

Open Access



# NOVES GUIES RCP 2025 DE L'EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL. ACTUALITZACIÓ DE L'EVIDÈNCIA DISPONIBLE

Verónica Domínguez Panadero<sup>1</sup>, Sonia Moreno Escribà<sup>2</sup>, Miquel Àngel Sarlat Ribas<sup>3</sup>, Irene Gafarot Pérez<sup>4</sup>, Sara Obelleiro Nadal<sup>5</sup>, Enric Estévez Rovira<sup>6</sup>, Laura Pirretas Faus<sup>7</sup>, Jana Ortiz Ciruela<sup>8</sup> i Bernat de Pablo Márquez<sup>9</sup>

<sup>1</sup> EAP Via Roma (Barcelona). Col·laboradora docent Universitat de Barcelona

<sup>2</sup> CAP Larrard Barcelona). Representant de Camfic al Consell Català de Ressuscitació. Professora associada a Universitat de Barcelona. Orcid 0009-0005-9740-0688

<sup>3</sup> CAP Bordeta Magoria (Barcelona). Orcid 0000-0002-8156-8129

<sup>4</sup> Servei d'Urgències Hospital Universitari Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat)

<sup>5</sup> EAP Banyoles (Girona). Orcid: 0009-0009-1606-3616

<sup>6</sup> EAP Banyoles (Girona). Vocal de CAMFiC a Girona. Orcid: 0009-0006-6878-3859

<sup>7</sup> CUAP Sant Martí (Barcelona). DOI <https://orcid.org/0009-0004-5054-6738>.

<sup>8</sup> CAP Vallcarca-Sant Gervasi (Barcelona)

<sup>9</sup> Coordinador Grup de Treball d'Urgències CAMFiC. Col·laborador docent Universitat Autònoma de Barcelona. Col·laborador docent Universitat Internacional de Catalunya. Orcid: 0000-0003-2317-038X

Adreça per a correspondència:  
GdT urgències CAMFiC

Adreça electrònica:  
[urgencies@camfic.org](mailto:urgencies@camfic.org)

## RESUM

De forma periòdica l'European Resuscitation Council (ERC) realitza una actualització de les guies de Suport Vital Bàsic i Suport Vital Avançat. Les guies es basen en l'evidència obtinguda a través de revisions sistemàtiques i actualitzacions de l'evidència científica publicades de forma continua per part de ILCOR, per aquells aspectes on no es disposa de suficient evidència, s'emeten recomanacions de bones pràctiques. A continuació es presenten les modificacions més rellevants de la darrera actualització publicada al 2025, que afecten la detecció de l'aturada cardiorespiratòria i l'actuació i la coordinació dels sistemes d'emergència, per exemple.

## INTRODUCCIÓ

El Consell Català de Ressuscitació (CCR) es va fundar l'any 2003, en acord entre les Societats Científiques d'Anestèsia, Cardiologia, Medicina Intensiva i crítica, Urgències i Emergències, Pediatria i la CAMFiC, sota l'empareda de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. La finalitat del CCR és promoure, coordinar i estandarditzar les activitats formatives, de recerca, de difusió i de bones pràctiques en suport vital i ressuscitació cardiopulmonar arreu de Catalunya seguint les directrius de l'*European Resuscitation Council* (ERC), organisme al qual el CCR està vinculat. Igualment el CCR és membre del *Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar* (CERCP), assessora al Departament de Salut en aquesta matèria (Pla de Malalties cardiovasculars) i té establerts convenis de col·laboració amb l'Institut Català de la Salut, el Sistema d'Emergències Mèdiques, o Creu Roja de Catalunya, entre altres.

De forma periòdica l'ERC realitza una actualització de les guies de Suport Vital Bàsic i Suport Vital Avançat. Les guies es basen en l'evidència obtinguda a través de revisions sistemàtiques, *scoping*

*reviews* i actualitzacions de l'evidència científica per part de l'ILCOR. Per aquells aspectes on no es disposa de suficient evidència, s'han emès recomanacions de bones pràctiques. El CCR, com a membre de ERC, participa en aquestes actualitzacions i s'encarrega de la seva traducció i difusió al territori.

Cal recordar que l'aturada Cardiorespiratòria (ACR) extrahospitalària té una incidència anual de 55 per cada 100.000 habitants, essent l'edat mitjana dels pacients de 67  $\pm$  17 anys, i el 65% homes. El 70% de les aturades es donen en entorns privats, essent de gran importància la formació en suport vital de la major part possible de la població.

La supervivència després d'una ACR extrahospitalària a Europa és de 7,5%, amb un rang en els països europeus entre el 3,1% i el 35%. La majoria dels supervivents d'una ACR precisen d'un seguiment després de l'alta amb accés a un equip multidisciplinari, on l'Atenció Primària es clau. Un de cada tres supervivents precisa de rehabilitació cardíaca i un de cada 10 rep rehabilitació per lesions cerebrals.

## SUPORT VITAL BÀSIC

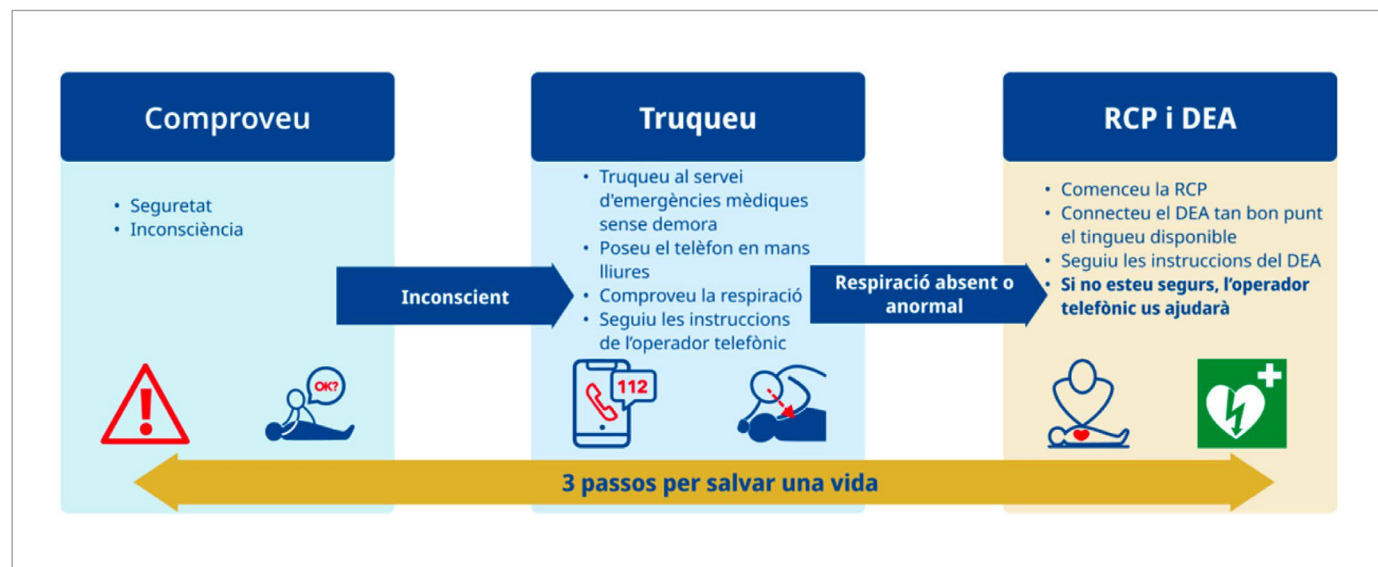
Pel que fa a les guies de Suport Vital Bàsic les noves guies ERC 2025 realitzen un canvi rellevant en la primera baula de la cadena de supervivència, especialment en el reconeixement de l'aturada cardiorespiratòria (ACR) (Taula 1).

Una altra novetat és la descripció d'esbufec (*jadeo* en castellà, *panting* en anglès) com a patró que pot correspondre a respiració agònica a l'inici de l'aturada. L'objectiu d'introduir aquest concepte és evitar l'infradiagnòstic, millorant l'alarma i la resposta precoç. Es planteja aquest tipus de patró respiratori anormal en la valoració inicial del pacient que col·lapsa durant la pràctica esportiva (Figura 1).

Taula 1. Comparativa dels canvis en les directrius ERC 2021 vs ERC 2025

| Directrius ERC 2021                                                                                            | Directrius ERC 2025                                                                                                                             | Novetat/canvi                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconèixer la ACR (persona inconscient que no respira amb normalitat) abans de trucar als serveis d'emergència | Trucar als serveis d'emergència davant qualsevol persona inconscient. Els rescatadors no han de confirmar la respiració anormal abans de trucar | Prioritat a la trucada: S'inicia la trucada i es verifica la respiració amb l'ajuda telefònica de l'operador d'emergències ( <i>dispatcher</i> ) |

Figura 1. Reconeixement de l'Aturada Cardiorespiratòria. Font: European Resuscitation Council.



Pel que fa a les compressions toràciques, es confirmen les xifres de 100-120 compressions/minut i una profunditat d'almenys 5 cm i fins a 6 cm en adults. Es manté l'èmfasi en minimitzar les pauses i maximitzar la fracció de compressió toràcica amb l'objectiu d'unes compressions toràciques de màxima qualitat.

L'ús de desfibril·lador extern automàtic (DEA) continua essent clau, però les guies de 2025 afegeixen noves mesures de sistema: garantir accessibilitat del DEA 24/7 amb una senyalització clara i sense bloquejar amb mesures de seguretat els DEA de la via pública, doncs en limita l'accés i el seu robatori/vandalisme ha demostrat ser residual a data d'avui. Es pot considerar l'ús de drons per entrega de DEA en entorns seleccionats

Altres novetats:

- Benestar psicològic dels reanimadors: Les directrius de 2025 reconeixen la creixent evidència sobre els potencials efectes traumàtics de la intervenció en una reanimació, principalment en personal no sanitari. Es recomana la valoració d'ajuda psicològica en aquests individus.

- RCP en pacient obès: Donat el creixent nombre d'evidències sobre la reanimació en pacient amb obesitat les guies de 2025 puntualitzen que la ratio de compressions toràciques i ventilacions en aquests pacients s'ha de mantenir en 30:2 sense modificacions.
- S'eliminen les directrius sobre COVID-19 presents en les guies de 2021.

Finalment, les guies 2025 inclouen un enfocament ampliat en el sistema que salva vides: la coordinació entre ciutadans, dispatchers, serveis d'emergències i hospitals, així com la formació, avaluació i manteniment de la qualitat en la cadena de supervivència. Aquesta visió sistèmica reforça que la SVB no és només una tècnica individual, sinó part d'un sistema global.

## GUIES DE PRIMERS AUXILIS

Les guies ERC 2025 contenen un apartat específic dedicat als primers auxilis, entenent-se com una actitud d'ajuda per part de qualsevol persona davant una situació d'emergència. Es centren en les afeccions potencialment mortals i en aquelles on els primers auxilis podrien reduir la morbiditat i prevenir una

ACR. Inclouen 24 temes, 7 dels quals són principis generals, 8 d'emergències mèdiques (anafilaxi, ennuegament, asma, dolor toràcic, hipoglucèmia, sobredosi d'opioides, ictus i pensaments suïcides), 5 d'emergències traumàtiques i 4 d'emergències ambientals (ofegament, prevenció de la hipotèrmia, cop de calor i mossegada de serp). Es fan recomanacions sobre els cursos de primers auxilis, les farmàcies d'emergència i repassen la posició lateral de seguretat.

## SUPORT VITAL AVANÇAT

A continuació es resumeixen els principals aspectes tractats en les guies de 2025 que poden ser rellevants per a professionals d'urgències extrahospitalàries.

- Prevenció de l'aturada cardíaca: Èmfasi en els signes premonitoris per la prevenció de l'aturada.
- Èmfasi en la ventilació i oxigenació: Gran importància de una correcta oxigenació i ventilació efectiva, combinades amb unes compressions toràciques de qualitat. Administrar el màxim d'oxigen possible durant la RCP.
- Capnografia obligatòria: Es reforça la recomanació de utilitzar de forma sistemàtica la mesura de EtCO<sub>2</sub> (diòxid de carboni al final de l'inspiració) amb la capnografia.

## DEFIBRIL·LACIÓ MANUAL VS DEA

- Transició de DEA a desfibril·lador manual: Si un DEA ja està en ús a l'arribada de un equip de SVI/SVA, cal seguir les indicacions de descàrrega del DEA. La transició a un desfibril·lador manual s'ha de realitzar, si és possible, durant el cicle de RCP de 2 minuts.
- Ús expert dels desfibril·ladors manuals: Han de ser utilitzats per reanimadors que puguin identificar de forma ràpida i precisa un ritme durant una ACR (en menys de 5 segons), i si és necessari, administrar una descàrrega segura amb una interrupció mínima de les compressions toràciques (menys de 5 segons).

## DEFIBRIL·LACIÓ

- Es fa èmfasi en la posició correcta del pegat lateral (sota axil·la a nivell mig-axil·lar).
- S'ha d'intentar desfibril·lació immediata de la FV de qualsevol amplitud (inclús FV fina). Aquesta recomanació modifica la de les guies de 2015, on es desaconsellava la descàrrega en cas de dubtar entre FV fina i asistòlia.
- En cas de FV refractària (FV continua després de 3 descàrregues) es pot valorar el canvi de vector de desfibril·lació, buscant una posició alternativa dels pegats amb un nou joc (per exemple, antero-posterior o biaxil·lar).

## MANEIG DE LA VIA AÈRIA

- Ventilació amb bossa i mascareta: Necessitat d'administrar una correcta ventilació amb bossa-mascareta. Si és factible, es recomana realitzar la tècnica amb dos reanimadors (bimanual).
- Dispositius supraglòtics: Si s'opta per un dispositiu supraglòtic, es recomana l'·GEL® sobre tubs laringis.
- La intubació endotraqueal només s'hauria d'intentar per ressuscitadors amb una alta taxa d'èxit (superior al 95% en dos intents) i amb ús de capnografia d'ona.

## ACCÉS VASCULAR I FÀRMACS

- Es manté la recomanació d'intentar primer l'accés intravenós, i si no s'aconsegueix en dos intents, valorar l'accés intraossi.
- La lidocaïna 100mg es pot utilitzar com alternativa a l'amiodarona no està disponible o es decideix utilitzar lidocaïna en lloc d'amiodarona en protocols locals.
- No s'ha d'utilitzar bicarbonat sòdic, corticoides ni calci de forma sistemàtica en les ACR.

## CONSCIÈNCIA INDUÏDA PER RCP

Una de les principals novetats d'aquestes guies 2025, en comparació amb les de 2021.

Tot i que no existeix una definició reconeguda a nivell mundial, la recuperació de la consciència induïda per la RCP es pot caracteritzar per l'obertura espontània dels ulls, moviment d'extremitats, parla, seguiment d'ordres o percepció de dolor en el transcurs de l'ACR. Aquestes manifestacions s'aturen immediatament al aturar les compressions toràciques.

S'ha inclòs una secció específica per abordar el tema, destacant la necessitat de la sedació-anestèsia a dosis baixes per prevenir el dolor i ansietat que aquesta situació pot produir.

## SVA EN ENTORNS AMB POCOS RECURSOS

El suport vital avançat s'ha d'adaptar als recursos disponibles, i en entorns amb pocs recursos pot ser necessari centrar-se en la prevenció, els primers auxilis immediats i el suport vital bàsic. Cal ser conscient que, inclús en entorns d'alt nivell econòmic, el suport vital avançat pot estar limitat per escassos recursos.

Un plantejament de dos nivells, que incorpori intervencions bàsiques i avançades, pot ser el més segur i efectiu.

## SUPORT VITAL BÀSIC EN INFANTS

Les diferències aportades en les directrius de 2021 vs 2025 es resumeixen a la Taula 2.

Taula 2. Suport vital bàsic en infants

|                                       | Directrius ERC 2021                                                                           | Directrius ERC 2025                                                                                                    | Novetat/canvi                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reanimadors no entrenats              | No es donaven recomanacions per aquesta població                                              | 3 passos: comprovar-trucar-RCP                                                                                         | Simplificació de la cadena d'accions per prioritzar un inici ràpid de RCP                                                                                                    |
| Tècnica de compressió en lactants     | La tècnica de dos dits per compressions toràciques podia ser considerada en un sol reanimador | La tècnica de dos polzes envoltant el tòrax es recomana en totes les situacions                                        | Es prioritza la tècnica dels dos polzes, ja que produeix compressions més profundes i és més fàcil d'explicar per l'operador d'emergències ( <i>dispatchers</i> )            |
| Ratio de RCP per personal no entrenat | No especificat                                                                                | Els dispatchers han de guiar a personal no entrenat per fer una relació de 30:2, començant amb 5 ventilacions inicials | Estandarització de 30:2 per públic (incloent personal format només en SVB d'adult), mantenint les 5 ventilacions inicials donat l'etiologia hipòxica en el pacient pediàtric |

Posició dels pegats segons el pes. Es recomana posició anteroposterior en lactants i infants de menys de 25 kg (al 2021 també es plantejava l'ús de la posició anterolateral). En infants més grans o adolescents es pot utilitzar la posició anteroposterior o anterolateral.

Es recomana que tots els fabricants de DEA utilitzin un format de pegats universal per infants i adults, amb un mètode simple per atenuar la descàrrega en infants de menys de 25kg.

## CONSIDERACIONS ÈTIQUES

- Les decisions de finalitzar la RCP en pacients adults en RCP extra-hospitalària han de realitzar-se en equip i des d'un enfoc holístic.
- S'ha de procurar una sessió de "*debriefing* calent" immediatament al finalitzar la intervenció amb la finalitat d'identificar els professionals que necessitin suport emocional i abordar les consideracions ètiques que hagin sorgit.
- En RCP resultat d'un intent de suïcidi les guies 2025 proposen un enfoc individualitzat i adaptat al context, recomanant iniciar RCP inicialment per defecte mentre s'analitza i avalua la informació clínica i contextual disponible.

## EDUCACIÓ EN RESSUSCITACIÓ

Amb l'objectiu de millorar el pronòstic de les víctimes en ACR i sabent que l'actuació precoç millora les possibilitats de supervivència, les noves guies intenten incloure diferents entorns possibles d'educació en reanimació i metodologies educatives que han demostrat millores en l'aprenentatge de la RCP i arribar al màxim de població. Es busca adaptar-se al proveïdor final, per facilitar tant l'adquisició com el manteniment d'habilitats tècniques i no tècniques en reanimació.

Com a novetats:

- Educació adaptada per a grups que salven vides: inclou la recomanació d'incloure l'educació en RCP des de l'educació infantil (4-6 anys) dins el currículum escolar. Adaptar la formació a les característiques del proveïdor (rol, lloc específic i població diana) i en la importància de la capacitat dels teleoperadors d'emergència en el reconeixement de l'aturada i en guiar la RCP per telèfon.
- Mètodes educatius per a ensenyar competències en ressuscitació d'alta qualitat: per una banda es recomana l'ús d'eines com al gamificació, autoaprenentatge i flexibilitzar l'aprenentatge en RCP. Es recomana l'ús d'eines de feedback per l'adquisició d'habilitats tècniques, així com la metodologia de la pràctica deliberada de cicle ràpid. Es manté la recomanació de ser metòdic en l'ensenyament de les habilitats tècniques però no estricte amb la metodologia de les 4 etapes. Es recomana incloure l'ètica i el treball en equip en les formacions de Suport vital.
- Aprenentatge millorat per tecnologia: es recomana l'ús de formats d'aprenentatge en línia per flexibilitzar l'aprenentatge. L'ús d'Apps i IA podrien facilitar l'ensenyament i l'avaluació.
- Educació en ressuscitació basada en la simulació: si és factible es recomana la simulació en l'entorn de treball. Incloure instructors en escenaris de simulació i ús de guions per facilitar-la.
- Desenvolupament del professorat: es recomana seleccionar professionals amb experiència amb educació mèdica com a docents i programes de desenvolupament dels docents.
- Feedback i debriefing en els cursos de suport vital: es recomana després de realitzar un escenari d'entrenament

el fer un feedback i debriefing concís per millorar escenaris reals.

- Educació en simulació en àrees remotes o amb pocs recursos: adaptar la formació als recursos disponibles, tant amb eines a distància, híbrid o amb ús de tecnologia, així com maniquís adaptats als recursos.

## BIBLIOGRAFIA

[Executive Summary: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. Berg, Katherine M. et al. Resuscitation. 2025; 215: 110805.](#)

[European Resuscitation Council Guidelines 2025 Education for Resuscitation. Nabecker S et al. Resuscitation 2025: 215: 110739.](#)