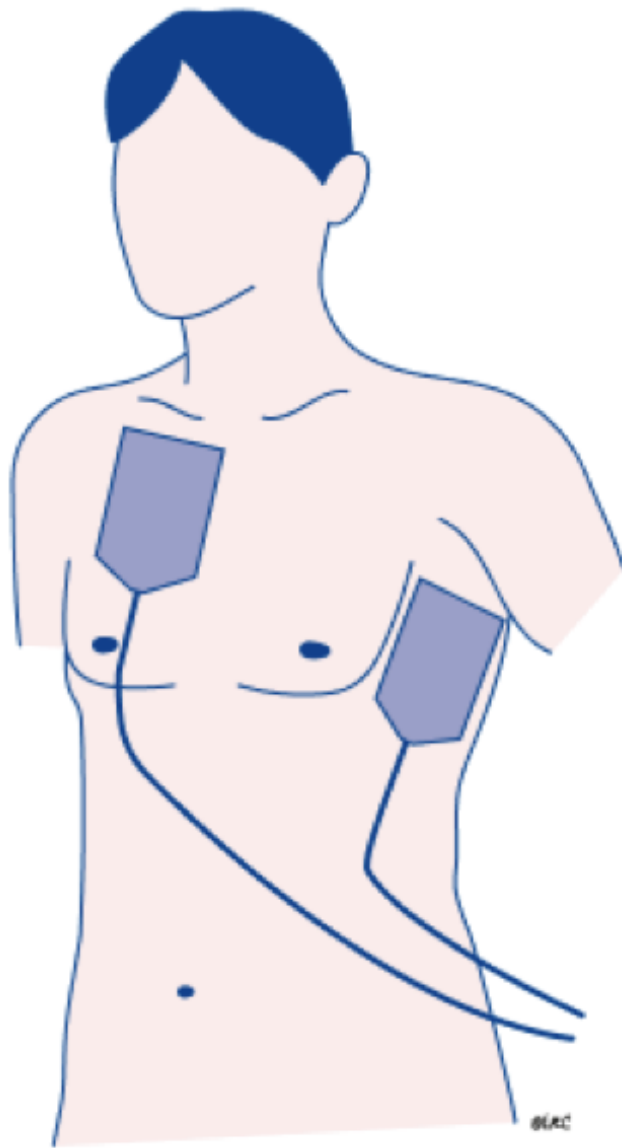


Figura 4. Colocación correcta de los parches anterolaterales para la desfibrilación

GUÍAS	2021	2025
SVA en entornos de bajos recursos		<ul style="list-style-type: none"> Las guías de SVA pueden necesitar adaptarse según los recursos disponibles, y podría ser necesario un mayor enfoque en la prevención, los primeros auxilios tempranos y las medidas de soporte vital básico. Los rescatadores deben tener en cuenta que, incluso en entornos con altos ingresos, la atención avanzada puede verse limitada por la disponibilidad de los recursos. Un enfoque en dos niveles, que combine intervenciones básicas y

GUÍAS	2021	2025
Consciencia inducida por la RCP		<ul style="list-style-type: none">• Los rescatadores pueden considerar el uso de fármacos sedantes o analgésicos (o ambos) en pequeñas dosis para prevenir el dolor y la angustia en los pacientes que permanecen conscientes durante la RCP (sin RCE).• Los relajantes musculares no se deben administrar a los pacientes conscientes sin asociarlos a sedo-analgesia.• Los regímenes farmacológicos pueden basarse en los utilizados en pacientes críticos y ajustarse a los protocolos locales, empleando pequeñas dosis de opioides, ketamina y/o midazolam.

GUÍAS	2021	2025
DEA vs DF manual en el SVA		<ul style="list-style-type: none"> Los desfibriladores manuales solo deben ser utilizados por resucitadores que puedan identificar de forma correcta y rápida (menos de 5 segundos) un ritmo de parada cardíaca y, si es necesario, administrar una descarga segura con una mínima interrupción de las compresiones torácicas (el objetivo es de menos de 5 segundos). Los proveedores de SVA deben ser competentes tanto en el uso de un DEA como en el de un desfibrilador manual. Si un DEA ya está en uso cuando llegan los proveedores de SVA, estos deben seguir sus indicaciones de

GUÍAS	2021	2025
Estrategia de DF manual	<p>Mencionado en el texto de soporte: La Guía ERC SVA de 2015 indicó que si hay dudas sobre si el ritmo es asistolia o FV extremadamente fina, no intente la desfibrilación; en su lugar, continúe con las compresiones torácicas y las ventilaciones.</p> <p>Deseamos</p>	<p>Se debe intentar desfibrilar inmediatamente cualquier fibrilación ventricular (FV) independientemente de su amplitud, incluso la FV fina.</p>

	GUÍAS 2021	GUÍAS 2025
FV refractaria	<ul style="list-style-type: none"> En la FV refractaria, considere usar una posició alternativa de los parches de desfibrilación (por ejemplo, anterior-posterior). No se debe utilizar la desfibrilación secuencial doble en la FV refractaria fuera de un contexto de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> En la FV refractaria, definida como una fibrilación ventricular persistente tras tres descargas consecutivas, y una vez verificada la correcta posición anterolateral de los parches, debe considerarse cambiar el vector de desfibrilación utilizando una posición alternativa de los electrodos (por ejemplo, anteroposterior). La doble desfibrilación secuencial (DSD) implica la combinación de parches en posición anterolateral y anteroposterior, administrando dos descargas de forma secuencial, casi



QR 1. Cuatro ejemplos de SVA sobre el momento de las descargas y los fármacos (no se incluye cada posible escenario)

Desfibrilación

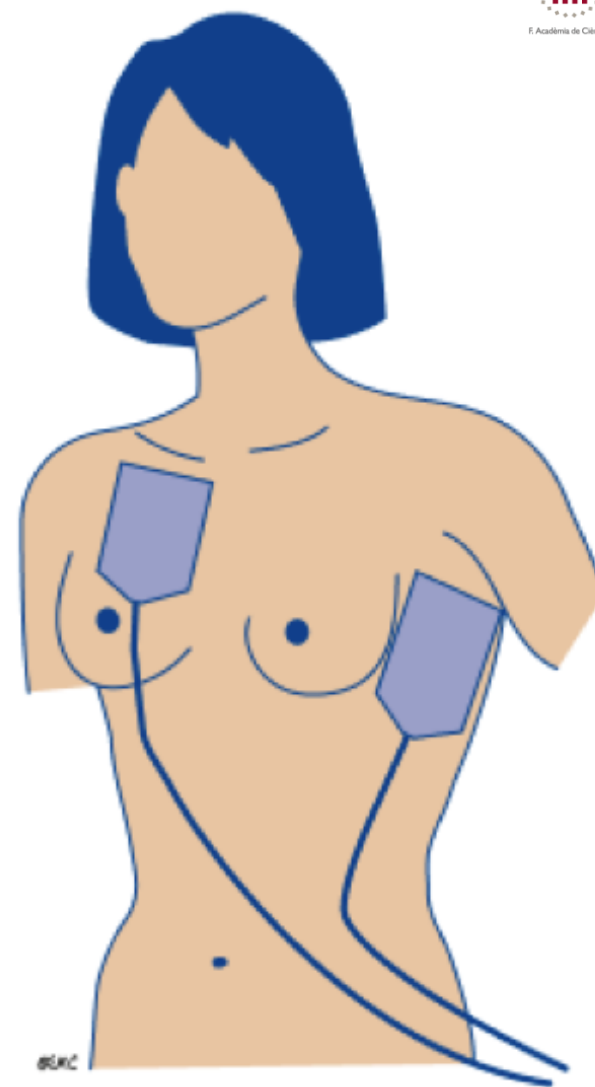
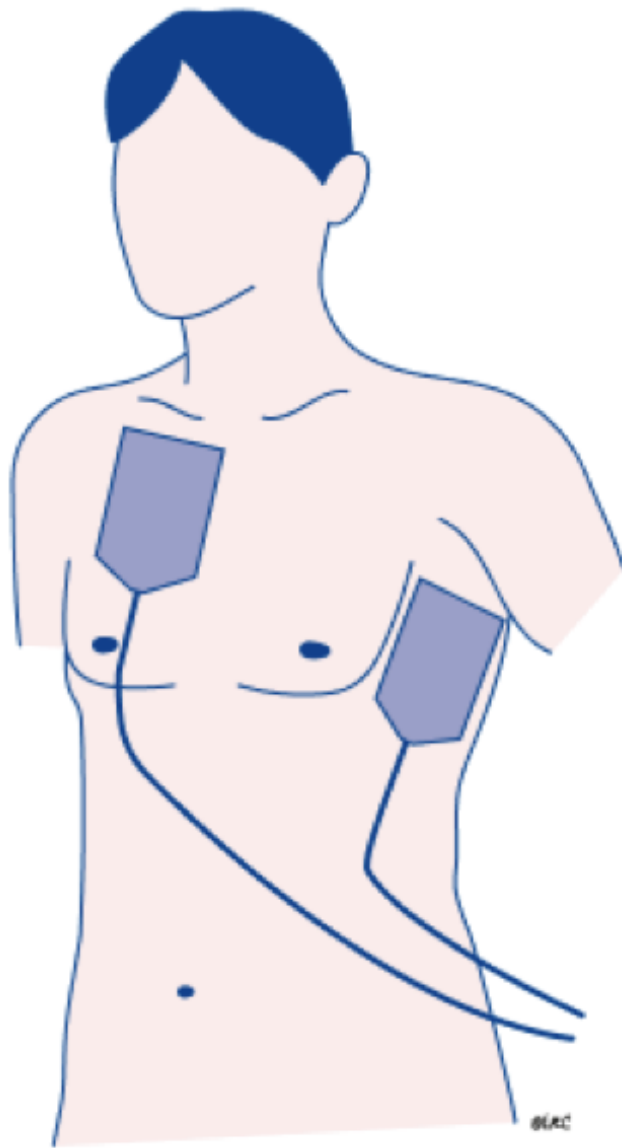


Figura 4. Colocación correcta de los parches anterolaterales para la desfibrilación

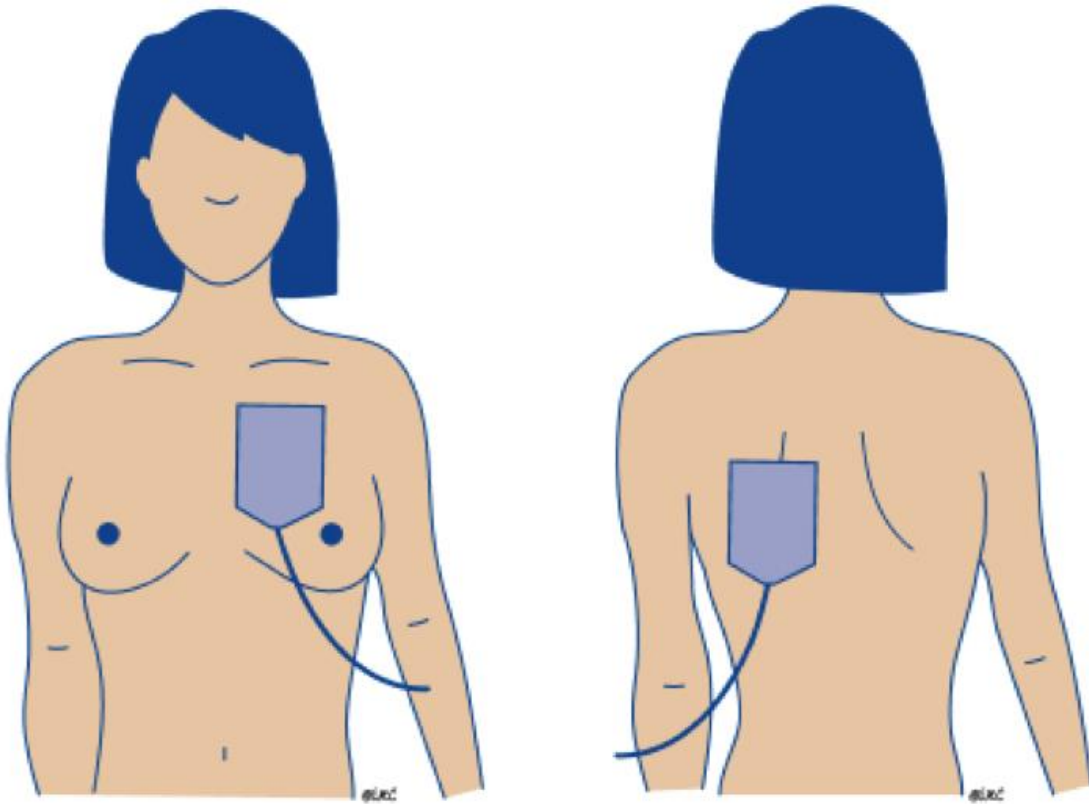


Figura 5. Colocación de parches anteroposterior

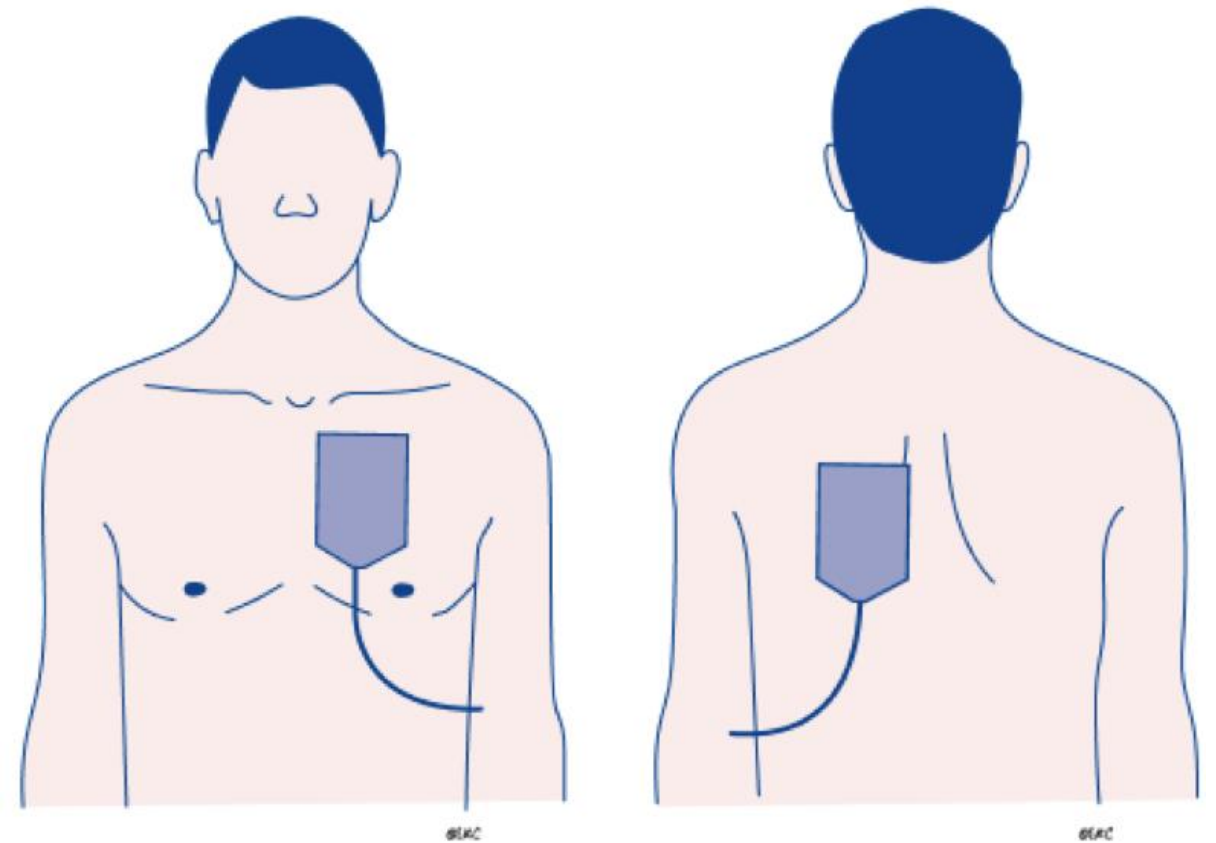



Figura 5. Colocación de parches anteroposterior

GUÍAS	2021	2025
Ventilación con balón de resucitación		<ul style="list-style-type: none">Proporcione ventilaciones efectivas con un balón resucitador asegurando el sellado de la mascarilla y la permeabilidad de la vía aérea. Si es necesario, utilice una técnica de dos personas para la ventilación con balón resucitador.
 Elección de la vía		<ul style="list-style-type: none">Al utilizar un dispositivo

GUÍAS	2021	2025
Confirmación de la colocación correcta del tubo traqueal	<ul style="list-style-type: none">Utilice la capnografía de onda para confirmar la posición del tubo traqueal.	<ul style="list-style-type: none">Se debe utilizar un trazo sostenido de ETCO2 en la capnografía de onda para excluir la colocación esofágica del tubo traqueal.

GUÍAS	2021	2025
<p>Ajustes del ventilador mecánico durante las compresiones torácicas</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Si utiliza un ventilador mecánico durante la RCP, utilice un modo controlado por volumen o regulado por presión durante las compresiones torácicas. • Configure el ventilador a un volumen corriente de 6-8 mL/kg (peso corporal ideal), o el suficiente para lograr que el tórax se eleve, ajuste la fracción de oxígeno inspirado al máximo, programa una frecuencia respiratoria de 10/min, un tiempo inspiratorio de 1-1.5 segundos, una presión positiva al final de la espiración (PEEP) de 0-5 cm H2O, la alarma de presión máxima a 60-70 cm H2O, y apague el trigger. • Asegúrese de que la ventilación mecánica

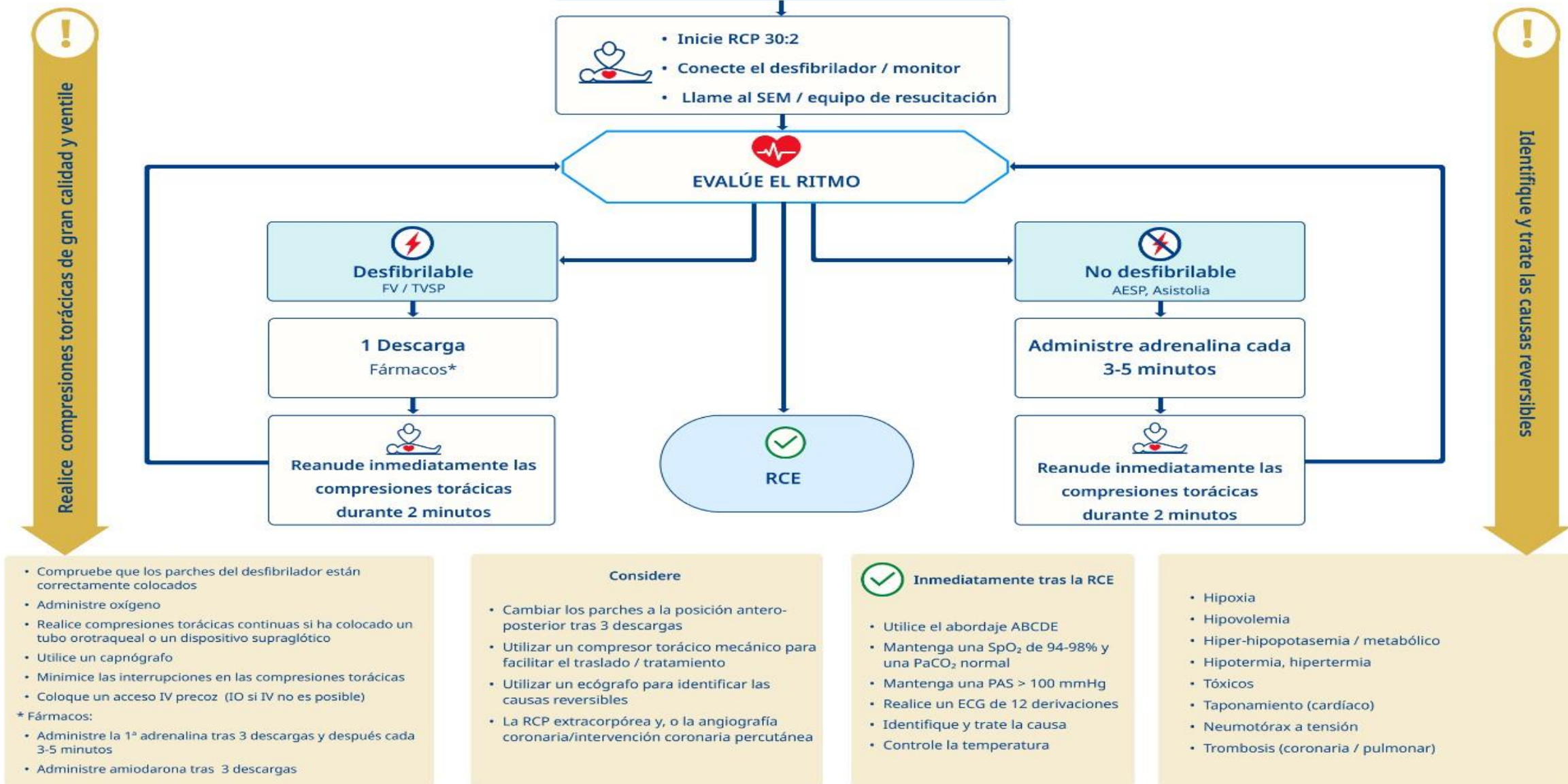
GUÍAS	2021	2025
Acceso vascular	<ul style="list-style-type: none"> Intente conseguir un acceso intravenoso (IV) para la administración de fármacos en la parada cardiaca en adultos. Considere el acceso intraóseo (IO) si no se puede conseguir un acceso IV 	<ul style="list-style-type: none"> Intente primero un acceso intravenoso (IV) antes que el intraóseo (IO) para administrar los fármacos en la parada cardiaca del adulto. Si no se puede lograr acceso IV rápidamente en dos intentos, es razonable considerar el acceso IO como una vía alternativa para el acceso vascular durante una parada

GUÍAS	2021	2025
Uso de calcio, bicarbonato sódico y corticosteroides		<ul style="list-style-type: none">• No administre de forma rutinaria calcio, bicarbonato sódico o corticosteroides durante una parada cardiaca.

GUÍAS	2021	2025
<p>SVA en PCR</p> <p>altamente</p> <p>monitorizada y RCP</p> <p>guiada por</p> <p>Fisiología</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Una disminución repentina en el ETCO2 puede indicar una parada cardíaca o un gasto cardíaco muy bajo. • Considere comenzar las compresiones torácicas si la presión arterial sistólica disminuye y se mantiene < 50 mmHg a pesar de las intervenciones. • En adultos con monitorización continua de la presión intraarterial, sugerimos que la adrenalina se administre inicialmente en pequeños incrementos (por ejemplo, 50-100 µg IV) en lugar de un bolo de 1 mg. • Un enfoque pragmático durante la RCP guiada por parámetros fisiológicos consiste en mantener una presión arterial diastólica ≥ 30 mmHg (cuando se

GUÍAS	2021	2025
Arritmias peri parada		<ul style="list-style-type: none"> En 2025 se otorga mayor importancia a las arritmias que requieren intervención inmediata, ya sea antes o después de una parada cardiaca. La sección de taquicardias ha sido renombrada a taquiarritmias. Se hace mayor hincapié en el uso de la cardioversión eléctrica con una descarga sincronizada en los pacientes inmediatamente tras la RCE, o que estén inestables.

ALGORITMO DE SOPORTE VITAL AVANZADO DEL ADULTO



Índex

- Presentació GT SVA/SVI.
- Introducció.
- Missatges clau.
- Novetats 2025 SVA.
- **PCR Intrahospitalària.**

Manejo de la parada cardiaca intrahospitalaria

- Los hospitales deberían considerar la introducción de un sistema de respuesta rápida (**SRR**).
- Los **hospitales** deberían utilizar **estrategias de mejora** del sistema para optimizar los resultados en los pacientes.
- Los hospitales deberían **introducir protocolos** para gestionar la **presencia** de **familiares** durante la **RCP** y proporcionar **formación** correspondiente a los equipos sanitarios.
- Se anima a los hospitales a utilizar el marco denominado "**Diez pasos para mejorar la calidad de la atención y los resultados en la parada cardiaca intrahospitalaria/Ten Steps Toward Improving In-hospital Cardiac Arrest Quality of Care and Outcomes**" para guiar

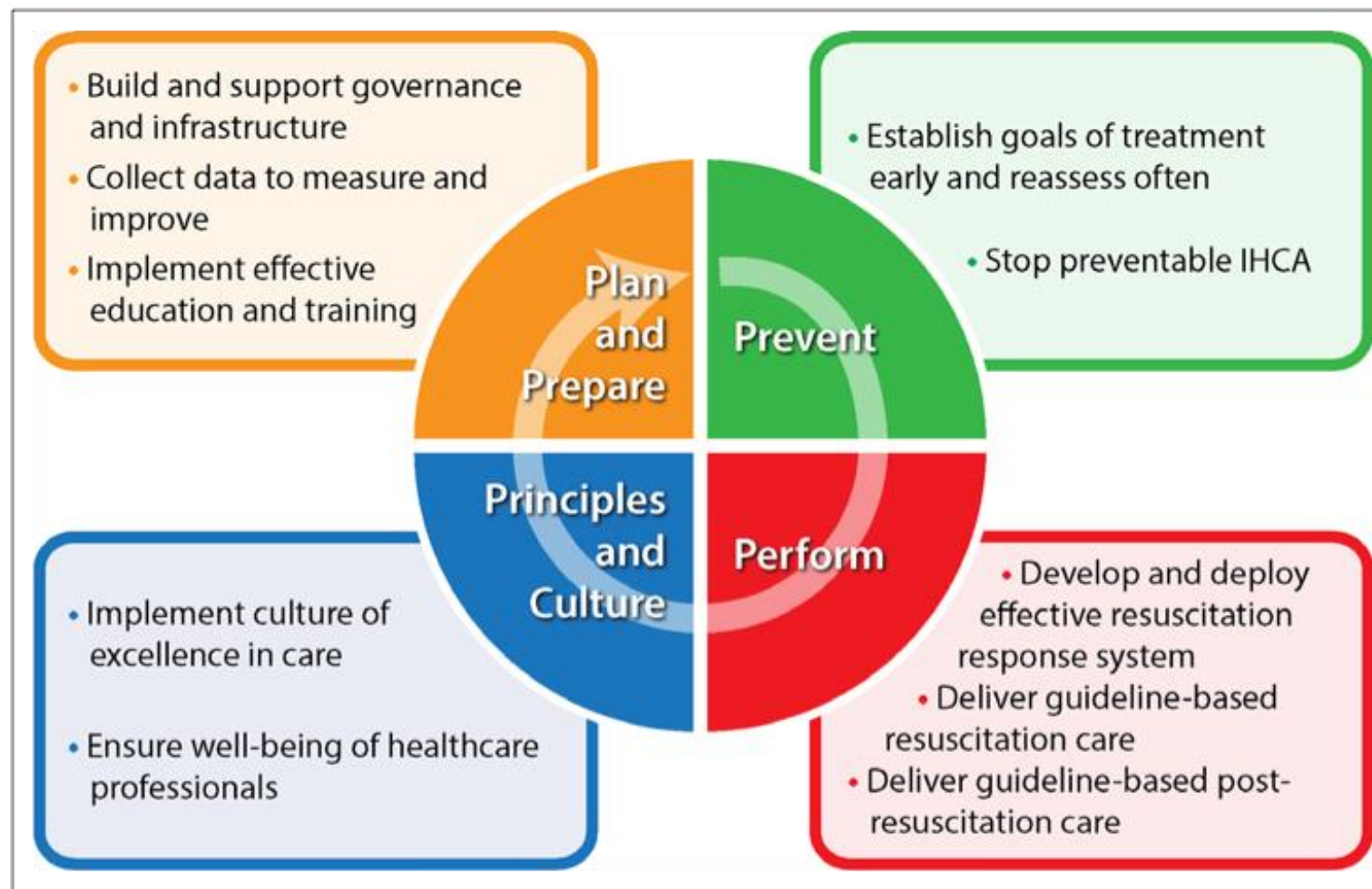


Figure. Ten steps toward improving in-hospital cardiac arrest (IHCA) quality of care and outcomes as a cycle of continuous improvement.



Figura 4. 10 pasos para mejorar la calidad de atención y los resultados de la parada cardíaca intrahospitalaria

57583 Curso SAPYRR (Sistemas de Alerta Precoz y Respuesta Rápida) 🔑



Curso de Sistemas de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SAPYRR) de la *Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica (SOCMIC)*.

Exclusivamente para enfermeros/as y médicos/as.

El curso estará abierto para su complección hasta el 27 de julio de 2025, inclusive.

Director: Ricard Molina Latorre

Director: Juan Carlos Ruiz Rodríguez

Director: BALTASAR SÁNCHEZ GONZÁLEZ

Prevención de la parada cardiaca intrahospitalaria.

El ERC recomienda

- La **toma de decisiones compartida y la planificación anticipada de cuidados**, integrando las decisiones sobre resucitación con los planes de tratamiento en emergencias, para **aumentar la claridad de los objetivos terapéuticos** y evitar la privación involuntaria de otros tratamientos indicados además de la RCP. Estos planes deberían ser **registrados** de manera uniforme.
- Los hospitales utilizan sistemas de seguimiento con **escalas de alerta precoz** para la identificación temprana de pacientes críticamente enfermos o en riesgo de deterioro clínico.

Prevenció de la parada cardíaca intrahospitalaria.

El ERC recomienda

- Todo el personal hospitalario debería poder solicitar ayuda al identificar a un paciente en riesgo de empeoramiento clínico. Esto incluye llamadas basadas en una **preocupación clínica** y no únicamente en la alteración de signos vitales.
- Los hospitales deberían contar con una **política clara de respuesta clínica ante signos vitales anormales** y situaciones de enfermedad crítica. Esto puede incluir una extensión del servicio de cuidados intensivos y/o un equipo de emergencias (p. ej., un equipo de respuesta rápida o un equipo de emergencias médicas).
- El personal del hospital debería utilizar herramientas de **comunicación estructuradas** para garantizar una transferencia efectiva

Prevención de la parada cardiaca intrahospitalaria.

El ERC recomienda

- Los pacientes deberían recibir **atención en un área clínica** que disponga del personal, competencias e instalaciones **acordes a la gravedad de su enfermedad.**
- Los hospitales deberían **revisar las paradas cardiacas,** para identificar oportunidades de mejora del sistema y compartir puntos clave de aprendizaje con todo el personal.
- Los hospitales deberían participar en **auditorías nacionales** de parada cardiaca como referencia para evaluar el desempeño local.

Tratamiento de la parada cardiaca intrahospitalaria

El ERC recomienda

- Comience el SVA lo antes posible.
- Los sistemas hospitalarios deberían tener como objetivo reconocer la parada cardiaca, iniciar la RCP de inmediato, **desfibrilar** rápidamente (**< 3 minutos**) cuando el ritmo es desfibrilable, administrar adrenalina, lo antes posible en los ritmos no desfibrilables, así como identificar y tratar las causas reversibles.
- **Todo el personal** del hospital debe ser **capaz** de **reconocer con rapidez una parada cardiaca**, pedir ayuda, **iniciar** la **RCP** y **desfibrilar** (conectar un DEA y seguir sus indicaciones, o bien utilizar un desfibrilador manual).

Tratamiento de la parada cardiaca intrahospitalaria

El ERC recomienda

- Los hospitales deberían tener un **equipo de resucitación** que responda de inmediato a las **PCR- IH**.
- Los **integrantes** del equipo de resucitación del hospital deberían haber **superado** un **curso acreditado de SVA** para adultos, que incluya el entrenamiento en **trabajo en equipo** y en **liderazgo**.
- Los **integrantes del equipo de resucitación** deberían tener las **competencias** y los conocimientos fundamentales para manejar una parada cardiaca. Esto incluye la **desfibrilación manual**, el manejo avanzado de la **vía aérea**, el **acceso intravenoso** e **intraóseo**, así como la **identificación y tratamiento de las**

Tratamiento de la parada cardiaca intrahospitalaria

El ERC recomienda

- El equipo de resucitación debería reunirse al **inicio de cada turno** para **presentarse** y asignar los **roles** dentro del **equipo**.
- Los hospitales deberían **estandarizar** su **material** de resucitación.
- Los criterios para finalizar la resucitación (en inglés, *Termination of resuscitation rules -TOR-*) no deberían emplearse como una estrategia única para interrumpir un intento de resucitación intrahospitalario.

Gràcies i ens
veiem al
gener.