DOSIS MÁS ABAJO

Paro cardiorrespiratorio en pabellón

COMIENZA AQUÍ · Inicia RCP y llama al equipo de paro
Usa oxígeno al 100% y conecta el desfibrilador. Revisa la onda arterial si está disponible. Identifica la fase quirúrgica y causas reversibles probables.

¿Qué ritmo o vía de paro corresponde?

Desfibrilable · FV o TV sin pulso	Desfibrila y reinicia RCP de inmediato durante 2 min. Tras el tercer choque, administra adrenalina y amiodarona. Revisa el ritmo en cada ciclo.
No desfibrilable · AESP o asistolia	Administra adrenalina lo antes posible. Continúa ciclos de RCP y corrige causas reversibles.
Paro altamente monitorizado con presión arterial continua	Si aplicas la vía específica de RCUK, considera los incrementos IV iniciales de adrenalina que se indican abajo.

DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

Primer choque bifásico Guía clínica	**Primera descarga: al menos 150 J en bifásico rectilíneo o exponencial truncado; 130–150 J en bifásico pulsado. Si se desconoce el ajuste, usa la energía máxima.** [6]
Adrenalina · SVA adulto estándar Guía clínica	**Adrenalina 1 mg IV. Considerar vía intraósea si no se logra vía IV rápida tras dos intentos. Repetir cada 3 a 5 min.** [6]
Adrenalina · vía altamente monitorizada Guía clínica	**Adrenalina 50 a 100 microgramos IV por incremento inicial. Tras 1 mg total sin respuesta, considerar 1 mg IV cada 3 a 5 min.** [6]
Amiodarona · paro desfibrilable Guía clínica	**Amiodarona 300 mg IV tras 3 descargas, luego 150 mg IV tras 5 descargas.** [6]

Reevalúa y escala · Busca hemorragia, alteración del potasio, embolia, taponamiento y compresión quirúrgica. Tras recuperar circulación, estabiliza y entrega.

Alcance clínico · El algoritmo completo contiene secuencias farmacológicas/de desfibrilación según ritmo y contexto. Esta ayuda no lo reemplaza ni establece una regla para terminar la reanimación.

Algoritmo oficial

Fuentes [2] ILTS / LICAGE / SATA 2021 • [6] RCUK ALS 2025