ERC 2025 | RCP BÁSICA, AVANZADA Y VÍA AÉREA

Fernando Dávila Macías
FEA Medicina Intensiva y Cuidados Coronarios
Hospital del Vinalopó · Servicio de Medicina Intensiva

Ficha docente para profesionales · Adultos · Octubre 2026. Fuente principal: ERC 2025 SVB y SVA oficiales. El PDF aportado por el usuario corresponde a cuidados posresucitación y no permite extracción textual; los apartados de SVB/SVA se contrastan con las guías oficiales externas.

1 | SVB: primeros 60 segundos

• Seguridad de escena → valorar respuesta → pedir ayuda y activar equipo de emergencias.

• Inconsciente y respiración ausente/anormal (incluido gasping): asumir parada; iniciar RCP y solicitar DEA/desfibrilador.

• Compresiones: 100–120/min; profundidad 5–6 cm; retroceso completo; mínima interrupción.

• Personal entrenado: 30 compresiones / 2 ventilaciones hasta disponer de vía aérea avanzada; sin capacidad para ventilar: compresiones continuas.

• DEA: colocar parches sin retrasar compresiones; seguir indicaciones y reanudar RCP inmediatamente tras descarga.

2 | SVA: algoritmo operativo

• Confirmar PCR → compresiones de calidad, oxígeno y monitor/desfibrilador; acceso IV preferente o IO si IV no factible.

• Ritmo desfibrilable (FV/TV sin pulso): descarga → RCP 2 min → reevaluar ritmo; minimizar pausa peri-descarga.

• FV/TVSP: adrenalina 1 mg IV/IO tras tercera descarga; repetir cada 3–5 min; amiodarona 300 mg tras tercera descarga y 150 mg tras quinta (alternativa según protocolo).

• Ritmo no desfibrilable (AESP/asistolia): RCP inmediata + adrenalina 1 mg IV/IO cuanto antes, repetir cada 3–5 min.

• Reevaluación del ritmo cada 2 min; búsqueda y corrección de causas reversibles (4 H y 4 T).

• Evitar administración rutinaria de calcio o bicarbonato; reservar para indicaciones específicas.

3 | Vía aérea: abordaje escalonado durante la PCR

• Prioridad: oxigenación y ventilación efectivas SIN comprometer compresiones/desfibrilación.

• Primero: apertura de vía aérea, aspiración si precisa, cánula orofaríngea/nasofaríngea según indicación; bolsa-mascarilla con O2 y sellado a dos operadores cuando sea posible.

• Comprobar elevación torácica visible; insuflar solo el volumen necesario; evitar hiperventilación, fugas e insuflación gástrica.

• Si bolsa-mascarilla ineficaz o prolongada: dispositivo supraglótico por operador entrenado; verificar ventilación.

• Intubación orotraqueal: solo personal con elevada tasa de éxito; no retrasar maniobras esenciales; minimizar interrupciones.

• Tras intubación: capnografía con curva para confirmar y monitorizar posición del tubo; reevaluar si curva ausente o discordante.

• Ante fallo de ventilación: revisar sello/posición, permeabilidad, circuito y causas de obstrucción; retornar a técnica que oxigene eficazmente.

4 | Ventilación antes y después del aislamiento de vía aérea

• Sin vía aérea avanzada: ciclos 30:2; cada insuflación ~1 s y elevación torácica visible; reanudar compresiones sin demora.

• Bolsa-mascarilla: técnica a dos reanimadores, maniobra de apertura adecuada, mascarilla bien ajustada; presión suave, no insuflaciones excesivas.

• Con tubo endotraqueal o dispositivo supraglótico que permita ventilación eficaz: compresiones continuas y ventilación ~10/min (una cada 6 s); vigilar fugas con supraglótico.

• Si fuga significativa con supraglótico e insuficiente ventilación: considerar volver a 30:2.

• Capnografía: confirmar tubo, monitorizar calidad de RCP y detectar posible ROSC; no usar un valor aislado para interrumpir maniobras.

5 | Escenarios prácticos y seguridad

• FV refractaria: verificar calidad de compresiones, colocación lateral correcta del parche apical, energía y contacto; seguir algoritmo ERC local.

• Sospecha de hipoxia: priorizar ventilación efectiva, oxígeno, comprobar obstrucción y equipo.

• Paciente intubado con ETCO2 súbitamente ausente: descartar desconexión, desplazamiento del tubo, obstrucción y bajo flujo.

• Roles: líder, compresor (rotación cada ~2 min), desfibrilador, vía aérea, medicación y registro.

• ROSC: pasar a cuidados posresucitación, titulación de oxigenación/ventilación, hemodinamia y evaluación etiológica; consultar documento específico.

6 | Mensajes para la sesión

• La intubación no es el objetivo inicial: la ventilación efectiva y las compresiones de calidad sí lo son.

• No interrumpir RCP por procedimientos de vía aérea no imprescindibles.

• Ventilar lo suficiente para elevar el tórax, evitando hiperventilación.

• Confirmar siempre tubo endotraqueal mediante capnografía con curva.

• Entrenar bolsa-mascarilla a dos operadores, supraglóticos y planes de rescate.

Bibliografía principal

• ERC Guidelines 2025. Adult Basic Life Support. Resuscitation 215 (2025):110771. https://www.erc.edu/media/wrhj5sye/gl2025-04-bls-e.pdf

• ERC Guidelines 2025. Adult Advanced Life Support. Resuscitation 215 (2025):110769. https://www.erc.edu/media/vedoa2ga/gl2025-05-als-e.pdf

• Documento aportado: Guías ERC 2025: Cuidados Posresucitación (21 páginas; material visual sin texto extraíble).