

1er Congreso Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica.

Valencia, 18-19 Nov. 2005

Dr. Ángel Carrillo Álvarez. Presidente GERCPN

Durante los días 18 y 19 de noviembre de 2005, se ha celebrado en Valencia el 1er Congreso Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica que, gracias a los desvelos y al trabajo organizativo del Dr. Manrique Martínez y de sus colaboradores, ha supuesto un gran éxito tanto por el elevado número de participantes como por la importancia de los temas tratados.

En la *primera jornada* se reunió, por primera vez desde la constitución del Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal (GERCPNyN), la Junta Directiva con todos los Representantes Autonómicos. En esa reunión se expusieron las actividades llevadas a cabo por cada una de las autonomías, se evaluaron las dificultades encontradas y se propusieron nuevas estrategias de unificación de criterios y de desarrollo. Dentro del plan de renovación paulatina de los miembros de la Junta Directiva, estaba prevista la sustitución del Coordinador Autonómico; por lo que, tras someterse a votación, resultó elegido por unanimidad el Dr. Rey Galán. Todos los presentes manifestaron su agradecimiento al Dr. Domínguez Sampedro por su labor como coordinador desde la constitución del Grupo y, tras felicitar al nuevo coordinador, le ofrecieron su apoyo y el deseo de que su gestión sea exitosa.

En el Simposium satélite, el Dr. López-Herce analizó las principales características, ventajas e inconvenientes de los diferentes maniqués existentes en el mercado español, basándose en la experiencia de su utilización en los cursos de RCP pediátrica y neonatal. Así mismo, evaluó los diferentes métodos de simulación que pueden utilizarse en el desarrollo de los casos clínicos planteados en los cursos. También se valoró las posibilidades del maniquí SimBaby (Laerdal) para simular diferentes situaciones clínicas en situaciones de urgencia vital y de reanimación avanzada en los lactantes.

En la *segunda jornada*, se celebraron por la mañana dos mesas redondas y cinco talleres por la tarde.

En la *primera ponencia*, el Dr. Rodríguez Núñez disertó sobre el método y evidencia científica de las nuevas recomendaciones en RCP Pediátrica para el 2005. A pesar del avance que supusieron las recomendaciones del ILCOR 2000 en cuanto a la unificación de criterios en las normas de RCP pediátrica, lo cierto es que, la mayoría de ellas, estaban basadas en pocas evidencias científicas. Por eso, en la elaboración de las nuevas recomendaciones para el 2005 se trató de seleccionar cuáles eran los temas más controvertidos de la RCP Pediátrica y Neonatal para encargar a un grupo de expertos internacionales que los sometieran a un exhaustivo análisis y evaluaran las evidencias científicas sobre los conocimientos existentes en la actualidad sobre RCP pediátrica y

clasificarlos según los criterios internacionales. Pero no sólo se ha tenido en cuenta la puntuación obtenida por los criterios de evidencia científica, si no que también se valoró que las recomendaciones fueran fáciles de enseñar, aprender y retener por la población a la que van dirigidas. Los resultados obtenidos por los expertos fueron presentados en dos conferencias internacionales (Budapest y Dallas) con el objetivo de llegar a un acuerdo y poder emitir un documento de consenso que fuese aceptado por todos los Consejos de Resucitación. Está previsto que en los inicios de 2006 se publiquen los acuerdos alcanzados y, posteriormente, se ampliarán con diversos documentos, entre los que figurarán las nuevas guías de actuación.

Como consecuencia de todo ello, es preciso que los instructores en RCP Pediátrica y Neonatal estén atentos para conocer el contenido de las nuevas normas de actuación recomendadas por el ERC y el Consejo Español de RCP, a sabiendas de que todavía persisten algunas áreas de incertidumbre que requerirán perseverar en la búsqueda de más evidencias científicas.

En la *segunda ponencia*, el *Dr. Rey Galán* analizó los temas que actualmente son más controvertidos y evaluó cuáles son las evidencias científicas actuales en cada uno de ellos.

Parece evidente que se deben hacer todos los esfuerzos por simplificar los algoritmos de actuación en RCP, sobre todo cuando han de ir dirigidos a personas sin conocimientos sanitarios, acercando, en lo posible, las recomendaciones de los niños a las de los adultos.

No existen evidencias científicas que demuestren que efectuar una relación masaje-ventilación 5/1 en los niños sea mejor que una relación 15/2, por lo que podría hacer más recomendable esta última secuencia.

La secuencia de las maniobras de desobstrucción por cuerpo extraño, cuando la tos es ineficaz, puede que sean demasiado complicadas para ser aprendidas por la población general, por lo que, parecería lógico, que se tienda a simplificarlas. Es sabido que los reanimadores con poca o nula experiencia en la intubación endotraqueal deben ejercitarse principalmente en la ventilación con bolsa y mascarilla facial, ya que esto ha demostrado una gran efectividad para oxigenar y ventilar de forma suficiente en espera de que llegue otro reanimador que posea la experiencia suficiente en efectuar aquella técnica. Para valorar la correcta colocación del TET se sigue recomendando la evaluación de los parámetros clínicos, pero, si es posible, la capnografía aporta una mayor seguridad.

Si bien es cierto que la vía endotraqueal puede ser una alternativa para la administración de algunos fármacos (sobre todo adrenalina), también lo es que es menos recomendable que la vía intravenosa o la intraósea, ya que, al tener una absorción más aleatoria, requiere dosis más altas. La rapidez de consecución de la vía intraósea, hace que pueda ser considerada la técnica de elección cuando el reanimador no tiene la experiencia suficiente en la canalización intravenosa en niños.

La administración de dosis altas de adrenalina cuando ha fracasado una primera dosis estándar no han demostrado que consigan una mayor supervivencia que la repetición de la dosis inicial de 0,01 mg/Kg. Estudios experimentales en animales jóvenes y en grupos de niños entre 7-12 kg, confirman que las energías más efectivas son de 3-4 julios/kg, tanto en descargas monofásicas como en las bifásicas; por eso, es previsible que se recomienden utilizar estas dosis desde el principio y realizar RCP o administrar adrenalina o antiarrítmicos

después de cada desfibrilación. Si la fibrilación es refractaria al tratamiento eléctrico, los estudios efectuados se inclinan por el uso de la Amiodarona a 5 mg/kg/dosis mejor que por la Lidocaína. La hipotermia moderada (32°-34°C) podría ser de utilidad en las primeras horas tras la PCR en los niños que permanecen en coma después de la recuperación de la circulación espontánea.

En la *tercera ponencia*, la *Dra. Aguayo Maldonado* expuso las controversias existentes en la reanimación neonatal. Evaluó la utilización del O₂ a diferentes concentraciones. El tiempo máximo que puede invertirse en conseguir la intubación. Las recomendaciones y los diferentes métodos de ventilación con presión positiva. La actitud a tomar ante el parto con líquido amniótico meconial y las características especiales de reanimación en el caso del recién nacido de muy bajo peso.

La *segunda mesa redonda*, moderada por el *Dr. Manrique Martínez*, trató sobre la experiencia de la enseñanza de la RCP pediátrica en España y Europa, y las perspectivas de mejora que se proponen para el futuro.

En la *primera ponencia*, el *Dr. Carrillo Álvarez*, expuso, en primer lugar cual había sido la historia y los importantes logros alcanzados por el Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal desde su fundación.

Recordó que los objetivos fundamentales del GERCPyN consistieron, desde el principio, en estimular, orientar, coordinar, unificar y supervisar las actividades docentes y de investigación de la RCP Pediátrica en nuestro país. Después de 12 años de experiencia, es conveniente analizar si estos objetivos se han conseguido.

Por lo que respecta a los cursos de formación, los de RCP Avanzada y los de Instructores son los que más se han desarrollado, acreditándose más de 60 cursos anuales distribuidos por toda la geografía nacional. Sin embargo, no ha sucedido lo mismo con los de RCP básica e instrumentada que, aunque también se han incrementado, lo han hecho de forma escasa e irregular. Por eso se considera imprescindible impulsar este tipo de cursos, ya que, como es sabido, podrían influir de manera importante en la mejora de la supervivencia pediátrica. Para ello, son las comunidades autónomas, más cercanas a la población diana, las que deberían hacer el máximo esfuerzo en su desarrollo. Después de la etapa inicial de desarrollo, parece haber llegado el momento de ser más críticos en cuanto a los contenidos que deben ser exigidos para que los cursos no sólo garanticen una calidad adecuada si no que sean homogéneos en sus contenidos teórico-prácticos antes de ser acreditados. En cuanto a investigación se refiere, se ha llevado a cabo un estudio multicéntrico nacional sobre la parada cardiaca y la reanimación pediátrica en España, que no sólo ha permitido conocer los datos de nuestro entorno, sino que es referencia internacional. También cabe destacar el reconocimiento conseguido en estos años por nuestro Grupo que, actualmente forma parte, como socio fundador, del Consejo Español de Resucitación; es valorado y apoyado por diferentes instituciones y sociedades científicas de nuestro país; tiene voz en el Consejo Europeo de Resucitación y ha participado, en varias ocasiones en cursos de instructores europeos e incluso ha coordinado dos de ellos.

En resumen, podría decirse que todos los componentes del GERCPyN podemos sentirnos muy orgullosos de los logros hasta ahora conseguidos, pero hemos de esforzarnos en darle un nuevo impulso con nuevas iniciativas entre las que cabe destacar:

- 1º. Multiplicar el desarrollo de la RCP básica e instrumentada.
- 2º. Mejorar la calidad y la unificación de los programas de RCP Avanzada.
- 3º. Seleccionar mejor a los candidatos a instructores.
- 4º. Mejorar los contactos con las organizaciones implicadas en la enseñanza de la RCP y exigirles unos mínimos de calidad a través del Consejo Español de RCP.

La *segunda ponencia*, expuesta por el *Dr. López-Herce Cid*, versó sobre las estrategias a seguir para difundir la enseñanza de la RCP Básica en la población general. Resaltó la gran importancia que tiene el conocimiento de las medidas preventivas de los accidentes en general y de la parada cardiorrespiratoria en particular, por lo que es fundamental el desarrollo de su difusión a través de campañas en los medios de comunicación, en los lugares que agrupen a grandes colectivos o, de forma específica, entre las personas que puedan verse relacionadas con pacientes de riesgo. Valoró la influencia que supondría en la mejora de la supervivencia basándose en datos internacionales y en el estudio realizado por el GERCPyN sobre la PCR y la RCP pediátrica en España. Cree que el objetivo de la formación de la población consiste en que aprenda la sistemática de actuación ante situaciones de emergencia, aplicando las medidas de seguridad que eviten nuevos accidentes; en diferenciar las situaciones graves de las leves; en saber alertar a los servicios de emergencias y, por último, en conocer las medidas a aplicar y las maniobras a realizar ante cualquier tipo de accidente incluidas las situaciones de riesgo vital. También analizó las dificultades logísticas y metodológicas que han de vencerse para conseguir este objetivo, teniendo en cuenta que deben adaptarse a la población a la que van dirigidas. Los profesionales sanitarios son los que deben iniciar e impulsar este proyecto, pero el objetivo es implicar a todos los colectivos de la población apoyándose en los organismos oficiales, tanto públicos como privados, a nivel estatal, autonómico o local.

En la *tercera ponencia*, el *Dr. Domínguez Sampedro*, defendió la necesidad de que todos los cursos de RCP pediátrica avanzada deben contar con un módulo de evaluación y tratamiento del niño politraumatizado. En el desarrollo de su exposición analizó los contenidos teóricos y prácticos que deben tratarse, empleando para ello un tiempo suficiente.

Consideró fundamental el que los alumnos de los cursos de RCP avanzada conozcan la sistemática de actuación del niño politraumatizado esté o no en situación de PCR, ya que, si se aplica correctamente, podría prevenirla o actuar en consecuencia. Por último, analizó las recomendaciones de actuación de la evaluación y tratamiento primario y secundario en el niño traumatizado.

Los diferentes modelos de enseñanza de RCP pediátrica en la Comunidad Europea fueron valorados por el *Dr. Miguel Félix* en la cuarta ponencia. En ella resaltó la importancia de que todos los países deben seguir las mismas normas y, por eso, éstas

han de apoyarse en conocimientos basados en la evidencia científica. También insistió en la importancia de las prácticas en la enseñanza de la RCP; valorando el tiempo que a ella se dedica en los diferentes países para llegar a la conclusión que el tiempo dedicado a ellas debe ser, al menos, 2/3 del tiempo total. Consideró que los instructores deben haber adquirido una sólida formación y unificación de criterios en los contenidos y en la metodología, pero que, en último término, los cursos deben adaptarse a las necesidades específicas y a las características de cada país.

Durante la tarde se desarrollaron cinco talleres, de 45 minutos cada uno, por los que rotaron todos los participantes divididos en otros tantos grupos iguales. En ellos se trató de evaluar y corregir los problemas y defectos más frecuentes relacionados con la enseñanza práctica de la RCP pediátrica, valorando las ventajas y dificultades que se plantean en el manejo de los casos clínicos y las estrategias docentes y metodológicas que se deben seguir para corregirlos. Estos talleres fueron coordinados por los Dres. Sebastián Barberán, Carsi Giner y Lerma Lucas.

El taller de RCP básica y DESA fue impartido por los Dres. Rodríguez Núñez, Alonso Martín y Miguel Félix. El de RCP avanzada por los Dres. López-Herce Cid, Rey Galán y Tormo Calandín. Vía aérea, venosa y alternativas por los Dres. Calvo Macías, Delgado Domínguez y Vázquez López. RCP Neonatal por las Dras. Aguayo Maldonado y Pons Morales. El de Trauma Pediátrico por los Dres. Carrillo Álvarez, Domínguez Sampedro y Castellanos Ortega.

El Congreso terminó con una cena de clausura en la que se pudo sentir el grado de entendimiento y amistad que une a todos los componentes del GERCPyN, desde los que pertenecen a la Junta Directiva hasta los que asistieron como oyentes. Esto tiene una especial relevancia porque ese grado de unión fue tan evidente que no pasó desapercibido por ninguno de los asistentes. De esta manera, los que, por diversos motivos, pudieran tener algún tipo de dificultad de integración en el Grupo se sintieron tan atraídos, que manifestaron su intención de redoblar sus esfuerzos para incorporarse a él.