

2. Salazar V, Escribano R. Infecciones estreptocócicas. Escarlatina. En: Cruz M, editor. Tratado de Pediatría. 10.^a ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 522–3.
3. Sevilla Ramos P, Alba Martino R, Carrasco Torres A, Alonso Cristobal M, Blanco González JE, García de Frías JE. Escarlatina: una enfermedad actual (revisión de 165 casos). Acta Pediatr Esp. 2003;61:292–5.
4. Ortigosa-Gómez S, Sánchez-Buenavida A, Crehuet-Almirall M, Martínez-Roig A. Diagnóstico de escarlatina en 151 casos en el servicio de urgencias pediátricas durante 2006-2008. Rev Enferm Infec Pediatr. 2011;24:154–61.
5. Herranz Jordán B, Acitores Suz E, Payá López A, Hernández Merino A. Escarlatina recurrente: presentación de cuatro casos. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;12:551–60.
6. Fernández Romero V, Rodríguez Sánchez I, Gómez Fernández G. Hallazgos clínicos inusuales en un brote de escarlatina. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:231–41.

Bárbara de Dios Javierre^a, María García Ventura^b, Marta Arrudi Moreno^b y César García Vera^{c,*}

^a Centro de Salud Fraga, Servicio Aragonés de Salud, Fraga, Huesca, España

^b Hospital Universitario Infantil Miguel Servet, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

^c Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgarciavera@gmail.com (C. García Vera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.01.003>
1695-4033/

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La organización de la atención a la parada cardíaca en los hospitales: una tarea pendiente



Cardiac arrest resuscitation protocols in hospitals: A pending task

Sr. Editor:

A pesar de los avances en los últimos años, la parada cardíaca (PC) en la infancia tiene una elevada mortalidad. En España se han realizado grandes avances en la asistencia¹, la difusión de las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica² y la formación del personal sanitario y no sanitario en las técnicas de RCP básica y avanzada³. Sin embargo, existen todavía importantes problemas que hacen que la prevención y atención a la PC en el niño no se realice de forma adecuada. Para seguir mejorando los resultados, es esencial implementar de forma coordinada la cadena de supervivencia, y para ello, un aspecto esencial es desarrollar un sistema organizado de atención a la PC. La organización de la cadena de supervivencia debe adaptarse a las características específicas del niño y de cada centro hospitalario.

Para conocer la organización de la atención a la PC el Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal (GERCPPyN) elaboró una encuesta sobre algunos aspectos de la atención a la PC en niños. La encuesta en formato electrónico se envió a los instructores de RCP pediátrica y neonatal acreditados por el GERCPPyN.

De aproximadamente 800 instructores de RCP pediátrica respondieron 103 que trabajan en 66 hospitales (11 de primer nivel, 22 de segundo y 33 de tercer nivel) de 15 comunidades autónomas. En los centros en que respondieron varias personas se realizó la fusión de todas en una.

Solamente 33 centros sanitarios (50%) cuentan con un equipo específico de atención a la PC (el 63,6% de los hospitales de tercer nivel, el 40,9% de segundo y el 36,3% de

los de primer nivel), aunque en la encuesta no se especificó qué se entiende por equipo de atención a la PC. El equipo de atención a la PC está compuesto en el 40% de los hospitales por médicos y/o enfermeras de la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), el 44% por pediatras de generales de urgencias y/o de UCIP y el 12% por otros profesionales (intensivos de adultos, anestesiistas, etc.). En los hospitales sin equipo de atención a la PC en el 83% esta es atendida por el médico de guardia (de UCIP, urgencias o de adultos según los hospitales) y en el 17% por el pediatra de la UCIP.

En cuanto al sistema de llamada, en un porcentaje muy bajo de hospitales (39%) existe un busca o sistema específico de llamada para las PC, en el 42% se avisa al busca de urgencias y en el 19% restante al busca o llamada a la planta de UCIP. La llamada en el 74% es directa (que es un sistema más rápido) y en el 26% pasa por centralita.

Solamente en el 47% de los centros sanitarios existen botones específicos para llamadas de emergencias; en el 27% solo en urgencias, en el 27% solo en el control de enfermería de las plantas, en el 43% en varios lugares del hospital y en uno solo en las habitaciones reservadas a personas importantes.

Solamente en el 11% de los hospitales los padres pueden avisar directamente al equipo de RCP y en el 95% las enfermeras de la planta. Lo recomendable es que cualquier persona debidamente informada pueda activar los botones de emergencia.

Los resultados de esta encuesta son bastante representativos de la realidad de nuestro país, ya que han respondido un importante número de centros sanitarios de distintos niveles y de casi todas las comunidades autónomas, y confirman que la organización a la atención a la PC en la infancia en nuestro país es escasa, muy irregular y en general está poco estructurada, tanto en la composición de los equipos clínicos de atención a la PC como en los sistemas de llamada.

Es por tanto esencial que cada centro sanitario desarrolle protocolos de atención a la PC en la infancia, que incluyan la creación de equipos de atención a la PC bien

estructurados (compuestos por médicos y personal de enfermería) y entrenados, el establecimiento de sistemas específicos de llamada inmediata, la formación de todo el personal para detectar, avisar y empezar a tratar las emergencias vitales utilizando escalas de valoración del riesgo de PC^{4,5}, la revisión periódica de los carros de parada y el registro y evaluación sistematizada de las PC y las llamadas al equipo. Solamente mejorando nuestra formación y organización podremos mejorar los resultados de la RCP intrahospitalaria en los niños.

Bibliografía

1. López-Herce J, del Castillo J, Cañadas S, Rodríguez-Núñez A, Carrillo A, Spanish Study Group of Cardiopulmonary Arrest in Children. In-hospital pediatric cardiac arrest in Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014;67:189–95.
2. López-Herce J, Rodríguez A, Carrillo A, de Lucas N, Calvo C, Civantos E, et al. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica. *An Pediatr*. 2017;86:229.e1–9.
3. López-Herce J, Urbano J, Carrillo A, Matamoros M, Red Iberoamericana de Estudio de la Parada Cardiorrespiratoria en la Infancia. Resuscitation training in developing countries: Importance of a stable program of formation of instructors. *Resuscitation*. 2011;82:780.
4. Maconochie IK, Bingham R, Eich C, López-Herce J, Rodríguez-Núñez A, Rajka T, et al., Paediatric life support section

Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*. 2015;95:223–48.

5. Bonafide CP, Localio AR, Song L, Roberts KE, Nadkarni VM, Priestley M, et al. Cost-benefit analysis of a medical emergency team in a children's hospital. *Pediatrics*. 2014;134:235–41.

Jesús López-Herce^{a,b,c,d,*}, Ignacio Manrique^{d,e},
Angel Carrillo^{a,b,c,d} y Grupo Español de Reanimación
Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal

^a *Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

^b *Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*

^c *Red de Salud Materno-Infantil y del Desarrollo (RedSAMID), RETICS, ISCIII, Madrid, España*

^d *Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal, España*

^e *Instituto Valenciano de Pediatría, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.01.002>
1695-4033/

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.