



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Título: Programa de Educación para la salud: Soporte Vital Básico y Reanimación Cardiopulmonar Básica en niños y lactantes.

Autor/a: Lucía Cácedas Aguarón

Tutor/a: Jose Angel Ayensa

Cotutor/a: -

A. INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	8
Metodología.....	9
Desarrollo.....	11
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	19
Anexos.....	22

B. RESUMEN

Sondeos demuestran que en la reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B) pediátrica acontecida fuera de las unidades de Cuidados Intensivos se consigue una supervivencia inferior al 10%, con peores resultados en las producidas fuera del hospital. Este hecho se debe a que las medidas de RCP se inician con retraso y a que la formación del profesional sanitario en esta materia es escasa, distorsionada o errónea. Además, sociedades científicas relevantes, como la American Heart Association o el European Resuscitation Council, inciden en la necesidad de desarrollar programas de entrenamiento en Soporte Vital Básico (SVB) y RCP-B a nivel pediátrico.

El principal objetivo de este programa de salud es dotar de conocimientos suficientes a los profesionales sanitarios que requieran entrenamiento y conseguir que a su vez, el programa sea una herramienta teórica y/o práctica muy útil para todos los sanitarios ya que permite realizar el SVB y la RCP-B pediátrica de forma normalizada.

Nuestro programa de salud abarca ambos conceptos y, estructurado en 6 sesiones, se consigue actualizar los conocimientos y habilidades de los asistentes de forma continuada.

Tras la evaluación de los asistentes de forma previa y posteriormente a la realización de las sesiones, obtenemos resultados satisfactorios ya que han incrementado los conocimientos tanto teóricos como prácticos a cerca del SVB y RCP-B a nivel pediátrico.

Palabras clave: Soporte vital básico, Reanimación cardiopulmonar básica, niños y lactantes, educación para la salud.

ABSTRACT

Surveys show us that children-CPRs that are done outside of a Care Unit gets a 10% of survivals. Results are worst if CPRs are done in non hospital units. This is caused because the basic life support is started with a delay and because the professional training in this area is limited, distorted or incorrect. Besides, relevant scientific leagues, as the American Heart

Association or the European Resuscitation Council, stress us the importance of drawing up paediatric basic life support (BLS) and B-CPR training.

The main aim of the Health Program is to provide health professionals with enough knowledge in order to solve critical situations. Moreover, our program will be a very useful theoretical and/or practical tool for health professionals to be implemented when necessary in real situations of BLS.

The health program will be structured in six sessions in which all assistant's knowledge and abilities will be refreshed continually.

After the initial and final evaluation of the participants, we get satisfactory results because they have improved their level of theoretical and practical knowledge of paediatric BLS and B-CPR training.

Key words: Basic life support (BLS), basic cardiopulmonary resuscitation (B-CPR), children and children on breast-feeding, health education.

A. INTRODUCCIÓN

En sus inicios, el soporte vital básico (SVB) y la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica fue una traslación de las pautas recomendadas para el paciente adulto. No fue hasta 1979 cuando se aceptaron las primeras normas de Soporte Vital Básico Pediátrico y Reanimación neonatal con el respaldo de la AHA (Asociación Americana de Cardiología). En España, es necesario esperar hasta 1992 para que se cree el Grupo Español de RCP Pediátrica integrado en la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias y en la Sociedad de Cuidados Intensivos de la Asociación Española de Pediatría.

El pronóstico de la parada cardiorrespiratoria del niño suele ser peor que el de un adulto, debido a que en la mayoría de los casos, el niño está en hipoxemia durante un periodo prolongado de tiempo, con el consiguiente daño de diversos órganos y severas secuelas. Las causas más frecuentes que derivan en PCR en niños son: accidentes, asfixia, ahogamiento, descarga eléctrica, sangrado excesivo, traumatismo craneal o lesión grave, enfermedad pulmonar e intoxicación. (1, 2, 3)

Conocemos por Parada cardiorrespiratoria (PCR) la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. La parada respiratoria se define como el cese de la respiración espontánea (apnea) o una insuficiencia respiratoria tan grave que requiere la asistencia respiratoria inmediata mediante ventilación boca a boca o con bolsa de ventilación. En cambio, la parada cardíaca es el cese de la actividad mecánica del corazón, evaluada por la imposibilidad de palpar pulso arterial central, o por la ausencia de signos vitales (respiración, tos o movimientos), o un pulso menor de 60 lat./min en niños inconscientes sin respiración espontánea y con signos de mala perfusión. Consideramos RCP como el conjunto de maniobras encaminadas a revertir una PCR, sustituyendo primero para intentar restaurar después la respiración y circulación espontáneas. (1, 4,5)

La parada cardiaca súbita (PCS) es una de las principales causas de muerte en Europa, afectando a unos 700.000 individuos al año. De la precocidad en el inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) depende la supervivencia de la víctima. (6)

Por otro lado, el término Soporte Vital, amplía el concepto de RCP integrando prevención de la PCR (reconocimiento de las situaciones de emergencia médica, alerta a los servicios de emergencias e intervención precoz) y el soporte respiratorio y circulatorio a las víctimas de PCR con maniobras de RCP. Puede ser:

- Soporte vital básico (SVB): Se realiza sin ningún material excepto dispositivos de barrera. En caso de PCR debe iniciarse antes de 4 minutos.
- Soporte vital avanzado (SVA): Requiere personal entrenado y equipado con el material necesario. En caso de PCR debe iniciarse antes de 8 minutos. (1)

En este sentido, es preciso hablar de la denominada "cadena de supervivencia". Por "cadena de supervivencia" se entiende el conjunto de acciones ordenadas y consecutivas que, realizadas precozmente, aumentan las posibilidades de supervivencia de una persona en paro cardiorrespiratorio.

Podrían diferenciarse cuatro eslabones en esta cadena (ver Anexo I):

1. Reconocimiento precoz de la emergencia y activación de los servicios de emergencia.
2. RCP precoz por parte del testigo. En éste caso, la RCP intenta evitar posibles secuelas, en especial neurológicas, debido a la anoxia tisular que aparece con la PCR.
3. Desfibrilación precoz: la RCP con desfibrilación en los 3-5 minutos del colapso puede producir unas tasas de supervivencia del 49% al 75
4. Soporte vital avanzado precoz y cuidados postreanimación. (6, 7, 8, 9)

Los factores que van a intervenir sobre el éxito de la realización de la RCP a nivel pediátrico son múltiples. Fundamentalmente: el tiempo transcurrido

hasta el inicio de maniobras de resucitación, la duración de la RCP, características ambientales y material disponible, entrenamiento y habilidad del reanimador, características de la víctima y calidad del sistema que coordina la asistencia y traslado de la víctima. Es por esto, que es clave la explícita formación del profesional sanitario a cerca del SVB y RCP-B a nivel pediátrico, para que de esta forma, se puedan contrarrestar todos los factores que afectan de forma negativa y que estén en nuestra mano, y conseguir el mayor nivel de éxito en estas situaciones de emergencia. (10, 11)

Los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen en España más de 24.500, de los cuales, el 60 por ciento se producen en presencia de testigos. Por otro lado, muchos estudios han mostrado el beneficio para la supervivencia de la RCP inmediata y el efecto perjudicial de su retraso. Por cada minuto sin RCP, la supervivencia de la fibrilación ventricular presenciada disminuye un 7-10%. Cuando existe RCP por parte del testigo, el descenso en la supervivencia es más gradual y en una media de 3-4% por minuto. (6, 12, 13)

Además, un estudio realizado sobre la percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans sobre sus conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar a nivel pediátrico revela que el 84,4% de los encuestados afirmaba que debería existir un equipo de RCP específico y que un 96,1% reclamaban enseñanza periódica obligatoria a cerca del tema. (14)

Sondeos demuestran que en la RCP pediátrica acontecida fuera de las unidades de Cuidados Intensivos se consigue una supervivencia inferior al 10%, con peores resultados en las producidas fuera del hospital. Se atribuye este hecho al retraso de inicio de las medidas de RCP y a que la información que recibe gran parte del profesional sanitario sobre esta materia es escasa, distorsionada o errónea.

Además, sociedades científicas relevantes, como la American Heart Association o el European Resuscitation Council, inciden en la necesidad de desarrollar programas de entrenamiento en RCP. En España se han llevado a cabo algunas actuaciones puntuales en este, pero no existen programas reglados de educación para la salud en materia de Soporte Vital Básico en la mayoría de comunidades autónomas. (15,16)

Basándonos en todo lo dicho anteriormente, creemos que necesario instruir al personal enfermero a cerca de éste tema e implantar este tipo de programas, así como su integración en todo tipo de centros, asegurándose su continuidad en el tiempo.

B. OBJETIVOS

Objetivo general:

- i. Aumentar el grado de conocimiento del personal enfermero en SVB Y RCPB a nivel pediátrico tras la impartición de este programa de salud.

Objetivos específicos:

- ii. Diseñar un programa que sirva como herramienta teórica y/o práctica a los profesionales sanitarios, siendo capaces de realizar de forma normalizada el SVB y aplicar las técnicas de RCPB de manera efectiva a nivel pediatrico.
- iii. Valorar el grado de conocimiento de los asistentes anterior y posteriormente a la realización del programa.
- iv. Valorar el grado de importancia que dotan los asistentes a la formación en el campo del SVB y RCPB en niños y lactantes.

C. METODOLOGÍA

Diseño de estudio:

En la realización del estudio, se aplicó un diseño de carácter descriptivo basado en una exhaustiva búsqueda bibliográfica para posteriormente, realizar un programa de educación para la salud sobre el SVB y RCPB en niños y lactantes.

Estrategia de búsqueda:

Se realiza una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos, mediante los buscadores científicos: Scielo, Cuiden Plus, Medline (PubMed) y El Sevier.

BASE DE DATOS	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS SELECCIONADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
PubMed	27	8	-Artículos comprendidos entre los años 2003-2013.	- Artículos anteriores al año 2003.
Cuiden Plus	19	7		- Artículos no relevantes para la realización de nuestro Programa de educación para la salud.
Scielo	10	3		
El Sevier	22	6	-Artículos que contengan información relevante para la realización de este trabajo.	

A su vez, también se han obtenido artículos y protocolos a través de Google Académico, Ministerio de Sanidad y se han consultado páginas webs como la del Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (GERCPPN) (17), European Resuscitation Council (ERC) (18), o American Heart Association (AHA) (19).

También se ha utilizado como guía las revisiones publicadas por otros autores, que tomaban varios aspectos relacionados con este tema, desde el año 2003 hasta el año 2012, siendo los más relevantes de 2006 en adelante.

Palabras clave:

Se utilizan como descriptores o palabras clave: "soporte vital básico", "basic life support", "reanimación cardiopulmonar", "paediatric cardiopulmonary resuscitation", "ressuscitação cardiopulmonar", "niños y lactantes", "educación y RCPB", "non-hospital units", "emergency care units" ...

Desarrollo temporal del estudio:

El trabajo se realizó en el periodo comprendido entre Febrero y Junio de 2013.

Ámbito de aplicación del estudio:

Este programa de educación para la salud está orientado a profesionales de enfermería que realicen su trabajo en el área de urgencias y emergencias, a nivel extrahospitalario y a nivel de atención primaria. A modo de pilotaje, se imparte el programa de salud en el Centro de Salud de la La Almunia de Doña Godina ya que por encuestas de detección de necesidades formativas, se ha observado un déficit de conocimientos acerca de este tema. El número de participantes es de aproximadamente 20 en cada sesión.

D. DESARROLLO

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA:

Requisitos necesarios:

Se precisa de un lugar adecuado para llevar a cabo nuestro programa, con aulas amplias y materiales necesarios. Además, se necesitarán mesas y sillas, proyector, pizarra y ordenador, y maniquíes para RCP Resusci Junior.

Sesiones:

El programa de educación constará de 6 sesiones. Éste número es considerado como idóneo para que los asistentes puedan adquirir y asimilar nueva información y habilidades prácticas ya que cuentan con una formación básica previa.

Cada sesión tendrá una duración de aproximadamente dos horas, y se realizarán de forma continuada durante una semana.

Equipo docente:

El equipo docente que llevará a cabo este programa de salud será el formado por un profesional enfermero con experiencia laboral en una UCI pediátrica, un profesional enfermero con experiencia laboral en el 061 y un profesional de referencia que imparte cursos de Soporte Vital Básico y RCP Básica a nivel pediátrico.

Presupuesto:

Horas invertidas: 20 horas (15€/h) = 300€

Material: 10.000€

Exposición: 100€/sesión = 600 €

Total: 17000€ (sujeto a gastos de desplazamiento)

TECNICAS DIDÁCTICAS:

SESIÓN 1: Presentación del grupo y evaluación inicial

Se considera importante reservar un espacio al inicio de la primera sesión para la presentación de los asistentes al curso. El objetivo de esta presentación es explicar a todos los participantes en que va a consistir nuestro programa, y el tipo de trabajo que se va a realizar a lo largo del módulo. También se intentará fomentar la cohesión grupal y la asistencia a las diversas sesiones.

Posteriormente, se realizará un test para evaluar los conocimientos previos de los participantes. El test constará de 20 preguntas con cuatro posibles respuestas y sólo una de ellas verdaderas.

Además, a modo de reflexión, los participantes explicarán como actuarían ante una situación que requiera una RCP-B a nivel de pediatría. Se propondrá al grupo que realice la tarea sin instrucción previa. Posteriormente, los profesionales enfermeros señalaran los ejercicios realizados correctamente y corregirán los errores. Tras este ejercicio, los profesionales explicarán correctamente como actuar ante una situación que requiera SVB y RCP-B. Esta dinámica tiene la función de toma de contacto con el tema propuesto para el programa, puesto que aunque los asistentes sean sanitarios, no están en contacto habitualmente con este tipo de situaciones.

El principal objetivo de esta sesión es, como ya se ha comentado anteriormente, la valoración de los conocimientos de los asistentes y su modo de actuación. En las sesiones posteriores, se desarrollarán los contenidos teóricos necesarios. (20)

SESIÓN 2: Contenidos teóricos.

Como continuación a la sesión anterior, en ésta, de duración de 2 horas, se explicará a los asistentes el Soporte Vital Básico. Mediante el uso de diapositivas se explicará de forma teórica los aspectos necesarios sobre el Soporte Vital Básico según marca la ERC (Ver Anexos II y III). Todo esto irá acompañado de videos explicativos para facilitar su comprensión.

El contenido a tratar en esta sesión constará de: Parada cardiorrespiratoria, Parada cardiorrespiratoria pediátrica, Reanimación cardiopulmonar, Soporte vital (Básico y Avanzado) y Cadena de supervivencia. Posteriormente, explicaremos las secuencias en las que consiste el SVB en niños y lactantes.

El objetivo de esta sesión es introducir a los participantes en los aspectos teóricos necesarios para enfrentarse a una situación en la que se precise un Soporte Vital. (21, 22, 23)

SESIÓN 3: Contenidos teóricos.

Prosiguiendo con la metodología didáctica de la sesión anterior, en esta se tratará de igual modo la actuación y cuidados de enfermería en la reanimación cardiopulmonar básica en lactantes y niños.

Igualmente, la sesión tendrá una duración de 2 horas y con ayuda de diapositivas de Power Point se desglosarán los siguientes puntos: Obstrucción de la vía aérea alta, reanimación cardiopulmonar, Posición de recuperación, y cuidados post-reanimación según marca la ERC (ver Anexos IV, y V)

El objetivo de esta sesión será, dotar de los conocimientos necesarios de forma teórica para enfrentarse a una situación en la que requiera la realización de una RCP-B a nivel pediátrico. (2, 24, 25, 26, 27)

SESIÓN 4: Sesión práctica.

Tras las últimas dos sesiones teóricas sobre SVB y RCP-B, en éste cuarto módulo, se desarrollará la parte práctica propiamente dicha. Para ello, en esta ocasión se requerirán 10 maniquíes Resusci Junior y un aula despejada. Los asistentes a la sesión se dividirán en grupos de 7 personas, asignando a cada grupo un monitor, que serán los profesionales que imparten las sesiones.

El monitor escenificará las maniobras de reanimación cardiopulmonar, con el objetivo de enseñar la correcta técnica. Posteriormente, se disolverán los grupos y los asistentes pasarán a dividirse en parejas. Cada pareja practicará las maniobras las veces que sean necesarias hasta que los monitores valoren que realizan la técnica perfectamente. Seguidamente, cada pareja realizará una maniobra de RCP-B frente a todos los asistentes, fomentando así la participación activa y la cooperación entre individuos. Cada monitor habrá estado valorando durante toda la sesión la correcta realización de la práctica.

Por último, se expondrán casos reales dónde los alumnos deberán solventar la situación. Estos casos reales estarán relacionados con todo lo explicado en las sesiones anteriores.

La intención de este tipo de ejercicios es la de poner al alumno en una situación de estrés, cercana a la realidad, para hacerle ver la dificultad que implican este tipo de situaciones y la forma de solventarla.

SESIÓN 5: Simulacro de casos reales.

En esta penúltima sesión, se llevará a cabo una simulación de forma más real a la sesión anterior. En colaboración con el 061 y en este caso, con el cuerpo de Bomberos de La Almunia de Doña Codina, se realizará un simulacro de una emergencia de gran alcance a nivel pediátrico. Los asistentes al curso realizarán el simulacro como si actualmente estuviesen trabajando como personal enfermero en el 061. La situación consistirá en un accidente de tráfico en el que está comprometido un autobús escolar en el que viajaban niños de 6-13 años. Los asistentes a las sesiones en colaboración con profesionales que actualmente trabajan en el 061 intentarán solventar la situación con la máxima rapidez posible, llevando a cabo el SVB y realizando RCP-B a gran número de los afectados. En este caso, de forma extraordinaria, esta sesión durará 4 horas y no se realizará en el C.S. de La Almunia, sino en un lugar habilitado para ello en el Parque de Bomberos de La Almunia.

De igual forma que en la sesión anterior, el objetivo de ésta es poner en una situación lo más real posible a los asistentes para ver como se desenvuelven y la solventan.

SESIÓN6: Evaluación final.

A modo de conclusión, se entregará el mismo test que se realizó al comienzo de las sesiones. De esta forma, tanto los profesionales que imparten el programa como los asistentes, podrán observar lo aprendido durante este curso y lo útil que ha sido.

Para finalizar, entregaremos unas encuestas de satisfacción de manera que podamos obtener la opinión de los participantes a cerca del curso, su eficacia e importancia.

E. CONCLUSIONES

El adiestramiento en RCP Pediátrica, a excepción del personal adscrito a las Unidades de Cuidados Intensivos, se recomienda adquirirlo a través de cursos teórico-prácticos de RCP Pediátrica, seguidos de actualizaciones anuales o bianuales. De esta forma, tras la realización del programa de salud, y tras evaluar a los asistentes de forma previa y posteriormente a la realización de las sesiones, se obtienen resultados satisfactorios ya que se han incrementado los conocimientos tanto teóricos como prácticos a cerca del SVB y RCP-B a nivel pediatrico.

Además, los asistentes consideran, según sus valoraciones, que este programa sirve como herramienta teórica y/o práctica de forma normalizada a todos los profesionales sanitarios, ya que permite realizar sistemáticamente el SVB y aplicar las técnicas de RCPB de manera efectiva a niños y lactantes.

Asimismo, los asistentes valoran la importancia de este proceso y consideran que tanto el SVB como la RCP-B a nivel pediátrico deberían dirigirse a alumnos de Enfermería y Medicina, al personal sanitario, padres de niños, población general y niños a partir de 14 años. Es totalmente necesario promover grupos de trabajo, como éste, en distintos ámbitos para poder llevar a cabo todo lo necesario para así prologar la vida de muchos niños.

Por último, tras la realización del programa, se consideran idóneas y acertadas el número de sesiones impartidas según los objetivos iniciales del programa de salud, ya que se han obtenido resultados positivos en todos los propósitos.

F. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Manual de Primeros auxilios del 061 de Galicia. Santiago de Compostela: Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia 061; 2008.
- 2- Sancho MJ, Loro N, Sancho MT. Actuación y cuidados de enfermería en la reanimación cardiopulmonar básica en lactantes y niños. Enfermería en Cardiología. 2003; (28): 35-9.
- 3- Santana JC, Dutra B, Machado FC, Vianez S, Viana AC. A equipe de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar: aspectos emocionais. Rev. Nursing. 2011; 13 (152): 26-31.
- 4- López J, Carrillo A. Conceptos y prevención de la parada cardiorrespiratoria en niños. Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría. 2006; 65 (2):140-6.
- 5- Rodriguez A, Lopez J, Hermana MT, Rey C. Ética y Reanimación cardiopulmonar pediátrica. An Pediatr (Barc). 2007;66(1):45-50 .
- 6- European Resuscitation Council. Recomendaciones 2005 en Resucitación Cardiopulmonar: Traducción oficial autorizada. Madrid: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar; 2005.
- 7- Sastre Carrera, M. J., García García, L.M; Bordel Nieto, F.; López-Herce Cid, J.; Carrillo Álvarez, A.; Benítez Robredo, M.T.; y Equipo de Prevención de Accidentes del Centro Municipal de Salud de Chamberí. "Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general". Rev. Aten. Primaria 2004; 34(8).408-13.
- 8- Nuevo protocolo para las emergencias con reanimación cardiopulmonar. Rev. Nursing.2005; 23(3):43.
- 9- Martín de Santos, MA. "Resucitación cardiopulmonar en el adulto: Soporte Vital Básico (SVB). Rev. MetasEnferm. 2004; 7(1):20-5.
- 10- Mir E, Antón R, Castro R, Gallego JA, García S, Palacio M. Educación para la Salud en Soporte Vital Básico: Intervención en un Instituto de Educación Secundaria. 2009; (4): 2-13.
- 11- Rodriguez MJ. Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión. Nuberos Científica. 2012; vol 1 (7): 9-14.

- 12- Portero FJ, León P, Torres J. Importancia de la enseñanza de RCP-Básica al ciudadano. Revista científica Hygia de Enfermería. 2011; (76): 5-8.
- 13- Olvierro A, Esmenia I, Barcellos MC, Araujo S. Theoretical knowledge of nurses working in non-hospital urgent and emergency care units concerning cardiopulmonary arrest and resuscitation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; vol.19 (2).
- 14- Abad A, Racoba G, Castillo J, Castillo J. Percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans sobre sus conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar. Enfermería Clínica. 2006; 16 (1): 39-43.
- 15- Cerdá M, García R. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar a la población: uno de los pilares para mejorar la supervivencia de los pacientes en paro cardíaco. Rev. Medicina. 2005; 124(1):13-5.
- 16- Peiró A, Sancho MJ, Loro N, Sancho T, Folgado J. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar en un grupo de adolescentes. Rev. Enferm. Cardiol. 2006; (37): 41-5.
- 17- GERCPPN rcppediatrica.org, Grupo español de reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal. [sede web]. Valencia: rcppediatrica.org; [actualizada el 26 de febrero de 2013; acceso el 29 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.rcppediatrica.org/>
- 18- Erc.edu, European Resuscitation Council [sede web]. Edegem: erc.edu; [actualizada el 3 marzo de 2013; acceso el 29 de marzo de 2013]. Disponible en: <https://www.erc.edu/>
- 19- Aha.org, American Heart Association [sede web]. Dallas: aha.org; [actualizada el 18 de marzo de 2013; acceso el 29 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.heart.org/HEARTORG/>
- 20- Grijalvo J, Insúa P. Programa de Educación para la salud: Primeros auxilios. Instituto de adicciones y rehabilitación. Madrid: 2007.
- 21- Cenoz JI, García D, Beceiro C. Soporte Vital Básico. Guías Clínicas 2003; 3 (2).
- 22- Biarent D, Bingham R, Eich C, López J, Maconochie I, Rodriguez A et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation

- 2010 Section 6. Paediatric life support. El Sevier. 2010. Disponible en: [http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/article/S0300-9572\(10\)00438-7/pdf/european-resuscitation-council-guidelines-for-resuscitation-2010-section-6-paediatric-life-support](http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/article/S0300-9572(10)00438-7/pdf/european-resuscitation-council-guidelines-for-resuscitation-2010-section-6-paediatric-life-support)
- 23- Richmond S, Wyllie J. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010Section 7. Resuscitation of babies at birth. El Sevier. 2010. Disponible en: [http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/article/S0300-9572\(10\)00444-2/pdf/european-resuscitation-council-guidelines-for-resuscitation-2010](http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/article/S0300-9572(10)00444-2/pdf/european-resuscitation-council-guidelines-for-resuscitation-2010)
- 24- Nolan J, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. El Sevier. 2010. Disponible en: [http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/article/S0300-9572\(10\)00447-8/aim/](http://resuscitation-guidelines.articleinmotion.com/article/S0300-9572(10)00447-8/aim/)
- 25- Calvo C, Manrique I, Rodriguez A, López J. Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. An Pediatr (Barc). 2006;65(3):241-51.
- 26- López J, García C, Dominguez P, Carrillo A, Rodriguez A, Calvo C, et al. Characteristics and outcome of cardiorespiratory arrest in children. El sevier. 2004. Disponible en: <http://www.rcppediatrica.org/publicacionesenanales/sdarticle.pdf>
- 27- Burón E, Aguayo J. Reanimación del recién nacido. An Pediatr (Barc). 2006;65(5):470-7.

G. ANEXOS

ANEXO I. Cadena de supervivencia pediátrica.

Cadena de supervivencia pediátrica



Disponible en: http://www.cefav.cl/cad_superv.php

ANEXO II. Soporte Vital del Recién Nacido.



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL



Soporte Vital del Recién Nacido

EN TODOS LOS CASOS PREGUNTAR: ¿NECESITA AYUDA?

Seque al niño
Retire toallas húmedas y cubra.
Ponga en marcha el reloj o anote el tiempo

Nacimiento

30 seg
60 seg

Valore (tono),
respiración y frecuencia cardíaca

Si jadea o no respira
Abra la vía aérea
Dé 5 insuflaciones
Considerar la monitorización de SpO₂

Revalúe
Si no aumenta la frecuencia cardíaca
Observe el movimiento torácico

SpO₂ pre-dicción
2 min: 60%
3 min: 70%
4 min: 80%
5 min: 85%
10 min: 90%

Si el tórax no se mueve
Reevalúe la posición de la cabeza
Considere el control de la vía aérea por dos personas
u otras maniobras de vía aérea
Repita las insuflaciones
Considerar la monitorización de SpO₂
Observe la respuesta

Si no aumenta la frecuencia cardíaca
Observe el movimiento torácico

Cuando el tórax se mueve
Si la frecuencia cardíaca es indetectable o lenta (< 60)
Inicie las compresiones torácicas
2 compresiones por cada ventilación

Reevalúe la frecuencia cardíaca cada 30 segundos
Si la frecuencia cardíaca es indetectable o lenta (< 60)
Considerar acceso venoso y drogas

©ERC

www.erc.edu | info@erc.edu | www.erc.be
Publicado Octubre 2010. European Resuscitation Council Secretariado, Rue du Commerce 60, 2600 Bruselas, Bélgica
Referencia del producto: Postec_10_RRS_11_04_508. Copyright European Resuscitation Council

Disponible en: <https://www.erc.edu/>

ANEXO III. Soporte Vital Básico Pediátrico.



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL



Soporte Vital Básico Pediátrico

Profesionales sanitarios de servicio

¿NO RESPONDE?

Grite pidiendo ayuda

Abra la vía aérea

¿NO RESPIRA NORMALMENTE?

5 respiraciones de rescate

¿SIN SIGNOS DE VIDA?

15 compresiones torácicas

2 respiraciones de rescate
15 compresiones

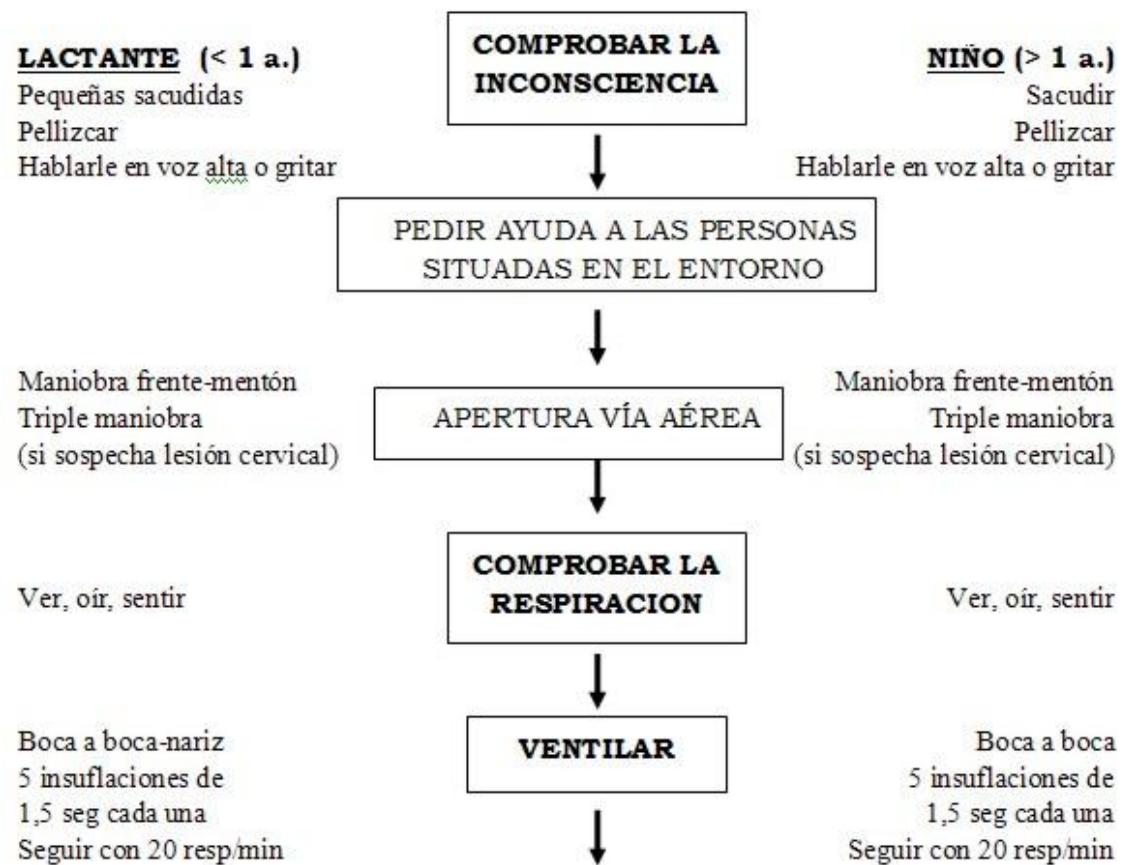
Tras 1 minuto de RCP llame al número
de emergencias nacional (ó 112) o al equipo de paro cardiaco



www.erc.edu | info@erc.edu | www.ercguidelines.org
Publicado: Octubre 2010. European Resuscitation Council. El Secretariado de la Dirección General de Salud Pública, 2430-1000, Bruselas, Bélgica.
Referencia del producto: Proses_10_Pediatrics_01_01_Acc. Copyright European Resuscitation Council.

Disponible en: <https://www.erc.edu/>

ANEXO IV. RCP-Básica en lactantes y niños.



Disponible en: <http://www.cefav.cl>

ANEXO V. Maniobras de RCP-B en niños y lactantes.

MANIOBRAS DE RCP BÁSICA			MENÚ 
CLIC EN LOS DIBUJOS amplía información			
NIÑOS		MANIOBRAS DE RCP BÁSICA	
CONCIENCIA 		AYUDA 	RESPIRACIÓN 
LLAMAR AL 112 		DECÚBITO LATERAL 	
APERTURA DE LA VÍA AÉREA			
Frente Mentón 		Tracción mandibular 	
MANIOBRAS DE DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA			
LACTANTE VENTILAC. Boca Boca-Nariz		NIÑO VENTILACIÓN Boca Boca	
			
MASAJE con 2 dedos 		MASAJE con 1 o 2 manos 	
			
<small>® Madrid Salud 2007</small>		<small>© Madrid Salud 2007</small>	

Disponible en: <http://www.madridsalud.es/salvaunavida.htm>