



## Crítica de libros

### Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 6ª Edición

Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal, 2022

El grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (GERCPPYN) se fundó en 1992, con el objetivo de mejorar la formación en soporte vital pediátrico, tanto de los profesionales sanitarios como la población general. Sus miembros pertenecen a diversas sociedades científicas (entre ellas la SEPEAP) que cooperan en diversas actividades relacionadas con la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica y neonatal.

Hace más de 20 años, el GERCPPYN publicó su primer manual de RCP, que supuso un hito al ser el primero en español y servir desde entonces de soporte formativo en los centenares de cursos de RCP pediátrica que se han realizado hasta el momento actual. Aunque se había revisado en sucesivas ediciones, los nuevos conocimientos en el tema, la experiencia docente acumulada y la incorporación de nuevas tecnologías y recursos para la formación y la práctica clínica, hacían necesaria una 6ª edición, que en realidad es un manual completamente nuevo. Si bien, la esencia de los contenidos se mantiene, este nuevo texto reúne los requisitos de un manual moderno, atractivo, de lectura sencilla y con iconografía de calidad, que facilita el aprendizaje, el repaso y la consulta de dudas.

El manual está actualizado según las más recientes recomendaciones internacionales y consensos de tratamiento, con adaptaciones a la realidad española, si bien es válido y aplicable en otros países de habla hispana, muchos de cuyos instructores se han formado como profesores del GERCPPYN.

Este nuevo manual se desarrolla en 300 páginas, tiene un tamaño manejable y un formato muy atractivo, incluyendo 20 capítulos con un contenido claro y conciso, en el que se destacan los conceptos claves y se refuerza el aprendizaje con imágenes (totalmente renovadas y de gran calidad), tablas, figuras y algoritmos. El recuadro de “puntos clave” al final de cada capítulo es otra novedad, que junto a las cuestiones de autoevaluación reforzarán el aprendizaje.

Es un texto para el estudio concentrado y reposado, pero también una guía rápida para consultar “a la cabecera del paciente”, en caso necesario. Entre los capítulos incluidos, además de los dedicados a la atención al niño que ha sufrido una parada, son reseñables los que abordan su prevención, la valoración de los niños de riesgo y los planes de atención a la parada cardiorrespiratoria pediátrica.

Finalmente, destacamos que ha sido coordinado por tres de los pediatras más expertos en el tema y que han colaborado otros 36 con dilatada experiencia en la atención a los niños graves y la docencia de la RCP, lo que asegura su calidad y lo hace un manual de referencia. Por ello, estamos convencidos de que este manual debería incorporarse a la biblioteca de los profesionales y los centros sanitarios que deban asistir a niños enfermos.

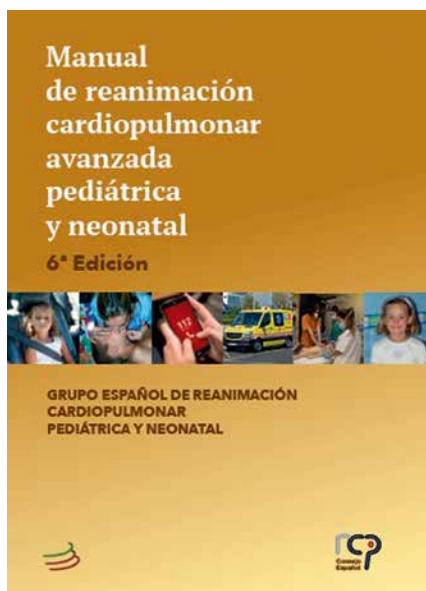
Os animamos a leerlo y aprovecharlo.

**Eva Civantos Fuentes**

Pediatra. Centro de Salud Barranco Grande, Santa Cruz de Tenerife

**Antonio Rodríguez Núñez**

Pediatra. Catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web:

[www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación

continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

## Actualización bibliográfica

### ¿Valoramos de forma correcta la tensión arterial en la consulta?

Álvarez J, Aguilar F, Lurbe E. La medida de la presión arterial en niños y adolescentes:

Elemento clave en la evaluación de la hipertensión arterial. *An Pediatr (Barc)*. 2022; 96: 536.e1-e7.

Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-la-medida-presion-arterial-ninos-articulo-S1695403322001382>.

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable para la enfermedad cardiovascular. Las Guías Clínicas recomiendan medir la presión arterial (PA) en niños sanos por encima de los 3 años. Previamente a esta edad, se indica si existen situaciones de riesgo como: prematuridad, bajo peso al nacimiento, antecedente de ingreso en cuidados intensivos, cardiopatías, enfermedad renal u oncohematológica, trasplante tanto de médula ósea como de órgano sólido, tratamientos con fármacos que aumenten la PA y evidencia de presión intracraneal elevada. La prevalencia de la HTA varía dentro de la edad pediátrica y se reconoce la obesidad como un factor de riesgo responsable del aumento de su detección en los últimos años. La HTA secundaria es inferior al 1%, siendo la primaria el tipo más frecuente. Suele ser asintomática o con síntomas leves que pasan desapercibidos. Detectar elevaciones de la PA en etapas precoces puede favorecer la implementación de medidas de corrección y para ello debemos conocer cómo se miden correctamente sus cifras.

Aunque los dispositivos oscilométricos son los más utilizados, el método auscultatorio sigue siendo el método de elección. Se permite la utilización de dispositivos electrónicos, siempre y cuando hayan sido validados para niños, prefiriéndose los que realizan 3 mediciones de PA seguidas. La Sociedad Europea de Hipertensión Arterial ha establecido un procedimiento reglado previo a la toma de valores: 1) asegurar que el niño/adolescente no haya tomado estimulantes (cacao o cola), fumado o realizado ejercicio físico 30 min antes de la toma; 2) colocar el manguito por encima de la fosa antecubital y mantener al niño sentado, con mínima interacción y en ambiente tranquilo, con el respaldo recto, los pies apoyados en el suelo y los brazos apoyados sobre la mesa; y 3) realizar una primera medición tras 3-5 min de reposo y desecharla y hacer la media de las 2 mediciones siguientes, dejando un intervalo de 1 min entre las 3. Para una elección correcta del manguito, se debe medir el brazo en el punto medio entre el codo y el hombro. En la primera visita realizaremos una medición en ambos brazos y, en el caso en que haya una diferencia de más de 10 mmHg, realizaremos las mediciones en el brazo con los valores más elevados. Si la diferencia supera los 20 mmHg debe iniciarse estudio de estenosis vasculares.

En el caso de que nos encontremos ante un neonato, la medición debe realizarse en el brazo derecho con un dispositivo oscilométrico validado. La longitud de la vejiga del manguito debe abarcar el 80-100% de la circunferencia del brazo. El caso del lactante es el mismo, excepto que la anchura de la vejiga del manguito debe ser aproximadamente el 50% de la zona media del brazo y se deben realizar 3 determinaciones con 2 min de intervalo entre ellas.

Para el diagnóstico de HTA en niños, se utilizan percentiles para edad, sexo y talla hasta los 16 años. Una TA normal corresponde a un percentil (P) menor de 90. Consideramos normal-alta con P igual a 90 y menor de 95 e HTA si supera este percentil. Para el estadio 1 se marcan cifras menores del P99 más 5 mmHg y para el estadio 2 cifras mayores de P99 más 5 mmHg. La HTA sistólica aislada corresponde a una PA mayor o igual de P95 con diastólica normal. Se ha comprobado una variación de las medidas en visitas sucesivas. Hay evidencia de una reducción de hasta el 53% de valores de PA elevados en una segunda visita y de un 77,7% en una tercera. Por lo tanto, se recomiendan, al menos, 2-3 determinaciones separadas entre 1 y 4 semanas, dependiendo de las cifras, excepto en casos de HTA sintomática, HTA estadio 2 en menores de 16 años y por encima de 180/110 de 16 años en adelante.

Todas las guías recomiendan confirmar el diagnóstico de HTA fuera de la consulta, mediante una monitorización ambulatoria de la PA de 24 h (MAPA). Su combinación con la PA clínica permite establecer 4 fenotipos: cuando existe concordancia entre la PA clínica y la MAPA puede ser que por ambos métodos la PA sea normal, normotensión, o elevada, HTA sostenida; y si hay discrepancias, puede sospecharse HTA de bata blanca (HTA clínica y normotensión en MAPA) o HTA enmascarada (normotensión clínica e HTA en MAPA).

Herramientas de acceso libre como la que recomiendan los autores (<https://hyperchildnet.eu/>) facilitan la interpretación y el seguimiento de los valores, tanto en niños sanos como de riesgo.

Sheila de Pedro del Valle

*Pediatra. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila*



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria

## Actualización bibliográfica (cont.)

### Homogeneizar la rehidratación intravenosa rápida en el Servicio de Urgencias

Mora-Carpín A, López-López R, Guibert-Zafra B, de Ceano-Vivas La Calle M, Porto-Abab R, Molina-Cabañero JC, et al. Documento de recomendaciones sobre la rehidratación intravenosa rápida en gastroenteritis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2022; 96: 523-35. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-recomendaciones-sobre-rehidratacion-intravenosa-articulo-S1695403321001909>.

La complicación más frecuente en niños diagnosticados de gastroenteritis aguda es la deshidratación. Aunque la rehidratación oral constituye el tratamiento de elección, situaciones como la deshidratación de carácter grave o el fracaso o la contraindicación de la propia rehidratación oral, hace necesario pautar una terapia intravenosa. Numerosas publicaciones demuestran que la rehidratación intravenosa rápida (RIR) es segura y eficaz, mejora: la perfusión renal, favoreciendo la corrección de alteraciones analíticas; y la perfusión gastrointestinal, facilitando la recuperación de la tolerancia oral, permitiendo de esta manera una estancia menor en el Servicio de Urgencias y, por lo tanto, generando un ahorro económico. A pesar de ser una terapia ampliamente utilizada, existe gran heterogeneidad respecto al volumen, la velocidad de infusión y la composición del suero. El objetivo de este trabajo es establecer una serie de recomendaciones basadas en la evidencia, con el fin de homogeneizar la utilización de la RIR en los Servicios de Urgencias Pediátricas a nivel nacional. Las recomendaciones se clasifican según: su dirección (a favor/en contra), su fuerza (fuerte/débil) y el nivel de calidad de la evidencia.

Se recomienda utilizar la RIR, estableciéndose como una terapia segura (*recomendación fuerte/evidencia alta*), en pacientes con deshidratación leve-moderada secundaria a gastroenteritis aguda con fracaso o contraindicación de la rehidratación oral (*recomendación fuerte/evidencia alta*); por lo tanto, datos que sugieran deshidratación grave, como la inestabilidad hemodinámica o alteraciones hidroelectrolíticas graves, se consideran contraindicaciones. Así mismo, los niños menores de 3 meses o con una enfermedad sistémica que afecte a la regulación hemodinámica o al equilibrio hidroelectrolítico, no pueden regirse por esta pauta (*recomendación fuerte/evidencia no disponible*).

Se recomienda realizar gasometría y determinación de iones, glucosa, urea y creatinina a todos los niños que se les

canalice vía venosa (*recomendación fuerte/evidencia baja*), y se sugiere, si está disponible, la determinación de cetonemia (*recomendación débil/evidencia baja*). Los controles clínicos que incluyan: constantes vitales, examen físico y control de entradas y salidas, se realizarán de acuerdo a la situación clínica del paciente (*recomendación fuerte/evidencia baja*). La repetición de un control analítico tras la terapia, dependerá de si existieron alteraciones reseñables en el primer control o de si la evolución clínica del niño no ha sido la esperada (*recomendación fuerte/evidencia baja*).

El ritmo de infusión se establece en 20 ml/kg/h (*recomendación fuerte/evidencia alta*), con un máximo de 700 ml/h (*recomendación débil/evidencia no disponible*), manteniéndolo durante 1 a 4 h, dependiendo del déficit estimado y de la evolución (*recomendación fuerte/evidencia moderada*).

Se recomienda el uso de soluciones isotónicas (*recomendación fuerte/evidencia alta*) y se sugiere, como primera opción, el suero salino fisiológico, pudiendo ser alternativas a este el Ringer lactato o Plasmalyte-A (*recomendación débil/evidencia baja*). Solo se debe restringir el uso de glucosa en situaciones de hiperglucemia (>140 mg/dl) (*recomendación fuerte/evidencia baja*). En situaciones de glucemia normal y cetosis (*recomendación fuerte/evidencia moderada*) y glucemia normal con cetonemia normal o no disponible (*recomendación débil/evidencia baja*) se sugiere añadir glucosa al 2,5%.

A partir de la evidencia disponible y con el aval del Comité Científico de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas, se establecen estas 16 recomendaciones a tomar en cuenta en todos los Servicios de Urgencias que atiendan a población pediátrica.

Sheila de Pedro del Valle  
Pediatra. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Visita nuestra web

Director: Dr. J. López Ávila



[www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)

A través de nuestra Web puedes encontrar:

- Información de la Agencia Oficial del Medicamento.
- Criterios del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la valoración de méritos para la fase de selección de Facultativos Especialistas de Área.
- Puedes bajar los CD-ROM de los Congresos Nacionales de la SEPEAP.
- Puedes acceder a los resúmenes de los últimos números de *Pediatría Integral*.
- También puedes acceder a los números anteriores completos de *Pediatría Integral*.
- Información sobre Congresos.
- Informe sobre Premios y Becas.
- Puedes solicitar tu nombre de usuario para acceder a toda la información que te ofrecemos.
- Ofertas de trabajo.
- Carpeta profesional.
- A través de nuestra Web tienes un amplio campo de conexiones.

Nuestra web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) ¡Te espera!

## Pediatría Integral número anterior

Volumen XXVI - 2022 - Número 5

“Medicina de la Adolescencia (II)”

1. Exploración ginecológica y alteraciones más frecuentes del ciclo menstrual  
*M. Guerrero Ibáñez, M. Franco Horta, J. Martínez-Guisasola Campa*
2. Anticoncepción en la adolescencia  
*M.J. Rodríguez Jiménez*
3. Embarazo y maternidad en adolescentes  
*J. Martínez-Guisasola Campa, M. Guerrero Ibáñez*
4. Infecciones de transmisión sexual  
*A. Comunión Artieda*
5. Consumo de drogas en la adolescencia  
*I. Nistal-Franco, P. Serrano-Pérez*

### Regreso a las Bases

Consentimiento informado y aspectos legales en la atención al adolescente

*L. Rodríguez Molinero, F. de Montalvo Jääskeläinen*

## Temas del próximo número

Volumen XXVI - 2022 - Número 7

“Patología ORL (II)”

1. Obstrucción crónica de la vía respiratoria superior  
*J. Santos Pérez*
2. Laringitis, crup, estridor y disfunción de las cuerdas vocales  
*M. Ridao Redondo*
3. Alteraciones y patología del oído externo. Otitis externa  
*E. Calvo Boizas, M.V. Barajas Sánchez*
4. Patología de las glándulas salivales  
*D. Aguilera Alonso, A. Lowy Poletti*

### Regreso a las Bases

Cuerpos extraños en vía aérea y conducto auditivo externo

*M. Rodríguez Anzules, M. Bartolomé Benito*



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web:

[www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es). Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.