



## CAMBIOS EN LAS RECOMENDACIONES DE RCP 2025

### GRUPO ESPAÑOL DE RCP PEDIÁTRICA Y NEONATAL

(Adaptación de las recomendaciones del Consejo Europeo de Resucitación)

No existen cambios muy importantes en las recomendaciones de RCP de 2025. Los cambios están basados generalmente en consenso de expertos.

#### REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

Se han introducido cambios orientados a simplificar, mejorar la rapidez y así facilitar el aprendizaje (figura 1)

##### Activación del sistema de emergencias

- La llamada al 112 se adelanta. Se realiza inmediatamente después de detectarse la inconsciencia, tras pedir ayuda al entorno, con el teléfono en función manos libres.

En las recomendaciones de 2020, si solo había un reanimador y disponía de teléfono con llamada con manos libres, se recomendaba llamar al 112 tras realizar las 5 insuflaciones de rescate. Este paso se elimina.

- Si no hay teléfono disponible, se recomienda realizar la RCP durante 1 minuto y luego buscar ayuda.
- Si hay más de un reanimador, uno de ellos debe iniciar inmediatamente la RCP, mientras que el otro busca la ayuda y llama al 112.



### Figura 1. Algoritmo de RCP básica pediátrica

- 1º Seguridad
  - 2º Valoración de la conciencia
  - 3º Pedir ayuda al entorno y llamar al 112
  - 4º Abrir la vía aérea
  - 5º Comprobar si respira y otros signos vitales (tos, movimientos)
  - 6º Ventilación (5 respiraciones de rescate)
  - 7º Compresiones torácicas
- (relación 15/2 personal sanitario o 30/2 población general)

#### Comprobación de la respiración y los signos vitales

- Tras activar al 112, se debe evaluar la respiración utilizando la maniobra frentemontón y al mismo tiempo buscar otros signos de vida, durante no más de 10 segundos. (En las recomendaciones anteriores después de evaluar la respiración se administraban 5 respiraciones de rescate y después se evaluaban los signos vitales).

#### Ventilación y compresiones torácicas

- Si el niño no respira normalmente realizar 5 ventilaciones de rescate y después realizar las compresiones torácicas con una secuencia de 15 compresiones torácicas /2 ventilaciones (30:2 en caso de la población general).

#### Técnica de las compresiones torácicas

- Localización: mitad inferior del esternón.
- Técnica: en los lactantes se debe utilizar la técnica de rodear con ambas manos el tórax y comprimir el esternón con los pulgares. Ya no se recomienda la técnica de compresiones con los dos dedos. Si no se puede abarcar el tórax, las compresiones torácicas se pueden realizar con el talón de la mano.
- Ritmo: 100-120 compresiones/minuto.
- Profundidad: aproximadamente un tercio del diámetro anteroposterior del tórax.
- Permitir reexpansión completa del tórax y minimizar interrupciones (<10 s).

- No interrumpir las compresiones torácicas excepto cuando se esté ventilando o cuando lo indique el DESA.

#### **Desfibrilación semiautomática (DESA)**

- En niños realizar al menos un minuto de RCP antes de colocar el DESA, excepto en colapso brusco presenciado.
- Posición: colocar de los parches en posición anteroposterior en lactantes y niños pequeños (<25 kg) y anterolateral en niños mayores (>25 kg) y adolescentes.

#### **OVACE (Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño)**

- En el niño con tos inefectiva se mantiene la misma secuencia de golpes interescapulares y compresiones (torácicas en el lactante y abdominales en el niño).
- En el lactante, las compresiones torácicas se realizarán con la misma técnica que en la RCP básica (rodeando el tórax con ambas manos y comprimiendo el esternón con los pulgares).
- No existen evidencia suficiente para recomendar los dispositivos mecánicos de antiatragantamiento en niños.

## **CAMBIOS EN LAS RECOMENDACIONES DE RCP AVANZADA**

Los cambios más importantes en la RCP avanzada son:

### **Detección de la parada cardiaca**

- Se puede detectar la parada cardiaca por la ausencia de signos de vida, no pulso o alteración de signos vitales monitorizados (ECG, tensión arterial intraarterial perdida de saturación, CO<sub>2</sub> espirado).
- Comprobar los mismos cada dos minutos durante la RCP.

### **Ventilación**

- Dar ventilación no coordinada con las compresiones torácicas si el niño está intubado o tiene colocada un dispositivo supraglótico.
- Si el niño está conectado al respirador se puede desconectar y ventilar con bolsa o ventilar con el respirador quitando los límites de las alarmas de presión elevada.

### **Intubación**

- No se recomienda la utilización rutinaria de atropina como premedicación antes de la intubación.
- Se recomienda limitar el número de intentos de intubaciones a dos.

### **Adrenalina en ritmos no desfibrilables**

- Administrar la primera dosis de adrenalina tan pronto como sea posible y repetirla cada 4 minutos.
- Cada dos minutos comprobar el ritmo y pulso arterial central o signos vitales y, si es posible, cambiar la persona que está dando las compresiones torácicas.

### **Desfibrilación**

- En niños con peso menor de 25 kg (8 años) se recomienda colocar los parches en posición anteroposterior. En los niños con peso mayor de 25 kg se puede colocar anteroposterior o anterolateral.
- Asegurar que no está conectado el oxígeno antes de desfibrilar (desconectar la bolsa de ventilación) y separarse al menos un metro.

### **Monitorización durante la RCP**

- Si tiene canalizada una arteria intentar conseguir una TA diastólica al menos de 25 mmHg en lactante y 30 mmHg en niños.

### **Parada cardiaca secundaria a hiperpotasemia**

- Se recomienda la administración de insulina (0,1 U/kg), glucosa 10 % (5 ml/kg) y salbutamol intravenoso. No se ha demostrado la efectividad del calcio y el bicarbonato.

### **Cuidados postresucitación**

- El objetivo de oxigenación es alcanzar una saturación de 94-98% y una PaCO<sub>2</sub> de 35-45 mmHg.
- Alcanzar una TA por encima del P10. El GERCPPYN recomienda acercarse al P50.
- Realizar monitorización multiparamétrica mediante escala de Glasgow, reactividad pupilar, EEG precoz en las primeras 24 -48 horas, marcadores bioquímicos, resonancia magnética cerebral al 4º día para orientar el pronóstico neurológico.
- Se debe realizar un seguimiento multidisciplinario de los pacientes supervivientes a largo plazo.

### **CAMBIOS EN LAS RECOMENDACIONES DE RCP NEONATAL**

- Se recomienda realizar sesiones de briefing protocolizadas previas a partos de riesgo, analizando factores de riesgo, asignando roles, comprobando material mediante lista de verificación. Esta estrategia, junto al defrifting tras la reanimación, deben incorporarse a la práctica clínica.
- Se recomienda prever conjuntamente con la familia y el equipo obstétrico un plan de manejo del cordón umbilical. En aquellos RN que nacen respirando y con buen tono, se recomienda un pinzamiento tardío de al menos 60 segundos, independientemente de la edad gestacional. En aquellos RN hipotónicos y sin esfuerzo respiratorio, se recomienda al menos iniciar estimulación táctil durante 30 segundos previo al pinzamiento del cordón umbilical y si tienen más de 34 semanas valorar ordeño de cordón umbilical (OCU) previo al pinzamiento. No se recomienda OCU en menores de 28 semanas.
- Los dispositivos supraglóticos deben estar disponibles en sala de partos. Su uso debe considerarse , en neonatos  $\geq 34$  o  $\geq 1500$ g, como alternativa a la ventilación con

mascarilla facial si esta no es eficaz y a la IET si no es posible, ya sea por falta de experiencia o por cuestiones anatómicas del paciente, incluso en el caso de precisar compresiones torácicas

- Si los recursos lo permiten es razonable y justificado que el videolaríngoscopio sea el dispositivo de primera elección para intubación en la sala de partos, priorizándolo en personal en formación o ante una vía aérea potencialmente difícil.
- Respecto a la oxigenoterapia inicial en sala de partos, en RN  $\geq 35$  semanas se recomienda iniciar la reanimación con FiO<sub>2</sub> 0.21 y en RN 32<sup>0</sup>-34<sup>6</sup> semanas FiO<sub>2</sub> 0.21-0.30.
- EN RN < 32 semanas se recomienda una estrategia intermedia con FiO<sub>2</sub> inicial 0,3-0,5 independientemente del soporte respiratorio. Se recomienda utilizar oximetría preductal para ajustar la FiO<sub>2</sub> a los rangos objetivo.
- La vena umbilical sigue siendo el principal acceso intravenoso en la reanimación neonatal siendo la intraósea una alternativa razonable en determinados entornos o si no se consigue la canalización umbilical.