

ARTÍCULO ESPECIAL

Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica 2026

Jesús López-Herce Cid^{a,*}, Jimena del Castillo^b, Sara Pons Morales^c, Ignacio Manrique Martínez^d, Valero Sebastián Barberán^e, Antonio Rodríguez Núñez^f y Margarita Escudero Lirio^g, en representación del Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal[◇]

^a Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Gregorio Marañón. Departamento de Salud Pública y Maternoinfantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Red de Atención Primaria, Cronicidad y Promoción de la Salud (RICORS-SAMID, RD24/0013/0012), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Gregorio Marañón, Red de Atención Primaria, Cronicidad y Promoción de la Salud (RICORS-SAMID, RD24/0013/0012), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Peset, Valencia, España

^d Instituto Valenciano de Pediatría, Valencia, España

^e Centro de Salud Fuente de San Luis, Valencia, España

^f Área de Pediatría, Servicio de Críticos, Intermedios y Urgencias Pediátricas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Grupo de Investigación CLINURSID, Departamento de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela, Instituto de Investigación de Santiago (IDIS), Red de Atención Primaria, Cronicidad y Promoción de la Salud (RICORS-SAMID, RD24/0013/0023), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^g Centro de Salud Francia, Fuenlabrada, Madrid, España

Recibido el 11 de enero de 2026; aceptado el 26 de enero de 2026

PALABRAS CLAVE

Reanimación cardiopulmonar;
Reanimación cardiopulmonar pediátrica;
Parada cardíaca;

Resumen

Objetivos: Adaptar las recomendaciones internacionales de reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica del 2025 para su aplicación en España.

Métodos: Análisis crítico de las recomendaciones internacionales de RCP pediátrica.

Resultados: Los cambios más relevantes en las recomendaciones de RCP básica son: la simplificación de los pasos de la RCP básica, el aviso inmediato al 112 con el teléfono en altavoz, la evaluación simultánea de la respiración y el resto de los signos vitales y la realización de las compresiones torácicas en el lactante abrazando el tórax con las 2 manos tanto en la RCP

* Autor para correspondencia.

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

◇ Los miembros del Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal se presentan en [anexo 1](#).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504162>

1695-4033/© 2026 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: J. López-Herce Cid, J. del Castillo, S.P. Morales et al., Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica 2026, Anales de Pediatría, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504162>

Reanimación
cardiopulmonar
básica;
Reanimación
cardiopulmonar
avanzada;
Educación médica

KEYWORDS

Resuscitation;
Pediatric
resuscitation;
Cardiac arrest;
Basic life support;
Advanced life
support;
Medical education

como para la desobstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño. En la RCP avanzada; repetir la dosis de adrenalina cada 4 min para coordinarla con los ciclos de compresiones torácicas y ventilación, la colocación de los parches de desfibrilación en posición anteroposterior en los niños con peso menor de 25 kg u 8 años, y alcanzar durante la RCP al menos una PA diastólica de 25 mmHg en lactantes y 30 mmHg en niños.

Conclusiones: Los cambios en las recomendaciones en RCP pediátrica están orientados a facilitar el aprendizaje y su aplicación práctica. Es importante que la formación en RCP pediátrica en España siga las mismas recomendaciones, adaptándolas a las características asistenciales y las necesidades de los alumnos. El Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal tiene como objetivo coordinar la formación en RCP pediátrica en España contando con la participación de todos los profesionales y grupos que atienden a niños que precisan RCP. © 2026 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

What's new in the 2026 pediatric cardiopulmonary resuscitation recommendations

Abstract

Objectives: To adapt the 2025 international guidelines for pediatric cardiopulmonary resuscitation (CPR) for application in Spain.

Methods: Critical analysis of the international CPR guidelines.

Results: The most relevant changes in the basic life support guidelines are: simplification of the basic life support steps, immediate notification to emergency services (112) with the phone on speakerphone, simultaneous assessment of breathing and other vital signs, and performing chest compressions in infants by wrapping both hands around the chest, both for CPR and for clearing a foreign body causing airway obstruction. The changes in advanced life support are: repeat the adrenaline dose every 4 minutes to coordinate it with the cycles of chest compressions and ventilation; place the defibrillation pads in an anteroposterior position in children weighing less than 25 kg or under 8 years of age; and aim for a diastolic blood pressure of at least 25 mmHg in infants and 30 mmHg in children during CPR.

Conclusions: The changes in pediatric life support recommendations are aimed at facilitating learning and practical application. It is important that pediatric life support training in Spain follows the same recommendations, adapted to the characteristics of health care system and the needs of the trainees. The objective of the Spanish Pediatric and Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation Group is to coordinate CPR training in Spain, with the active participation of all professionals, societies, and groups that care for children requiring CPR.

© 2026 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La parada cardíaca (PC) es una importante causa de mortalidad y de secuelas, fundamentalmente neurológicas, en la infancia. No existen muchas pruebas científicas en las que basar las recomendaciones en RCP. Sin embargo, una reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz y de calidad es el factor más importante que ha contribuido a mejorar la supervivencia y disminuir las secuelas de la PC en niños en los últimos años. Por ello, es esencial difundir las recomendaciones de RCP y realizar una formación y entrenamiento en RCP del personal sanitario y la población general.

El objetivo de este artículo es analizar las principales recomendaciones internacionales de RCP pediátrica de 2025¹⁻⁸, destacando los cambios más relevantes con respecto a las recomendaciones del año 2020⁹⁻¹² y difundirlas a los profesionales sanitarios y a la sociedad. En el *Manual de*

reanimación cardiopulmonar del Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (GERCPPYN) se explicarán más en detalle todos estos cambios.

Proceso de revisión de las recomendaciones

El consejo internacional de resucitación (ILCOR) mantiene un proceso permanente de evaluación crítica de la evidencia científica en RCP. Este análisis se plasma en la publicación de documentos (CoSTR) a lo largo del año y en una síntesis anual de las principales actualizaciones. A finales del año 2025 se publicaron las recomendaciones ILCOR^{1,2} y basándose en ellas y complementándolas con revisiones metodológicas propias, el Consejo Europeo de Resucitación (ERC), la Asociación Americana del Corazón (AHA) y otras sociedades científicas han realizado sus recomendaciones específicas de RCP³⁻⁸.

El GERCPYCN que agrupa a las principales sociedades que trabajan en la RCP pediátrica en España integradas en la Asociación Española de Pediatría (AEP) y en el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP) (Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Sociedad de Urgencias Pediátricas, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Neonatología) ha realizado un análisis de las evidencias y recomendaciones y las ha adaptado para su aplicación práctica y la formación en nuestro país. El objetivo de este artículo es resumir estas recomendaciones. En otro artículo se analizan los cambios en las recomendaciones de reanimación neonatal.

Prevención de la parada cardíaca

- En los últimos años el ILCOR no ha realizado revisiones sistemáticas de las evidencias en la prevención de la PC. Las guías del ERC 2025 mantienen prácticamente sin cambios las recomendaciones previas^{9,10}.
- Prevención de la bradicardia en la intubación. En los niños que no se encuentran en parada cardíaca no se recomienda administrar atropina de forma rutinaria como premedicación antes de la intubación. Se puede administrar atropina si se produce una bradicardia secundaria a un reflejo vagal, pero si la bradicardia es por hipoxia, se debe administrar adrenalina además de solucionar los problemas de ventilación y oxigenación⁵.

RCP BÁSICA^{5,6,8}

Tanto en las recomendaciones europeas como en las españolas de RCP básica, en los niños se mantiene el orden en la secuencia de las maniobras ABC (vía aérea, respiración y compresiones torácicas)⁵.

Se han introducido cambios orientados a simplificar el algoritmo, mejorar la rapidez de actuación y facilitar el aprendizaje (fig. 1).

Activación del sistema de urgencias

- Se recomienda pedir ayuda al entorno y llamar al 112 inmediatamente después de confirmar la inconsciencia, siempre que se disponga de un teléfono con función de manos libres^{5,6,8}. En las recomendaciones de 2020, si solo había un reanimador y disponía de teléfono, se recomendaba llamar al 112 tras realizar las 5 insuflaciones de rescate. Este paso se elimina en las recomendaciones actuales.
- Con este cambio se adelanta la llamada al 112 en ambientes extrahospitalarios, y se unifica el algoritmo en las paradas cardíacas de cualquier causa, tanto si son debidas a un colapso súbito de probable origen cardíaco o una parada de origen respiratorio que suele ser más frecuente en los niños. Además, se unifica el algoritmo con el de la RCP básica del adulto, lo que facilita el aprendizaje para en la población general.

- Si solo hay un reanimador y no dispone de teléfono, se recomienda realizar la RCP básica durante un minuto y después buscar ayuda.
- Si hay más de un reanimador, uno de ellos debe iniciar inmediatamente la RCP, mientras que el otro busca la ayuda, llama al 112 y busca un desfibrilador semiautomático (DESA), al igual que se recomendaba previamente^{10,12,13}.

Comprobación de la respiración y los signos vitales

- Tras activar al 112, se debe evaluar la respiración, utilizando la maniobra frente-mentón, o la tracción de la mandíbula si se sospecha lesión craneocervical, y al mismo tiempo buscar si existen otros signos de vida, durante no más de 10 s. En las recomendaciones anteriores tras la evaluación de la respiración se administraban 5 ventilaciones de rescate y después se evaluaban los signos vitales¹⁰⁻¹³.
- Al unir la evaluación de la respiración con la de los otros signos vitales se reducen los pasos, se adelanta el inicio de la reanimación y se simplifica el algoritmo, lo que puede facilitar el aprendizaje. Hay que tener en cuenta que, en la RCP básica, sobre todo en la realizada por la población general, no se recomienda enseñar la evaluación de los pulsos arteriales centrales, que es más complicada, sino la valoración de los signos vitales.

Ventilación y compresiones torácicas

- Si el niño no respira normalmente (es importante no confundir la respiración agónica o jadeo con una respiración normal) se recomienda realizar 5 ventilaciones de rescate e, inmediatamente después, iniciar las compresiones torácicas, con una secuencia de 15 compresiones torácicas/2 ventilaciones (30:2 en el caso de la población general). Después de las 5 respiraciones de rescate, ya no se vuelven a comprobar los signos vitales como se recomendaba anteriormente, sino que se inicia directamente la secuencia de compresiones torácicas, salvo que el niño muestre signos evidentes de vida, disminuyendo así las interrupciones en la RCP (fig. 1).

Técnica de las compresiones torácicas

- Técnica: el cambio más importante es en las compresiones torácicas en el lactante. En las recomendaciones actuales ya no se recomienda la técnica de compresión con los dos dedos, porque se ha comprobado que es menos efectiva que la técnica de compresión con los dos pulgares y abrazando con las dos manos el tórax del lactante^{1,5,6,8}. Si no se puede abarcar el tórax con las 2 manos, las compresiones torácicas se pueden realizar con el talón de la mano.
- No hay cambios en el resto de las características de las compresiones torácicas. La localización debe ser en la mitad inferior del esternón, con un ritmo de 100-120 compresiones por minuto y una profundidad de aproximadamente un tercio del diámetro anteroposterior del tórax. Hay que permitir la reexpansión completa del

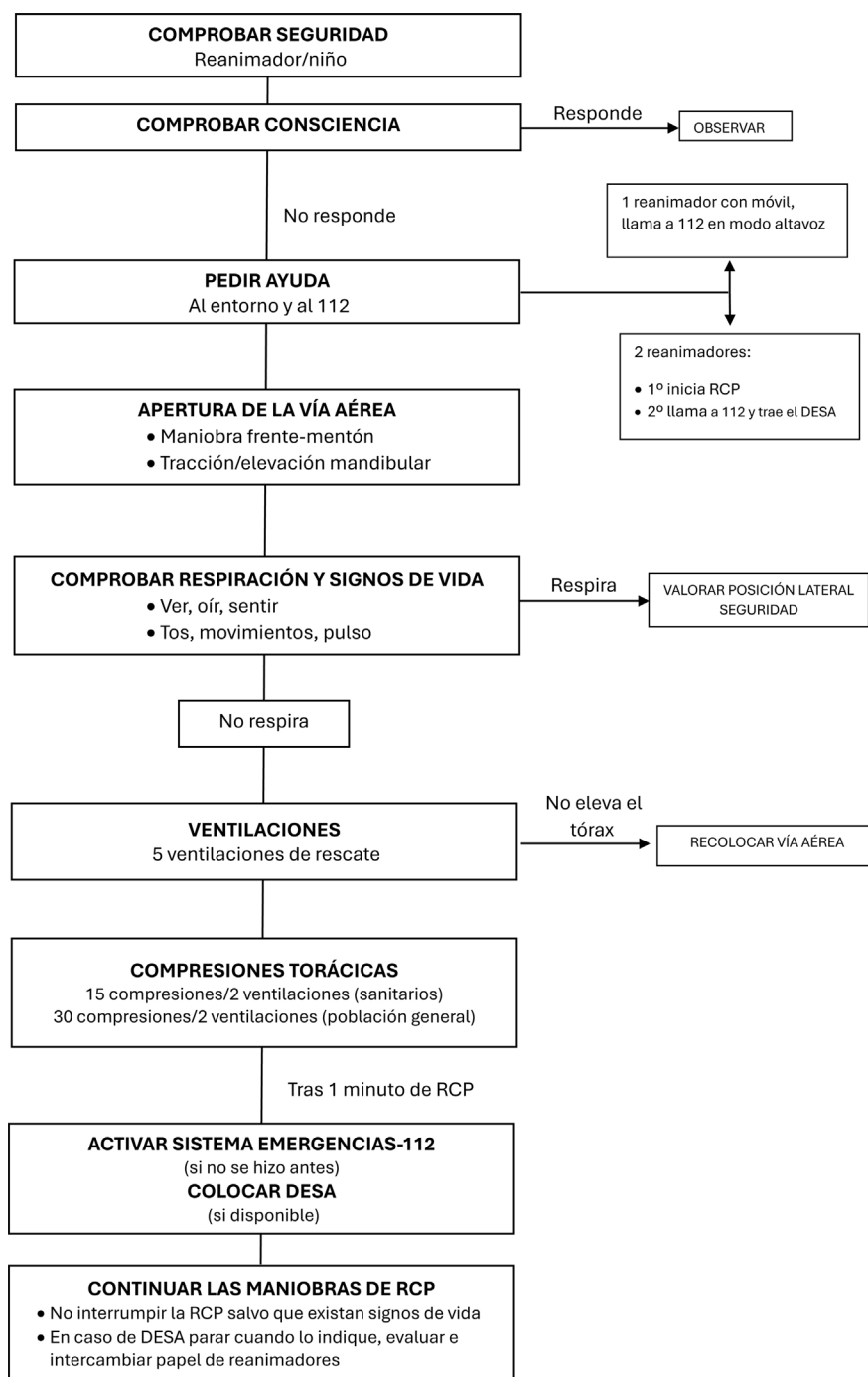


Figura 1 Algoritmo de RCP básica pediátrica.

tórax, minimizar las interrupciones (< 10 s) y no parar las compresiones torácicas, excepto cuando se esté ventilando o cuando lo indique el desfibrilador.

Desfibrilación semiautomática

- Cualquier persona, incluso sin entrenamiento, puede utilizar un DESA. En niños se sigue recomendando realizar al menos un minuto de RCP antes de colocar el DESA, excepto en un colapso brusco presenciado con un DESA

en el lugar del suceso, en el que se colocará el DESA inmediatamente.

- Posición de los parches: en los lactantes y niños pequeños (25 kg o menores de 8 años) se recomienda colocar los parches en posición anteroposterior, porque puede facilitar la transmisión de la energía de desfibrilación¹⁴. En los niños mayores de 25 kg y adolescentes se puede colocar en posición anterolateral o anteroposterior, aunque esta última posición puede ser más complicada, ya que hay que girarlos durante la RCP para poner un parche en la espalda.

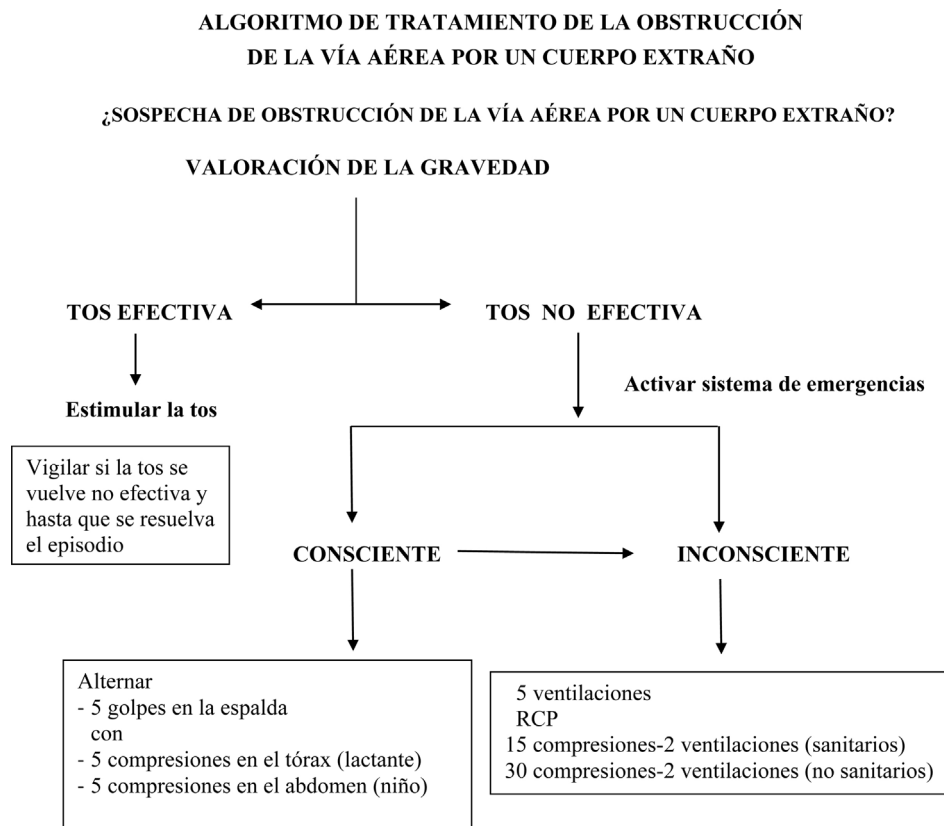


Figura 2 Algoritmo de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).

OVACE (obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño) (fig. 2)

- No hay cambios importantes en la secuencia de maniobras recomendada para solucionar la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño sólido. En el niño con tos ineficaz se mantiene la misma secuencia de golpes interescapulares y compresiones (torácicas en el lactante y abdominales en el niño).
- El cambio fundamental es que, en el lactante con tos no efectiva, 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 y si no es posible con el talón de una mano)⁵.
- En el momento actual no existe suficiente evidencia para recomendar utilizar los dispositivos mecánicos de anti-tragantamiento como primera medida en los niños con un OVACE.

RCP pediátrica avanzada

No hay cambios esenciales en los algoritmos generales de la RCP avanzada en el niño (figs. 3-5), ni en las dosis de los fármacos (tabla 1).

Los cambios más importantes en las recomendaciones de RCP avanzada en el niño son^{4,7,8}:

Detección de la parada cardíaca y comprobación de signos vitales durante la RCP

- Los profesionales sanitarios deben entrenarse para detectar la parada cardíaca en un niño por la valoración de la ausencia de signos de vida, la ausencia de pulso arterial central o la alteración grave de los parámetros vitales monitorizados (ECG, presión arterial intraarterial, saturación de hemoglobina o CO₂ espirado). Es importante subrayar que la alteración exclusiva de los parámetros de monitorización no sirve para el diagnóstico de la parada cardíaca en el niño si esta no se acompaña de manifestaciones clínicas (pérdida de consciencia y ausencia de signos vitales), pero puede ayudar a su detección precoz.
- Cada 2 min durante la RCP se recomienda comprobar los signos clínicos vitales, el pulso arterial, el ECG y los parámetros de monitorización. Se debe interrumpir lo mínimo posible las maniobras de RCP (idealmente menos de 5 s) y, además, si es posible, se debe cambiar la persona que está dando las compresiones torácicas, para asegurar la calidad de las mismas.

Ventilación e intubación^{1,5,7,8,15,16}

- Si la ventilación se realiza con bolsa de ventilación, se sigue recomendando dar ventilación con oxígeno al 100% coordinada con las compresiones torácicas con una secuencia de 15 compresiones y 2 ventilaciones. Si el niño

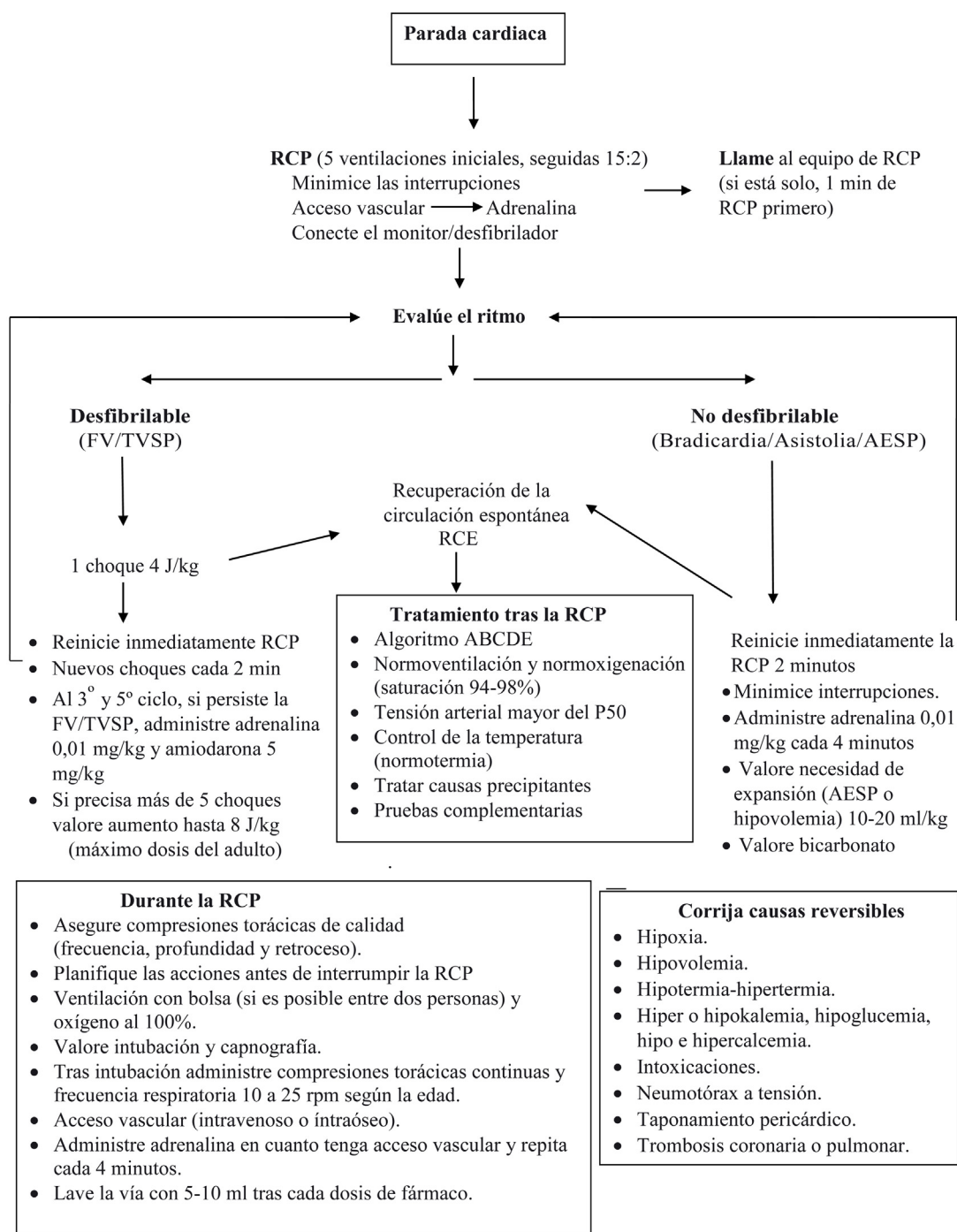


Figura 3 Algoritmo de RCP avanzada pediátrica.

está intubado o tiene colocado un dispositivo supraglótico se recomienda realizar la ventilación no coordinada con las compresiones torácicas con una frecuencia respiratoria en el límite bajo de la normalidad para su edad (25 rpm en el lactante, 20 rpm entre el año y los 8 años, 15 rpm entre los 8 años y los 12 años y 10 rpm en los mayores de 12 años).

- Si el niño está conectado a un respirador se puede desconectar y ventilar con bolsa o continuar ventilando con el respirador anulando los límites de las alarmas de presión elevada.

- La intubación solo debe ser realizada por personal experto, reduciendo al máximo la interrupción de las compresiones torácicas y la ventilación. Se recomienda limitar a 2 el número de intentos de intubación^{1,5,7,8,15,16}.

Fármacos^{5,7,8,17,18}

- Adrenalina: se recomienda administrar la primera dosis de adrenalina tan pronto como sea posible y repetirla cada

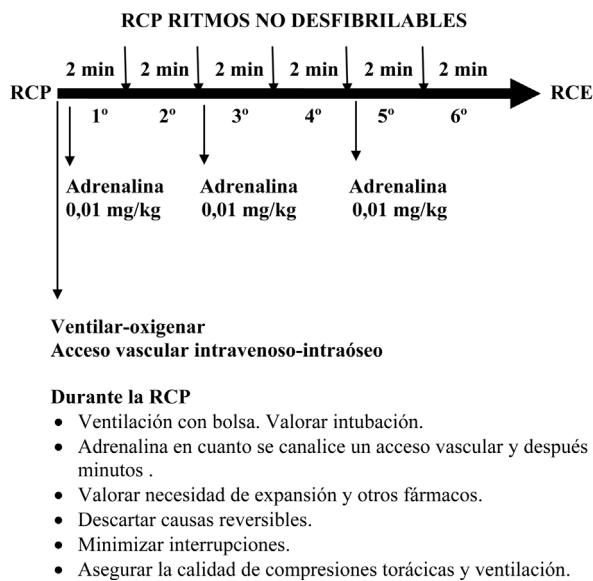


Figura 4 Algoritmo de RCP avanzada, ritmos no desfibrilables.

4 min. Se ha cambiado la recomendación del intervalo de administración de la adrenalina a cada 4 min, en vez de los 3-5 min anteriores, para hacerla coincidir con los intervalos de comprobación de los signos vitales y así facilitar el aprendizaje^{5,7,8}.

- Bicarbonato: no hay evidencias que apoyen ni contraindiquen la administración de bicarbonato durante la RCP en niños porque la mayor parte de los estudios realizados (todos con baja calidad metodológica) no han encontrado que la administración de bicarbonato se asocie con un

aumento de la recuperación de la circulación espontánea ni la supervivencia. Se debe valorar su administración en la PC secundaria a intoxicación por antidepresivos tricíclicos, bloqueantes del calcio, hipercalcemia y la PC prolongada (p. ej., mayor de 10 min)^{17,18}.

Objetivos hemodinámicos durante la RCP

- Si el niño tiene canalizada una arteria, el objetivo de las compresiones torácicas y la adrenalina es intentar conseguir al menos una PA diastólica de 25 mmHg en los lactantes y 30 mmHg en los niños, para lograr una mínima perfusión coronaria, ya que con estos se ha observado una mayor supervivencia^{1,5,7,8,15}.
- La capnografía puede ayudar a valorar la eficacia de las compresiones torácicas y a detectar la recuperación de la circulación espontánea.

Desfibrilación

- Al igual que con el DESA, en la desfibrilación con desfibriladores manuales en los niños con peso menor de 25 kg (8 años) se recomienda colocar los parches en posición anteroposterior. En los niños con un peso mayor de 25 kg se puede colocar anteroposterior o anterolateral^{1,5,14}.
- Antes de realizar la desfibrilación es importante asegurarse de que no está conectado el oxígeno (desconectar la bolsa de ventilación) y separar la fuente de oxígeno al menos un metro. Si el niño está recibiendo ventilación mecánica invasiva no es necesario desconectarlo del respirador para dar la descarga eléctrica.

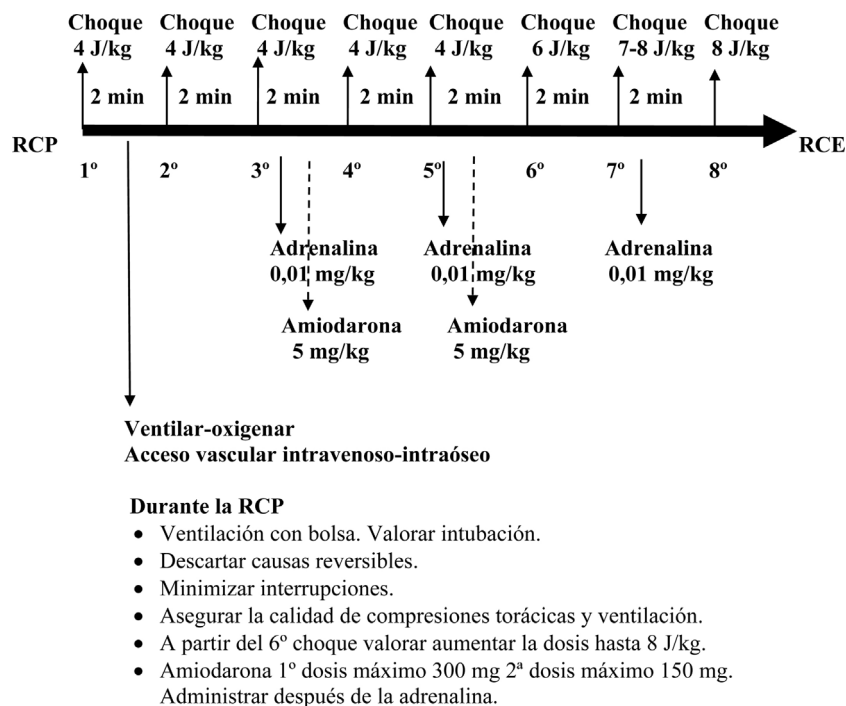


Figura 5 Algoritmo de RCP avanzada, ritmos desfibrilables.

Tabla 1 Fármacos utilizados en la RCP pediátrica

Fármaco	Dosis	Preparación	Vía	Indicación
Adrenalina	0,01 mg/kg Máx: 1 mg	Diluido con SF. (1 + 9) = 0,1 ml/kg IT: 0,1 mg/kg sin diluir	IV, IO, IT en bolo.	PC
Adenosina	1.º 0,2 mg/kg Máx: 6 mg 2.º 0,4 mg/kg Máx: 12 mg	Lavar rápido después con 5 –10 ml de SSF	IV, IO en bolo	TSV
Amiodarona	5 mg/kg Máx: 300 mg	Puro	IV, IO en bolo en la PC Lento en el resto	FV o TVSP refractarias TSV o TV
Atropina	0,02 mg/kg Máx: 1 mg	0,2 ml/kg	IV, IO en bolo	Bradicardia vagal
Bicarbonato	1 mEq/kg Máx: 50 mEq	Diluido al medio con SSF = 2 ml/kg	IV, IO En bolo	Valorar en PC refractaria, intoxicación por antidepresivos tricíclicos y bloqueantes del calcio
Calcio	0,2 mEq/kg = Máx: 10 mEq	Gluconato cálcico 10% 0,4 ml/kg Cloruro cálcico 10% 0,2 ml/kg. Diluir al medio	IV, IO lento	Hipocalcemia Hipermagnesemia Intoxicación por bloqueantes del calcio. Valorar en hiperpotasemia
Glucosa	0,2-0,4 g/kg	Glucosa al 10% = 2-4 ml/kg	IV, IO en bolo	Hipoglucemia
Lidocaína	1 mg/kg Máx: 100 mg	Sin diluir	IV, IO en bolo	FV o TVSP refractarias
Líquidos	10-20 ml/kg	SSF	IV, IO rápido	AESP Hipovolemia
Magnesio	50 mg/kg	Sin diluir	IV, IO en bolo	TV polimorfa en «torsades de pointes»

AESP: actividad eléctrica sin pulso; FV: fibrilación ventricular; IV: intravenoso; IO: intraósea; IT: intratraqueal; Máx: máximo por dosis; PC: parada cardíaca; SSF: suero fisiológico; TVSP: taquicardia ventricular sin pulso. TSV: taquicardia supraventricular.

Parada cardíaca en situaciones especiales^{5,7,8,19}

- En la PC secundaria a hiperpotasemia se recomienda fundamentalmente la administración de insulina (0,1 U/kg), glucosa 10% (5 ml/kg) y salbutamol por vía intravenosa. No se ha demostrado la efectividad del calcio y el bicarbonato. Estos fármacos no están contraindicados, pero no son de primera elección.
- En la PC en un niño con hipotermia con temperatura menor de 30 °C solo se debe administrar una dosis de adrenalina hasta que se logre el aumento de la temperatura.

Cuidados posresucitación^{5,20,21}

- Se debe realizar una monitorización continua, siguiendo los pasos ABCDE para intentar evitar el desarrollo de daño orgánico secundario. Tras la recuperación de la circulación espontánea el objetivo es alcanzar y mantener una

saturación de 94-98%, una PaCO₂ de 35-45 mmHg y una PA por encima del P10. Dada la relevancia de mantener una adecuada perfusión de los órganos, el GERCPYNN recomienda acercarse al P50 de PA para la edad.

- Para poder orientar el pronóstico neurológico se debe realizar una monitorización multiparamétrica que incluya parámetros clínicos (escala de Glasgow, reactividad pupilar), EEG precoz en las primeras 24-48 h y algunos marcadores bioquímicos (pH, lactato, S100B, enolasa neuronal, proteína básica de mielina, neurofilamento ligero, proteína ácida fibrilar glial, según estén disponibles). La resonancia magnética cerebral se recomienda realizarla al 4.º día. Dada la incertidumbre en la evolución clínica, no se debe establecer un pronóstico neurológico definitivo antes de los 3-4 días^{5,20-22}.
- Es importante realizar un seguimiento multidisciplinario de los pacientes supervivientes a largo plazo en el que intervengan los profesionales sanitarios y sociales del hospital y atención primaria.

Formación^{23,24}

Las recomendaciones más importantes para la formación en RCP pediátrica son:

- Se recomienda iniciar la formación en RCP básica alrededor de los 4 a 6 años e incorporar un entrenamiento anual en el curriculum escolar.
- Se recomienda utilizar diversos métodos de formación adaptados a los alumnos para favorecer su acceso a la formación y entrenamiento en RCP (entrenamiento basado en juegos, prácticas rápidas y cortas, entrenamiento a distancia, videos, realidad aumentada, dispositivos de realimentación, ayudas cognitivas y valorar el apoyo de la inteligencia artificial).
- Se recomienda incluir el entrenamiento en comunicación y trabajo en equipo en todos los cursos de RCP.
- Se recomienda utilizar la simulación in situ en el lugar de trabajo como método de entrenamiento en RCP.

Conclusiones

Las recomendaciones de RCP pediátrica del 2025 no incluyen grandes cambios en las técnicas de la reanimación. La mayor parte de las guías previas siguen siendo válidas. Muchas de las nuevas recomendaciones están más orientadas a simplificar los pasos e intentar facilitar el aprendizaje para mejorar la calidad de la reanimación y su aplicación práctica.

Es importante que la formación en RCP pediátrica se adapte a las características y las necesidades de los alumnos y que incluya el entrenamiento tanto de las habilidades técnicas como de la dirección, coordinación, comunicación y el trabajo en equipo. En cada centro se debe planificar el entrenamiento continuado en RCP pediátrica in situ según sus posibilidades y características.

Nuestra responsabilidad como pediatras no solo incluye la formación en RCP pediátrica de los profesionales sanitarios, sino también la colaboración en la concienciación y la formación de la población general y de los niños desde los 4 a 6 años, en colaboración con las instituciones y profesionales de la educación.

El Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal tiene como objetivo estimular la formación en RCP contando con la participación activa de todos los profesionales, sociedades y grupos que atienden a niños que precisan RCP.

Financiación

El trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Miembros del Grupo español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal

Custodio Calvo Macías, Angel Carrillo Alvarez, Jimena del Castillo Peral, Margarita Escudero Lirio, Jesús López-Herce, Ignacio Manrique Martínez, Sara Pons Morales, Antonio Rodríguez Núñez y Valero Sebastián Barberán.

Bibliografía

1. Scholefield BR, Acworth J, Ng KC, Tiwari LK, Raymond TT, Christoff A, et al., Pediatric Life Support Task Force Collaborators. Pediatric Life Support: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 2:110813, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110813>.
2. Greif R, Bray JE, Djärv T, Drennan IR, Liley HG, Ng KC, et al. 2024 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Resuscitation*. 2024;205:110414, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2024.110414>.
3. Greif R, Lauridsen KG, Djärv T, Ek JE, Monnelly V, Monsieurs KG, et al., European Resuscitation Council Guidelines 2025 Collaborator Group. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Executive Summary. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110770, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110770>.
4. Del Rios M, Bartos JA, Panchal AR, Atkins DL, Cabañas JG, Cao D, et al. Part 1: Executive Summary: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152 16 Suppl 2:S284–312, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001372>.
5. Djakow J, Turner NM, Skellett S, Buysse CMP, Cardona F, de Lucas N, et al., ERC Paediatric Life Support Writing Group collaborators. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Paediatric Life Support. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110767, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110767>.
6. Joyner BL Jr, Dewan M, Bavare A, de Caen A, DiMaria K, Donofrio-Odmann J, et al. Part 6: Pediatric Basic Life Support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152 16 Suppl 2:S424–47, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001370>.
7. Lasa JJ, Dhillon GS, Duff JP, Hayes J, Kamath-Rayne BD, Levy A, et al. Part 8: Pediatric Advanced Life Support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152 16 Suppl 2:S479–537, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001368>.
8. Tibballs J, Aickin R, Nuthall G. Australian and New Zealand Resuscitation Councils. Basic and advanced paediatric cardiopulmonary resuscitation - guidelines of the Australian and New Zealand Resuscitation Councils 2010. *J Paediatr Child Health*. 2012;48:551–5, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2011.02208.x>.
9. Maconochie IK, Aickin R, Hazinski MF, Atkins DL, Bingham R, Couto TB, et al., Pediatric Life Support Collaborators. Pediatric Life Support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations.

- Resuscitation. 2020;156:A120–55, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.013>.
10. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, de Lucas N, Martinez-Mejias A, Biarent D, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. Resuscitation. 2021;161:327–87, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>.
 11. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, Chan M, Duff JP, Joyner BL, et al. Pediatric Basic and Advanced Life Support Collaborators Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pediatrics. 2021;147 Suppl 1:e2020038505D, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-038505D>.
 12. López-Herce J, Manrique I, Calvo C, Rodríguez A, Carrillo Á, Sebastián V, et al., en nombre del Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica y líneas de desarrollo en España. Novelties in the paediatric cardiopulmonary resuscitation recommendations and lines of development in Spain. An Pediatr (Engl Ed). 2022;96:146.e1–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.05.020>.
 13. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Manual de reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal. 6.ª ed. Ed Siosi; 2022.
 14. Ristagno G, Semeraro F, Raffay V, Stirparo G, Lulic I, Deakin CD, et al. International Liaison Committee on Resuscitation Basic Life Support Task Force Members; Advanced Life Support Task Force Members; Pediatric Life Support Task Force Members Pad size, orientation, and placement for defibrillation during basic life support: A systematic review. Resusc Plus. 2025;25:101030, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resplu.2025.101030>.
 15. Acworth J, Castillo JD, Acworth E, Tiwari L, Lopez-Herce J, Lavonas E, et al. International Liaison Committee on Resuscitation Paediatric Life Support Task Force Advanced airway interventions for paediatric cardiac arrest: updated systematic review and meta-analysis. Resusc Plus. 2025;23:100963, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resplu.2025.100963>.
 16. Shepard LN, Reeder RW, Hsu J, Keim G, Berg RA, Sutton RM, et al. American Heart Association's Get With The Guidelines –Resuscitation Investigators Intubation Trends and Survival in Pediatric In-Hospital Cardiac Arrest. JAMA Netw Open. 2025;8:e2544365, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.44365>.
 17. Pozueco Zaffari G, Noguero Duarte L, Queiroz I, Soares Curi J, Landal de Almeida Lobo G. Effectiveness of Sodium Bicarbonate Administration in Out-of-Hospital Cardiac Arrests: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Prehosp Emerg Care. 2025;1–7, <http://dx.doi.org/10.1080/10903127.2025.2575439>.
 18. Duster NA, Grossestreuer AV, Sorcher JL, Donnino MW, Kleinman ME, Ross CE. Early Sodium Bicarbonate Use in Pediatric In-Hospital Cardiac Arrest: A Single-Center Retrospective Cohort Study, 2013–2023. Pediatr Crit Care Med. 2025;26:e779–87, <http://dx.doi.org/10.1097/PCC.0000000000003746>.
 19. Cao D, Arens AM, Chow SL, Easter SR, Hoffman RS, Lagina AT, 3rd, et al. Part 10: Adult and Pediatric Special Circumstances of Resuscitation: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025;152 16 Suppl 2:S578–672, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001380>.
 20. Nuthall G, Christoff A, Morrison LJ, Acworth J, Gray JM, Rossano J, et al. International Liaison Committee on Resuscitation ILCOR Pediatric Life Support Task Force Blood pressure targets after return of circulation following cardiac arrest in infants and children: A systematic review and meta-analysis. Resuscitation. 2025;216:110825, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110825>.
 21. Nolan JP, Sandroni C, Cariou A, Cronberg T, D'Arrigo S, Haywood K, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2025: post-resuscitation care. Intensive Care Med. 2025;51:2213–88, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-025-08117-3>.
 22. Moseby-Knappe M, Levin H, Ullén S, Zetterberg H, Blennow K, Lagebrant A, et al. TTM2 biobank study investigators Blood biomarkers for the prediction of outcome after cardiac arrest: an international prospective observational study within the Targeted Hypothermia versus Normothermia after Out-of-Hospital Cardiac Arrest (TTM2) trial. Lancet Respir Med. 2025;S2213-2600:00363–367, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(25\)00363-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(25)00363-7).
 23. Nabecker S, de Raad T, Abelairas-Gomez C, Breckwoldt J, Chakroun-Walha O, Farquharson B, et al. ERC Education for Resuscitation Collaborators European Resuscitation Council Guidelines 2025 Education for Resuscitation. Resuscitation. 2025;215 Suppl 1:110739, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110739>.
 24. López-Herce J, Manrique I, Carrillo Á, Calvo C, Manrique G, en representación del Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal 25 años de cursos de reanimación cardiopulmonar pediátrica en España. An Pediatr (Engl ed.). 2021;95:51–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpede.2020.05.013>.