



CARTAS AL EDITOR

Red iberoamericana de estudio de la parada cardiorrespiratoria en la infancia

Latin American network study of cardiorespiratory arrest in childhood

Sr. Editor:

La parada cardiorrespiratoria es un importante problema sanitario con una elevada morbilidad¹⁻⁴. Las causas de parada cardiorrespiratoria en niños dependen de los países (estado de desarrollo socioeconómico), la edad y el estado de salud previo. En los últimos años se ha desarrollado un importante esfuerzo internacional, coordinado por el Grupo de Coordinación Internacional sobre Resucitación, para consensuar normas internacionales de prevención de la parada cardiorrespiratoria y la reanimación cardiopulmonar⁵⁻⁷.

Debido a sus características, desarrollo no previsible, rapidez de administración y, relativa baja incidencia es imprescindible que la investigación sobre parada cardiorrespiratoria se realice mediante estudios multicéntricos^{1,3}. En los países iberoamericanos no se conoce bien la epidemiología de la parada cardíaca en los niños, aunque se han realizado algunos estudios de elevada calidad científica⁸; sin embargo, no hay ningún organismo que facilite la colaboración entre los grupos de investigación y la docencia de la reanimación cardiopulmonar.

En el año 2009 se ha creado la Red Iberoamericana de Estudio de la Parada Cardiorrespiratoria en la Infancia (RIBEPCI) dependiente del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. Esta Red pretende establecer un marco estable de colaboración científica que permita compartir conocimientos, diseñar estudios y acciones coordinadas de investigación y formación sobre la parada cardiorrespiratoria en la infancia en Iberoamérica.

Los objetivos fundamentales de la RIBEPCI son los siguientes:

- 1) Desarrollar proyectos de investigación coordinados sobre la epidemiología, la prevención y el tratamiento de la parada cardiorrespiratoria en la infancia en Iberoamérica. En el momento actual la RIBEPCI está desarrollando un estudio multicéntrico latinoamericano de parada cardiorrespiratoria en la infancia de 2 años de duración, en el que participan investigadores de 120 hospitales de 16 países iberoamericanos, y en el que se han incluido ya más de 400 pacientes. A partir de sus resultados se

podrán desarrollar tanto políticas y medidas generales multinacionales como medidas específicas aplicables a cada país y comunidad. Además, la RIBEPCI permitirá la creación y el mantenimiento de grupos científicos estables dedicados a la investigación o a la formación en reanimación cardiopulmonar en los países iberoamericanos.

- 2) Potenciar la creación de grupos de formación de reanimación cardiopulmonar pediátrica en los países iberoamericanos. La RIBEPCI estimulará la creación en cada país de grupos de formación en prevención y en reanimación cardiopulmonar dirigidos tanto a los profesionales sanitarios como a la población general. El objetivo es que estos grupos puedan ser autónomos científica y económicamente. La primera experiencia se ha desarrollado en Honduras, donde se ha creado un Grupo Hondureño de Formación en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal que está actuando desde el año 2008. En el año 2009 se realizará una experiencia similar en Guatemala.
- 3) Estimular la creación de un Consejo Latinoamericano de Reanimación Cardiopulmonar. Uno de los objetivos de la RIBEPCI será sentar las bases para la creación del Consejo Latinoamericano de Reanimación Cardiopulmonar que permita conseguir una independencia científica y económica institucionalizada, y desarrollar sus propios planes de formación e investigación. Este Consejo tendrá como objetivos coordinar y estimular las actividades de investigación, prevención y formación en los países latinoamericanos, y representar a la comunidad latinoamericana en los órganos científicos internacionales de reanimación cardiopulmonar.

Todos los sanitarios e investigadores relacionados con la parada cardiorrespiratoria en la infancia de los países iberoamericanos están invitados a participar en la RIBEPCI.

La RIBEPCI pretende actuar como un sistema diversificado abierto que parta de un núcleo inicial de coordinadores nacionales y que alcance progresivamente al máximo número de profesionales, sanitarios y no sanitarios, y a la población general de los países iberoamericanos para implicarlos en actividades de investigación y formación en la prevención y el tratamiento de la parada cardiorrespiratoria. El coordinador inicial de la Red es miembro del Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal, que es un grupo multicéntrico con más de 15 años de experiencia, que ha desarrollado una estructura estable de coordinación, formación, difusión e investigación^{9,10}, y que

puede servir como modelo y estímulo de la creación de la Red Iberoamericana.

Para la participación en las actividades de la RIBEPCI se ha creado una página en internet (URL: www.ribepci.hggm.es) que recoge las actividades científicas y docentes, facilita documentación y artículos científicos, permite la entrada directa en los estudios en activo y la posibilidad de plantear preguntas y presentar casos a discusión.

La RIBEPCI ofrece una oportunidad para colaborar y trabajar juntos en el campo de la reanimación cardiopulmonar pediátrica, que es la mejor forma de conseguir el desarrollo científico y sanitario de Iberoamérica.

Bibliografía

1. López-Herce J, García C, Domínguez P, The Spanish Study Group of Cardiopulmonary Arrest in Children. Characteristics and outcome of cardiorespiratory arrest in children. *Resuscitation*. 2004;63:311–20.
2. López-Herce J, García C, Rodríguez-Núñez A, The Spanish Study Group of Cardiopulmonary Arrest in Children. Long term outcome of paediatric cardiorespiratory arrest in Spain. *Resuscitation*. 2005;64:79–85.
3. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, Carey SM, Kaye W, Mancini ME, et al. National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *JAMA*. 2006;295:50–7.
4. Olotu A, Ndiritu M, Ismael M, Mohammed S, Mithwani S, Maitland K, et al. Characteristics and outcome of cardiopulmonary resuscitation in hospitalised African children. *Resuscitation*. 2009;80:69–72.
5. International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2005;67:157–341.
6. American Heart Association. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2005;112:1–211.
7. Biarent D, Bingham R, Richmond S, Maconochie I, Wyllie J, Simpson S, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 6. Pediatric life support. *Resuscitation*. 2005;67:S97–S133.
8. Reis AG, Nadkarni V, Perondi MB, Grisi S, Berg RA. A prospective investigation into the epidemiology of in-hospital pediatric cardiopulmonary resuscitation using the international Utstein reporting style. *Pediatrics*. 2002;109:200–9.
9. López-Herce J, Carrillo A, Rodríguez A, Calvo C, Delgado MA, Tormo C. Paediatric life support instructors courses in Spain. Spanish Paediatric and Neonatal Resuscitation Group. *Resuscitation*. 1999;41:205–9.
10. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. En: Manual de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. 5 ed. Madrid: Publimed; 2006.

J. López-Herce Cid

*Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Madrid, España*

*Correo electrónico: pielvi@ya.com
(J. López-Herce Cid).*

doi:10.1016/j.anpedi.2009.05.013

Utilidad de la detección antigénica rápida frente a los virus gripales en la población pediátrica

Use of the rapid influenza virus antigen test in the paediatric population

Sr. Editor:

Las infecciones respiratorias agudas de etiología vírica son una de las primeras causas de morbilidad en la población infantil, especialmente en los lactantes. Estas infecciones se presentan como epidemias invernales que afectan a un porcentaje muy elevado de la población. Este fenómeno determina un incremento masivo en las consultas ambulatorias y en las urgencias hospitalarias, lo que obliga a establecer alguna estrategia de diagnóstico etiológico para poder evaluar el impacto sanitario, el pronóstico y la evolución de estas infecciones víricas, especialmente si van a determinar el ingreso hospitalario del paciente¹.

Desde hace mucho tiempo hay consenso sobre la necesidad de realizar una detección antigénica rápida frente al principal virus causante de estos procesos respiratorios: el virus respiratorio sincicial (VRS)^{1,2}. El valor de su conocimiento determina las diferentes estrategias de

actuación sanitaria en los pacientes positivos. En la mayoría de los protocolos, la detección antigénica frente al VRS es un requisito imprescindible para el posible ingreso hospitalario^{1,2}. Sin embargo, las manifestaciones clínicas de las infecciones respiratorias agudas de etiología vírica son prácticamente las mismas y, por tanto, difícilmente distinguibles entre los diferentes virus causantes de éstos. Por tanto, frente a un cuadro respiratorio agudo con detección antigénica negativa frente al VRS debemos pensar en la posibilidad de otros agentes víricos, entre los que deben incluirse de una forma sistemática los virus gripales A y B^{1–4}.

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo de las infecciones respiratorias gripales en la población pediátrica^{3,5}. La gripe afecta preferentemente a la cohorte situada entre los 0 y los 14 años, grupo etario de mayor demanda asistencial y diagnóstica. Por esto, parece necesario ya instaurar de forma habitual la detección antigénica rápida frente a los virus gripales tras la negatividad frente al VRS^{2,6}.

En nuestro hospital se introdujo hace unos 8 años la detección antigénica frente a los virus gripales; se había observado que su relación entre coste y beneficio era muy similar a la obtenida frente al VRS⁷. Por esto, hemos querido analizar los datos de las últimas 5 temporadas invernales y comparar los resultados obtenidos con los ya conocidos frente al VRS.