

## PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA AVANZADA A LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS

**Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal.**

**11-abril-2020**

Teniendo en cuenta el desafío que plantea la atención a los niños con infección por Covid-19 y los riesgos, tanto para el paciente como los profesionales sanitarios, el Grupo Español de RCPyN ha considerado necesario adaptar las guías actuales de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada, en caso de que un niño sufra una parada cardiorrespiratoria (PCR).

### **0. ANTES DE LA PARADA CARDÍACA**

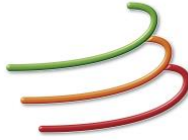
- Se debe tener en cuenta que en estos pacientes el inicio de la RCP se puede retrasar por la dificultad para la vigilancia presencial continua y la necesidad de colocación del equipo de protección individual (EPI) antes de iniciar la RCP.
- Se recomienda utilizar escalas de alerta precoz o tratar de identificar a los niños con riesgo de PCR.
- Todo niño de riesgo debe estar monitorizado y atendido por personal experto.
- En los niños con ventilación mecánica invasiva el riesgo de PCR es mayor debido a extubación accidental con las maniobras de pronación/supinación y a la obstrucción de la vía aérea por secreciones muy espesas.
- Se debe disponer de material de RCP y de intubación difícil cerca de todo niño críticamente enfermo con infección por coronavirus.
- El personal debe saber que, en caso de PCR el número de reanimadores será limitado a un máximo 3-4 personas.
- Sólo deberá iniciarse la RCP cuando los reanimadores se hayan puesto el EPI, que debe ser eficaz para proteger contra los aerosoles.
- En el caso de que haya acuerdo de adecuación-limitación de la terapia que incluya no iniciar la RCP, dicha decisión debe figurar en la historia clínica y ser conocida por el personal asistencial.

### **1. DURANTE LA PARADA CARDÍACA**

- La persona que esté atendiendo al niño alertará a sus compañeros e iniciará de inmediato la RCP.
- Se limitará el equipo a 3-4 personas, quienes deben colocarse un EPI a prueba de aerosoles antes de iniciar la RCP.

#### **1.1. Paciente con acuerdo de "no iniciar la RCP"**

- Se comprobará que el acuerdo existe y está vigente.
- Se apagarán el respirador y los monitores.
- Se informará a los familiares (en general los padres), a uno de los cuales (o si es



posible, a los dos) se permitirá estar al lado del niño para despedirse, para lo cual deberán colocarse una EPI.

## 1.2. Paciente en el que "sí está indicada la RCP"

### a) Niño sin ventilación invasiva:

- Se seguirá el protocolo habitual de RCP pediátrica, ventilando con bolsa y mascarilla.
- Tras 5 insuflaciones de rescate se procederá a realizar compresiones torácicas si no tiene signos vitales o la frecuencia del pulso es menor de 60/minuto.
- Si es posible, se hará ventilación a 4 manos (una persona fijará bien la mascarilla a la cara con dos manos y la otra manejará la bolsa autoinflable).
- La bolsa autoinflable dispondrá de un filtro antibacteriano y antivírico en la conexión con la mascarilla facial. Se valorará la utilización de una cánula orofaríngea.
- Se realizará la intubación traqueal en cuanto sea posible, por parte de la persona más experta, recomendándose el uso de un videolaringoscopio y extremar la protección (con una pantalla facial o una pantalla en la cabecera del paciente).
- Una vez intubado, se inflará el balón del tubo antes de la primera insuflación de aire .
- Se conectará al niño de inmediato al respirador, que debería estar preparado para su uso.
- Si el paciente tiene pulso, se confirmará la intubación traqueal con capnografía.

### b) Niño con ventilación invasiva:

- Se ajustarán los parámetros del respirador.
- Se realizarán las compresiones torácicas sin desconectar el respirador.
- Se tratará de limitar al mínimo imprescindible el número de reanimadores.

## 2. TRAS LA RCP (bien sea con recuperación del pulso espontáneo o en caso de RCP fallida)

- Eliminar (batas, guantes...) o limpiar y esterilizar (videolaringoscopio...) todo el equipo utilizado durante la RCP.
- Analizar la RCP realizada:
  - a) Estimar el riesgo de que el paciente vuelva a presentar otra PCR.
  - b) Actualizar y adaptar el plan de monitorización y tratamiento.
  - c) Evaluar la seguridad del procedimiento y tomar las medidas pertinentes.
  - d) Revisar lo que se hizo y cómo se hizo.

### Autores del documento:

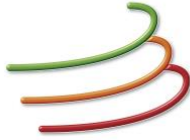
Dr. Ignacio Manrique Martínez

Presidente del GERCPyN

Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Valencia.



Grupo Español de RCP  
Pediátrica y Neonatal



Dra. Eva Civantos Fuentes  
Centro de Salud de Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife

Dr. Jesús López-Herce Cid  
Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Dr. Antonio Rodríguez Nuñez  
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos  
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela

Dr. Custodio Calvo Macías  
Emérito del Servicio Andaluz de Salud.  
Vicepresidente del Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Málaga

Dr. Gonzalo Zeballos Sarrato  
Servicio de Neonatología  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.