**CONSENSO LATINOAMERICANO DE**

**REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA 2017**

**GRUPO DE RCP DE LA SLACIP**

**Introducción**

El consenso de la ciencia ILCOR 2015 ha establecido unas recomendaciones generales de reanimación cardiopulmonar (RCP) que luego se han concretado en las recomendaciones de diversas organizaciones como la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sin embargo, estas recomendaciones deben adaptarse en la práctica a las características regionales y locales. El objetivo de este Consenso Latinoamericano de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica 2017 es aclarar, reforzar y adaptar algunas recomendaciones específicas de RCP Pediátrica en la región latinoamericana, para estimular la instauración de medidas prácticas concretas.

1. **RECOMENDACIONES DE LA AHA, EL ERC Y OTROS**

No hay ninguna evidencia que apoye las diferencias existentes entre las recomendaciones de RCP Pediátrica de la AHA, el ERC y otros consejos nacionales o internacionales. Por tanto cada país puede elegir las recomendaciones que considere más adecuadas y adaptarlas a su realidad nacional. Pero es importante que la formación en RCP pediátrica sea homogénea en todo el país y que todos los grupos docentes sigan las mismas recomendaciones.

1. **PREVENCIÓN**

La parada cardiaca (PC) en la infancia tiene una mortalidad elevada sobre todo cuando la reanimación cardiopulmonar no se inicia precozmente. En Latinoamérica las enfermedades infecciosas (sobre todo las infecciones respiratorias y la sepsis) y los accidentes (traumatismos e intoxicaciones) son las causas más frecuentes de parada cardiaca y cada país debe desarrollar medidas de prevención, detección y tratamiento precoz de estas enfermedades. Se deben realizar medidas específicas de formación tanto del personal sanitario como de la población general para lograr estos objetivos.

1. **SECUENCIA DE RCP BÁSICA**

Las secuencias de RCP básica ABC y CAB son equivalentes. Es posible que para la PC de origen respiratorio pudiera ser más adecuado empezar con la secuencia ABC y en las de origen inicialmente cardiaco con la secuencia CAB. Sin embargo, para favorecer el aprendizaje y una práctica clínica homogénea se recomienda que cada país enseñe una única secuencia a toda la población.

1. **VENTILACIÓN DURANTE LA RCP BÁSICA**

La mayoría de las PC en la infancia en Latinoamérica tienen un origen o componente respiratorio. Realizar una oxigenación y ventilación adecuada es esencial tanto para evitar que la insuficiencia respiratoria y la parada respiratoria desemboquen en una PC, como para lograr la recuperación de la circulación espontánea de ésta última. Por tanto es esencial insistir en la formación en la ventilación tanto durante la RCP básica como durante la RCP avanzada, rebatiendo con firmeza las falsas informaciones sobre el riesgo de contagios para el reanimador como de daño al niño.

1. **DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA**

La secuencia de actuación en caso de obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño es complicada y difícil de aprender y aplicar por el personal sanitario y no sanitario. Aunque es posible utilizar tres tipos de maniobras (golpes en la espalda, compresiones en el tórax y compresiones en el abdomen) se recomienda que a la población general se les enseñe sólo una de ellas, porque es más importante hacer una maniobra bien y evitar las interrupciones.

1. **DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMATICA (DESA) DURANTE LA RCP BÁSICA EN NIÑOS**

En el momento actual casi todas las PC extrahospitalarias en la infancia tienen origen respiratorio, traumático e infeccioso con ritmos electrocardiográficos no desfibrilables. Además en muy pocos lugares existe acceso rápido a un DESA. Por estos motivos no se considera que en estos momentos sea imprescindible la enseñanza de la DESA durante la RCP básica en niños, siendo mucho más importante insistir en las medidas de prevención y de atención precoz de calidad a la PC con la ventilación y las compresiones torácicas. Cada país debe valorar el momento y la forma de incluir la enseñanza del DESA en la formación de la RCP pediátrica.

1. **VENTILACIÓN COORDINADA O NO COORDINADA CON BOLSA DE VENTILACIÓN**

No existen evidencias de cual es la forma más adecuada de realizar la ventilación con bolsa de ventilación durante la RCP. La ventilación coordinada con las compresiones torácicas permite una secuencia más ordenada y facilita la expansión torácica durante la ventilación. Por el contrario la ventilación no coordinada evita la interrupción de las compresiones torácicas y permite ajustar la frecuencia respiratoria a la edad del niño. Cada equipo de RCP debe decidir la forma de realizar la coordinación de la ventilación y el masaje en esta situación.

1. **INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL**

La intubación endotraqueal durante la RCP permite un mejor aislamiento de la vía aérea, mejor ventilación y realizar las compresiones torácicas sin interrupciones, pero es una técnica complicada de realizar en situación de PC, que interrumpe las compresiones torácicas y frecuentemente lleva consigo un tiempo significativo de peor ventilación y oxigenación. La ventilación con bolsa y mascarilla debe ser la primera medida para todos los reanimadores. Si con ella se consigue una buena ventilación la intubación puede diferirse hasta la recuperación de la circulación espontánea. La intubación sólo debe ser realizada por personal con experiencia en esta técnica. Para el personal no experto en intubación, la mascarilla laríngea puede ser una buena alternativa en RCP prolongada.

1. **INTRAÓSEA**

La canalización intraósea por su rapidez y facilidad de inserción debe ser considerada como el acceso vascular inicial de elección en niños con parada cardiaca extrahospitalaria e intrahospitalaria salvo en niños mayores o personal sanitario experto en canalización venosa en niños. Es por tanto esencial insistir en que todos los centros sanitarios dispongan de agujas, manuales o mecánicas, para canalización intraósea y remarcar que otros dispositivos como las agujas o cánulas intravenosas o las agujas de punción lumbar no son útiles para la canalización intraósea. Es esencial la formación del personal sanitario en el uso de los dispositivos de canalización intraósea.

1. **BICARBONATO**

A pesar de que la utilidad del bicarbonato es muy discutible, este fármaco sigue siendo muy utilizado durante la RCP, pero de forma poco sistematizada y controlada.Se recomienda que si se decide administrar bicarbonato debe establecerse claramente en el algoritmo de RCP el momento en que debe administrarse (por ejemplo a los 10 minutos de PC, tres ciclos de reanimación o ante un pH menor de 7,10) y no hacerlo muy tardíamente cuando no existen posibilidades reales de que pueda tener un efecto terapéutico.

1. **LÍQUIDOS**

Ya que un porcentaje importante de las PC en niños en Latinoamérica son de origen infeccioso (sepsis) o traumática, se puede plantear la administración de un bolo de líquidos cristaloides (20 ml/kg) de forma precoz durante la RCP en los niños en los que la PC no sea de origen respiratorio y no tengan datos de sobrecarga hídrica.

1. **MEDIDAS DE ESTABILIZACIÓN E HIPOTERMIA**

Tras la recuperación de la circulación espontánea en un niño que ha sufrido una PC es esencial realizar un tratamiento precoz integrado con objetivos concretos. Es prioritario lograr una adecuada estabilidad hemodinámica (asegurando una tensión arterial normal de forma mantenida con fármacos o líquidos) y una normoventilación y normoxigenación, más que intentar realizar hipotermia precoz. Es más importante realizar un control estricto de la temperatura para evitar la hipertermia y cambios bruscos de temperatura que alcanzar una temperatura concreta. Si se decide aplicar hipotermia terapéutica ésta debe ser moderada, realizarse con un protocolo estricto y con una duración corta (48 a 72 horas). Si el paciente tras la RCE está en hipotermia se recomienda realizar un recalentamiento lento.

1. **FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE EQUIPOS**

La formación en prevención y RCP son medidas mucho más importantes que la disponibilidad de aparataje caro y complicado para mejorar el pronóstico de la PC en niños. Sin embargo, en Latinoamérica existe un importante déficit de formación en reanimación cardiopulmonar. La formación es irregular, poco estructurada y la mayoría de los países no cuentan con un organismo que estimule, regule y controle la formación. Es por tanto esencial insistir que cada país organice de forma coordinada la formación en RCP pediátrica tanto del personal sanitario como no sanitario.

1. **ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA**

Es esencial que cada centro sanitario desarrolle protocolos de atención a la parada cardiaca en la infancia, que incluyan la creación de equipos clínicos específicos bien estructurados (compuestos por médicos y personal de enfermería) y entrenados, el establecimiento de sistemas de llamada rápida específica y la formación de todo el personal para detectar, avisar y empezar a tratar las emergencias vitales

1. **TRANSPORTE**

En Latinoamérica existe una gran deficiencia en el sistema de transporte sanitario pediátrico lo que contribuye significativamente a la mortalidad de la parada cardiaca. Es necesario que cada país desarrolle un sistema de transporte sanitario prehospitalario e interhospitalario (con material específico y personal adecuadamente formado) para realizar el traslado con seguridad tanto de los niños con riesgo de parada cardiaca como de los que se han recuperado de la misma.

1. **COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE LOS PAISES LATINOAMERICANOS**

Latinoamérica es un continente con un porcentaje muy importante de población infantil. Aunque la realidad socioeconómica y sanitaria es muy diversa, muchos países comparten características humanas, culturales, lingüísticas y sanitarias que facilitan mucho la cooperación entre los países. Consideramos que la creación de una estructura multinacional de coordinación y cooperación en reanimación cardiopulmonar (Consejo Latinoamericano de RCP) facilitaría la colaboración entre los países en la difusión y aplicación de medidas y la proyección del papel científico de Latinoamérica.