

# ACTUALIZACIÓN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA

GUÍA ERC 2025

Amanda Santacreu Molines (R1 pediatría HGUA)

Tutora: Dra. Salvador



**Servicio de  
Pediatría**  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

1

Introducción: diferencias  
principales entre guía 2021  
guía 2025

2

RCP básica

3

RCP avanzada

4

Cuidados  
postresucitación

5

Debriefing

6

Bibliografía



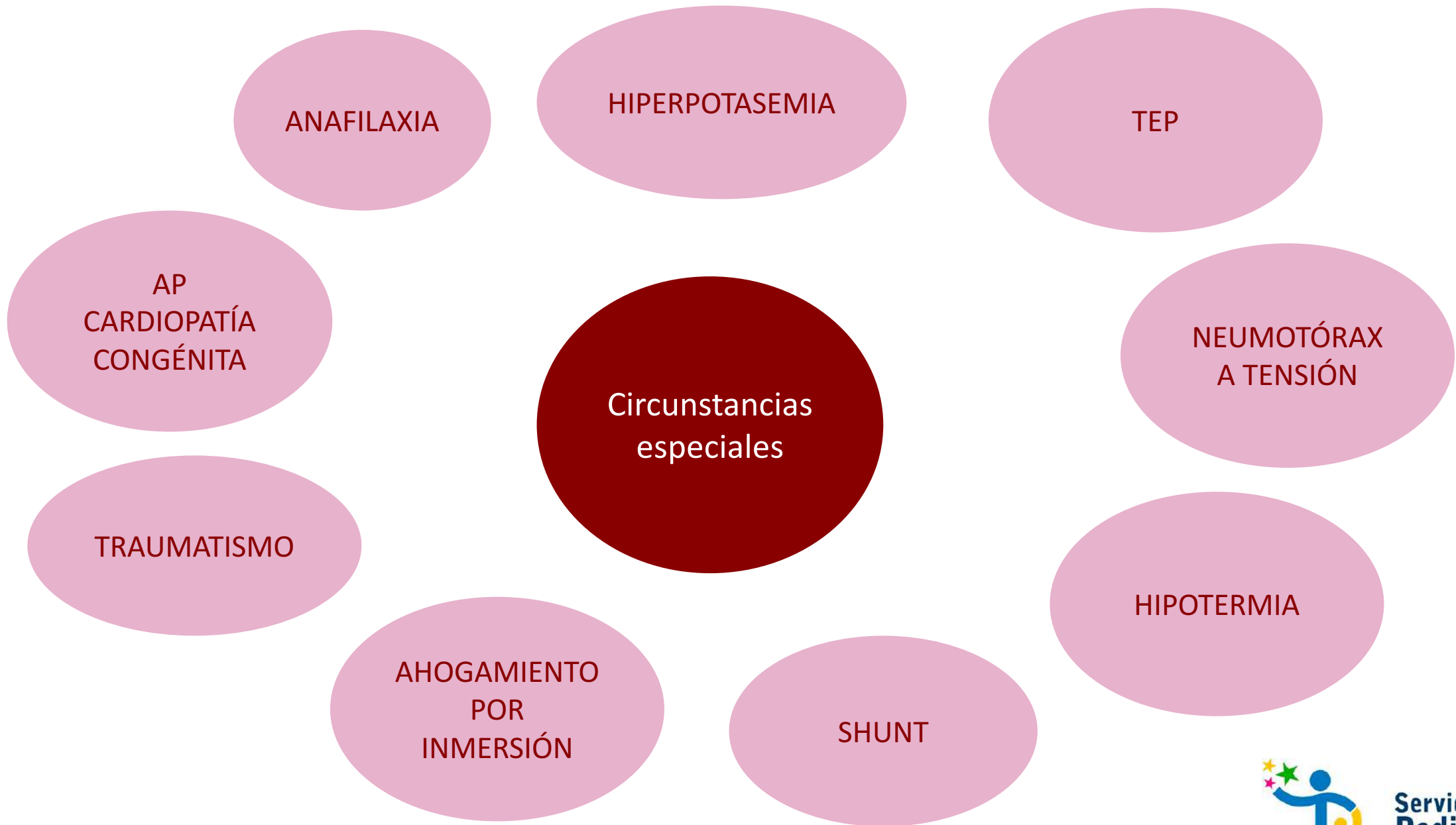
# 1 Introducción



EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL<sup>®</sup>

Tema	Guías 2021	Guías 2025
Recomendaciones para el público general y los sistemas	No incluido.	Se han añadido recomendaciones específicas para el público general, los padres/cuidadores y los cuidadores comunitarios, así como para la implementación de la guía a nivel de sistemas.
Prevención de la parada cardíaca	Podría considerarse el uso de atropina como premedicación antes de la intubación traqueal. Se recomienda evitar múltiples intentos de intubación traqueal. Se sugiere fenitoína/fosfenitoína, ácido valproico o levetiracetam como fármacos de segunda línea para las convulsiones. Se recomienda tratar la hipoglucemia con un bolo de glucosa de 0,3 g/kg IV.	La <u>atropina</u> <u>va no se recomienda</u> como premedicación antes de la intubación. Se recomienda limitar el <u>número de intentos de intubación traqueal a dos</u> . Se introduce un nuevo algoritmo para las convulsiones, que establece al <u>levetiracetam como el fármaco de segunda línea preferido</u> . La <u>hipoglucemia se trata</u> con un bolo de <u>glucosa de 0,2 g/kg IV</u> .





<b>Circunstancias especiales</b>	La información sobre circunstancias especiales se distribuyó a lo largo de las guías. En la parada cardiaca causada por hiperpotasemia, se indica el calcio, el bicarbonato o la insulina con glucosa. En la parada cardiaca hipotérmica, se indica no administrar adrenalina por debajo de 30 °C.	Se ha incluido una sección específica sobre circunstancias especiales. En caso de parada cardiaca causada por <u>hiperpotasemia</u> , se debe usar insulina IV con glucosa y agonistas beta <sub>2</sub> -adrenérgicos de acción corta IV o una combinación de estos. <u>No se debe usar calcio ni bicarbonato.</u> En la parada cardiaca hipotérmica, se debe administrar una sola dosis de adrenalina por debajo de 30 °C, a menos que se planee un soporte de resucitación extracorpórea inmediato.
----------------------------------	--	--



## Soporte Vital Básico Pediátrico



Se recomienda llamar para pedir ayuda antes de iniciar las compresiones torácicas. Un solo proveedor podría considerar la técnica de dos dedos para las compresiones torácicas en un lactante.

Se debe llamar pidiendo ayuda y telefonar a los SEM tan pronto como se sospeche una parada cardiaca. La técnica de compresiones torácicas con dos pulgares, con las manos rodeando el tórax, se recomienda en lactantes en todas las situaciones.

## Obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño

Se recomienda realizar compresiones torácicas en lactantes utilizando la técnica de dos dedos.

Las compresiones torácicas en lactantes deben realizarse utilizando la técnica de los dos pulgares con las manos rodeando el tórax.





## Desfibrilación

En niños, se recomienda usar tanto la posición de parches anteroposterior como anterolateral.

La posición anteroposterior para los parches de desfibrilación se recomienda para todos los lactantes y niños que pesen menos de 25 kg. Se debe utilizar la posición anteroposterior o

anterolateral en niños mayores y adolescentes. Los desfibriladores de acceso público deben tener un tamaño de parches uniforme para pacientes de todas las edades en parada cardíaca.



<p><b>Cuidados posresucitación y pronóstico</b></p>	<p>Se incluyó un breve párrafo sobre los cuidados posresucitación y el pronóstico. Se recomienda buscar una presión arterial para la edad sobre el percentil 5.</p>	<p>Se ha incluido una sección ampliada sobre los cuidados posresucitación, que abarca infografías para el enfoque prehospitalario y hospitalario de los cuidados posresucitación y el pronóstico. Se busca mantener la <u>presión arterial por encima del percentil 10 para la edad</u> (PAM y presión arterial sistólica).</p>
<p><b>Cuidados tras el alta</b></p>	<p>No incluido.</p>	<p>Se incluye un nuevo subcapítulo sobre los cuidados posteriores al alta, incluyendo una infografía.</p>



# 2 RCP básica

## ALGORITMO ERC DE SOPORTE VITAL BASICO

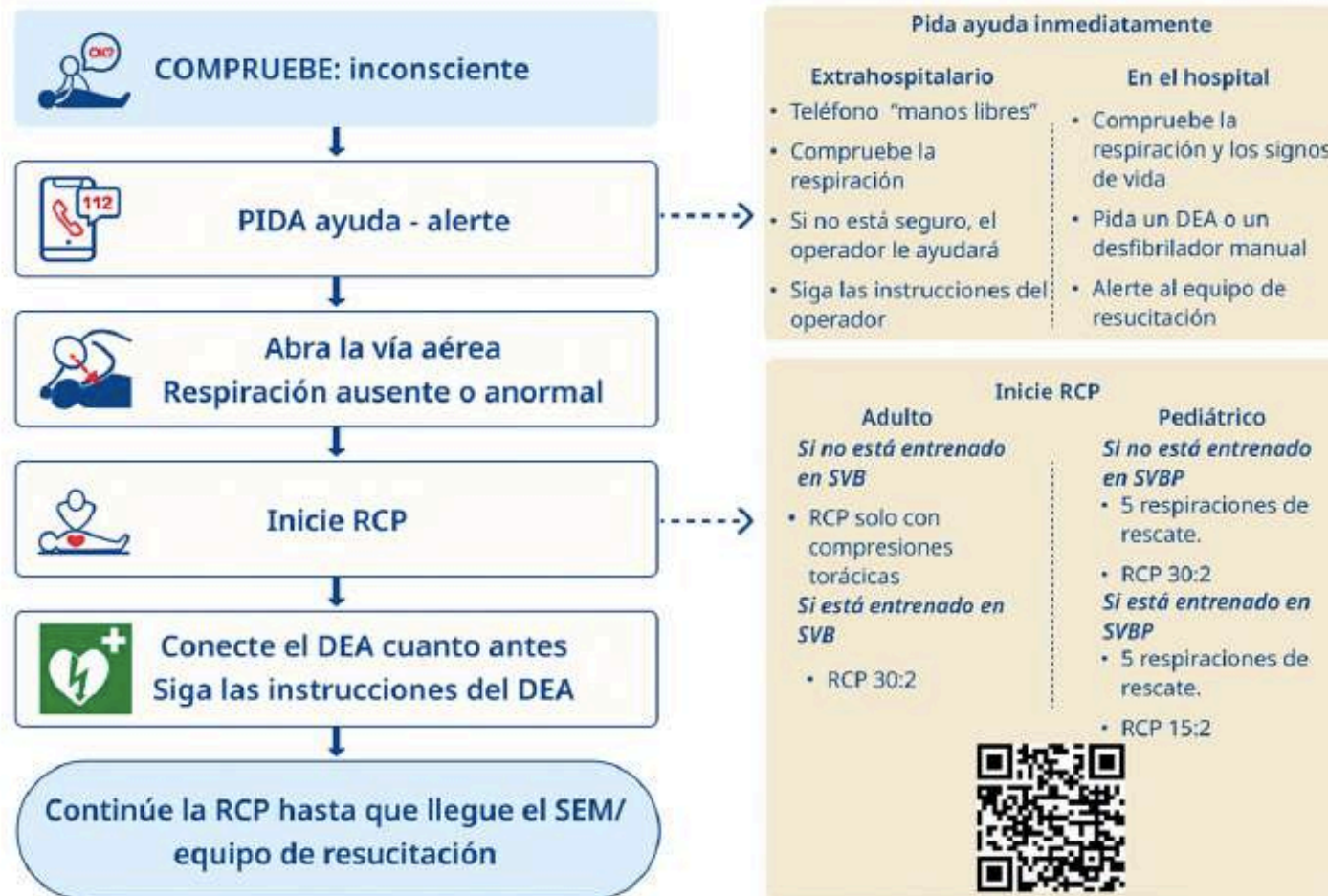
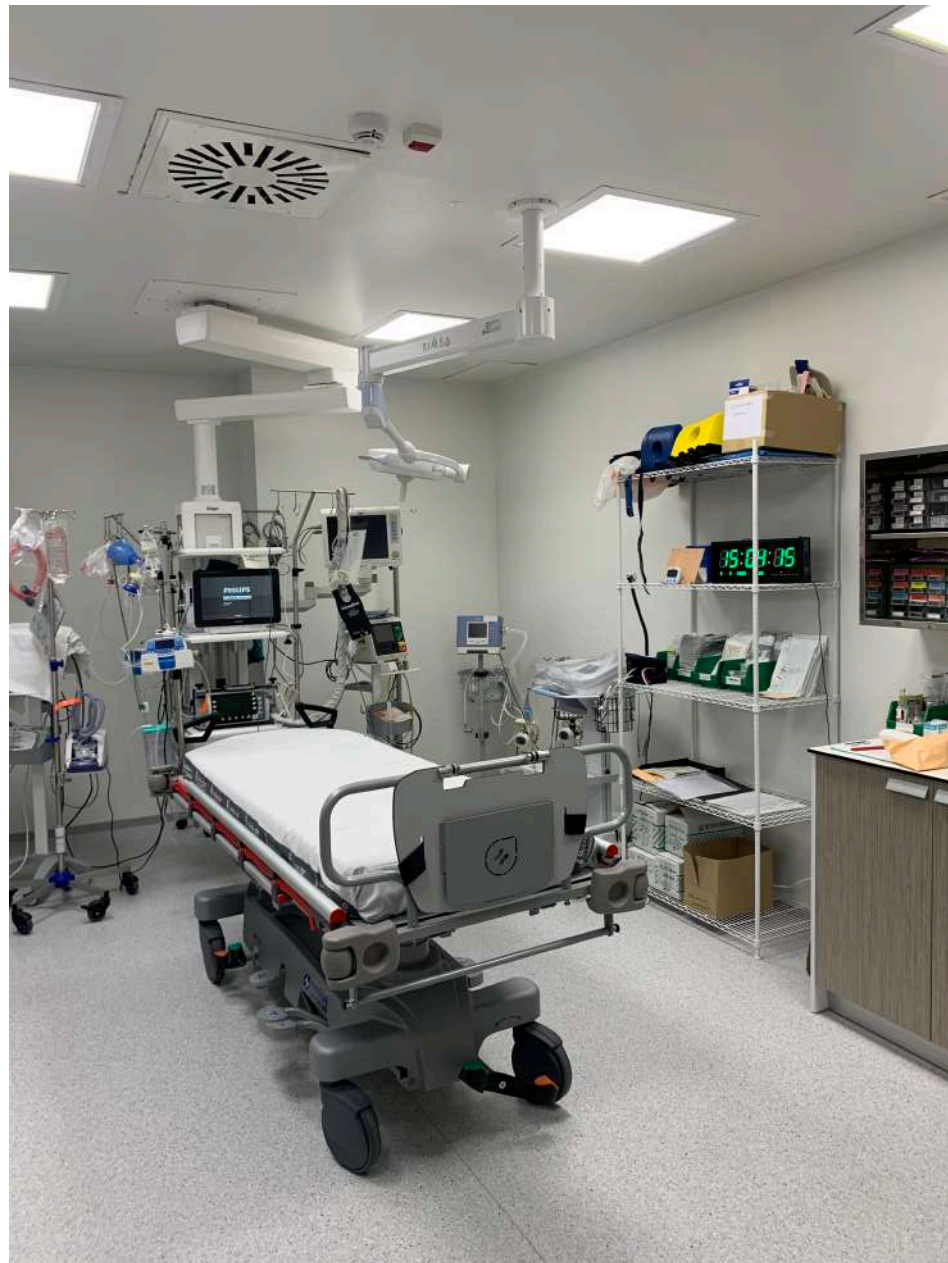


Figura 5. Algoritmo de soporte vital básico pediátrico.  
Guías ERC 2025 para la reanimación cardiopulmonar.



# 2 RCP avanzada



## SUGERENCIA DE COMPOSICIÓN DEL EQUIPO RESUCITACIÓN. ERC GUIDELINES 2025.



Guías ERC 2025 para la reanimación cardiopulmonar.

# Resumen Guías ERC 2025 /Dra.Tatiana Salvador

## Ritmos Desfibrilables (FV / TVSP)



## Ritmos No Desfibrilables (Asistolia/AESP/Bradicardia)



Cuadro de Dilución y Dosificación			
Fármaco (Presentación)	Dosis	Preparación	Volumen a Administrar
Adrenalina (1 mg/ml)	0,01 mg/kg	Dilución 1+9 (1 ml adrenalina + 9 ml SSF)	0,1 ml/kg
Amiodarona (50 mg/ml)	5 mg/kg	Pura (Administrar pura)	0,1 ml/kg



Menos de  
25kg de peso



Más de  
25kg de peso



PHILIPS





- Ecografía a pie de cama
- Capnografía
- Base firme y dura
- Alza





FÁRMACO	DILUCIÓN	DOSIS RECOMENDADA	DOSIS EN ML A INFUNDIR
<b>Adenosina</b> (Adenocor®) Vial 2ml/6mg)	1ª dosis: 2 ml (6mg) + 4 ml SF (1ml/1mg) 2ª dosis: 2 ml (6mg) + 4 ml SF (1ml/1mg) 3ª dosis: 4 ml (12mg) + 8 ml SF (1ml/1mg)	1º dosis: 0.15 mg/k 2º dosis: 0.30 mg/k 3º dosis: 0.45 mg/k	1º dosis: 0.15 ml/k (máx 6 ml = 6mg) 2ª dosis: 0.3 ml/k (máx 6 ml = 6 mg) 3º dosis: 0.45 ml/k.(máx 12 ml) *** Usar llave 3 pasos. Tras infundir, lavar con bolo ráp. 5ml SF y elevar brazo. Vida media 10 seg
<b>Adrenalina IV 1:1.000</b> (Adrenalina®) Vial 1ml/1mg)	PCR 1ml + 9ml SF (1ml/0.1mg) = 1:10.000 No administrar con BicNa.	0.01 mg/k/dosis iv (máx 1mg)	Diluida: 0.1 ml/k (1:10.000) iv. Bolo rápido. Repetir cada 2 ciclos en PCR.
<b>Adrenalina intramuscular</b> (Adrenalina®) Vial 1ml/1mg)	Anafilaxia (Pura, sin diluir) = 1:1.000	0.01 mg/k/dosis im (máx 0.5 mg) (cara anterolateral muslo)	Pura: 0.01 ml/k/dosis im (1:1.000) máx 0.5 ml cada 5-15 min
<b>Amiodarona</b> (Trangorex®) Vial 3ml/150mg)	PCR: 3ml (150 mg) + 12 ml DX5% (1ml/10mg) Arritmia: 1 ml (50mg)+ 49 ml DX5% (1ml/1mg)	PCR 5 mg/k/dosis iv (máx 300 mg/dosis)	PCR: 0.5 ml/k/dosis iv bolo rápido Arritmia: 5 ml/k/dosis infusión en 30-60 min (vigilando hipoTA)
<b>Atropina</b> (Atropina®) Vial 1ml/1mg)	Pura, sin diluir o diluida 1 ml (1mg) + 9 ml SF (1ml/0.1mg)	0.02 mg/k/dosis iv / io / im	Pura: 0.02 ml/k/dosis iv / io / im. Mín 0.1 y máx 1ml (adolesc) Diluida: 0.2 ml/k/dosis. Mín 1 ml y máx 10 ml
<b>Diazepam IV</b> (Diazepam®) Amp 2ml/10mg)	2 ml (10 mg) + 8ml SSF o G5% (1ml/1mg)	0.2 mg/k iv (máx 5 mg en <5 años y 10 mg en >5 años)	Diluida: 0.2 ml/k iv, se puede repetir dosis en 5-10 min
<b>Diazepam rectal</b> (Stesolid®) 5 o 10 mg)		0.5 mg/k rectal	Rectal: Stesolid® 5 o 10 mg
<b>Etomidato</b> (Hypnomidate®) Amp 10ml/20mg)	Puro, sin diluir <b>*NO en alergia SOJA/CACAHUETE y &lt;6 meses</b>	0.3 mg/k iv (máx 20 mg)	Pura: 0.15 ml/k (30 seg) iv
<b>Fenitoína (PHT)</b> (Fenitoina®) Amp 2ml/100mg)	10 ml (500 mg) + SF 90 ml (1ml/5mg)	Estatus: 20 mg/k/dosis iv (máx 1500 mg/d) en 20 min	Diluida: 4 ml/k/dosis iv en 20 min (lavar catéter antes y después con SF)
<b>Fenobarbital (PB)</b> (Luminal®) Amp 1ml/200mg)	1 ml (200 mg) + 9 ml API (1ml/20mg)	Estatus: 20 mg/k/dosis iv (máx 300 mg/dosis) en 5 min	Diluido: 1 ml/k/dosis (máx 15 ml) iv en <u>5 min</u> Repetir 10 mg/kg cada 20 min (diluida: 0.5 ml/k/dosis)
<b>Fentanilo</b> (Fentanest®) 3ml/150mcg)	2 ml (100 mcg) + 8 ml SF (1ml/10mcg/0.01mg)	1-4 mcg/k iv (dosis más habitual 1- 2 mcg/k)	Diluido: 0.1-0.4 ml/k/dosis (infundir en 5 min para evitar RIGIDEZ TORÁCICA, a ser posible con BOMBA)
<b>FiumaZenilo "Antídoto de BenZodicepinas"</b> (Anexate®) 1ml/0.1 mg)	Puro, sin diluir o 2 ml (0.2mg) + 8 ml SF (1ml/0.02mg)	0.01 mg/k/dosis (máx 0.2 mg/dosis)	Puro 0.1 ml/k (máx 2 ml/dosis) iv. Repetir cada min.hasta máx 10 ml Diluido: 0.5 ml/k (máx 10 ml/dosis)
<b>Glucagón jeringa precargada <b>*NEVERA</b></b>	Añadir 1ml API en el vial liofilizado. Agitar suave y extraer (1ml/1mg).	0.5 mg/k (<25 kg) 1 mg/k (>25 kg)	0.5 ml/k (<25 kg) / 1 ml/k (>25 kg) Si no respuesta en 10 min, iniciar SGD iv y repetir



<b>Ketamina</b> (Ketolar® Vial 1ml/50mg)	2 ml (100 mg) + 8 ml SF o G5% iv (1ml/10mg)  ***Pura, para uso intramuscular (IM)	1 - 2 mg /k iv (máx 50 mg)  ***Pura: 5 mg/k IM	Diluida: 0.1 - 0.2 ml/k (máx 5 ml). Evitar < 3 meses.  ***Pura: 0.1 ml/k IM
<b>Levetiracetam (LEV)</b> (Keppra® Vial 5ml/500mg)	4 ml (400 mg) + 36 ml SF (1ml/10mg)	40 mg/k (máx 2500 mg/dosis) iv	Diluida: 4 ml/k, infundir en 5 min
<b>Manitol®</b> Soluc. 20% (20gr/100ml)	I.V. en edema cerebral, en 15 minutos	0.5-1 g/k/dosis	2.5-5 ml/k/dosis iv, en 15 min.
<b>Midazolam IV/IO</b> (Midazolam® 5ml/5mg)	Cargar la dosis deseada en mg/k y completar hasta 10 ml de SF o G5%	0.1-0.2 mg/k/dosis Máx 10 mg/dosis	Cargar 0.1 - 0.2 ml/k y completar hasta 10 ml SF/G5% (en 2-3 min y 5 min en <6 meses)
<b>Midazolam IN (atomizador), IM</b> (Midazolam® 3ml/15mg)	Pura, sin diluir (**fijarse bien en la concentración del vial)	0.2 mg/k/dosis (se puede repetir en 10-15 min)	0.04 ml/kg IM o IN (a repartir en dos narinas)
<b>Midazolam precargado VO</b> (Buccolam® 2.5 - 5 - 7.5 y 10 mg)	Jeringas precargadas (aplicar en mucosa bucal)	0.1-0.2 mg/k/dosis Máx 10 mg/dosis	2,5 mg (amarillo) 3 meses- <1 año 5 mg (azul) 1 año- <5 años 7,5 mg (morado) 5 años- <10 años 10 mg (naranja) 10 años- adulto
<b>Morfina (cloruro mórfico 1%)</b> Amp 1% (1ml/10mg)	1 ml (10 mg) + 9 ml SF o G5% (1ml / 1mg)	0.1 mg/k ( iv / im / sc ) 0.05 mg/k ( iv / im / sc ) en < 6 meses	Diluida: 0.1 ml/k iv/im/sc (máx 10 ml) en 5 min. En <6 meses más riesgo depresión respiratoria
<b>Naloxona "Antídoto de Opiáceos"</b> (Naloxona® Amp 1ml/0.4mg)	1 ml (0,4 mg) + 9 ml SF (1ml/0.04mg)	0.01 mg /k ( iv / io / im / sc ) (máx 0.4 mg)	0.25 ml/k ( iv / io / im / sc ) Repetir cada 2-3 min (dosis máx acumulada 10 mg).
<b>Propofol</b> Diprivan® Vial 1% (1ml/10mg, ampolla de 20 ml)	Puro, sin diluir <b>*En anafilaxia a SOJA /HUEVO/ CACAHUETE valorar alternativas</b>	1-2 mg/k (se puede repetir cada 3-5 min a 0.5 mg/k. No dosis máxima)	0.1-0.2 ml/k en 2-3 min (para sedación) o en 30 seg (para S.R.I.)
<b>Rocuronio</b> (Braun® 5ml/50mg)  *****Antídoto: <b>Sugammadex (Bridion 1ml/100mg)</b>	3 ml(30 mg) + 7 ml SF (1ml/3mg)  Sugammadex 1 ml + 9 ml SF (1ml/10mg)	0.6-1 mg/k  Sugammadex 2 mg/k iv	Diluida: 0.2 ml/k iv (intubar pasado 1 min.) Duración efecto 45 min.  Sugammadex 0.2 ml/k (bolo iv en 10 seg). No dosis máx.
<b>Succinilcolina *NEVERA</b> (Anectine® amp 2ml/100mg)	2 ml + 8 ml SF (1ml/10mg)	1 mg/k iv (máx 150 mg)	Diluida: 0.1 ml/k iv
<b>SSH 3%</b>	100ml SSF 0.9%(quitar 11ml) + 11 ml ClNa20%	5 ml/k/dosis	5 ml/k/dosis en 15 min. Se puede repetir cada hora hasta Na 160
<b>Tiopental</b> (Vial 500mg-1gr)	Reconstituir: Vial 500mgr + SF 20 ml (1ml/25mg)	3 mg/k iv (máx 5 mg/k)	0.12 ml/k iv Contraindicado: inestabilidad hemodinámica y broncoespasmo
<b>Valproico, ácido (VPA)</b> (Depakine® Vial 4ml/400mg)	Reconstituir: Vial 400mg + 4 ml API + 6 ml SF(1ml/40mg)	40 mg/k iv (máx 3000 mg/dosis)	1 ml/k iv, en 5 min



# TABLAS CON **DOSIS DE MEDICACIÓN** CALCULADAS POR **PESO/EDAD** PARA **EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS**

GRUPO DE TRABAJO DE PACIENTE CRÍTICO

## AUTORES:

**YOLANDA BALLESTERO.** Pediatra, Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

**MARÍA TERESA LEONARDO.** Pediatra, Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**SONIA LÓPEZ.** Enfermera, Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**REYES CAMPILLO.** Enfermera, Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**JORGE LORENTE.** Pediatra. SUMMA 112. Madrid.

**MATILDE VIÑAS.** Urgencias y Pediatría Hospitalaria. Hospital Universitari Dexeus. Barcelona.



Fecha de actualización 10/10/2024



**Servicio de  
Pediatría**  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

EDAD	PESO	FC	FR	TAS/TAD
RNT	2,5-3,5	140-160	40-60	50-70/25-45
6m -1 a	4-6	120-160	30-60	74-100/50-70
1-2 a	8-10	100-140	24-40	74-100/50-70
2-3 a	12-14	90-140	24-40	80-112/50-80
3-4 a	16-18	80-110	22-34	82-112/50-80
4-6 a	20-22	75-100	18-30	84-120/54-80
6-8 a	24-26	75-100	18-30	84-120/54-80
8-10 a	30-36	75-100	18-30	84-120/54-80
10-12 a	36-42	75-100	18-30	84-120/54-80
>14 a	>50	60-90	12-16	84-120/54-80

GLASGOW	GLASGOW BEBÉS
<b>APERTURA OJOS:</b> Espontánea Al hablarle Al dolor Ausencia	<b>APERTURA OJOS:</b> Espontánea Al hablarle Al dolor Ausencia
<b>RESP. VERBAL:</b> Orientado Confuso Palabras inadecuadas Sonidos inespecíficos Ausencia	<b>RESP. VERBAL:</b> Balbuceo Irritable Llanto al dolor Quejidos al dolor Ausencia
<b>RESP. MOTORA:</b> Obedece órdenes Localiza dolor Retira al dolor Flexión al dolor Extensión anormal Ausencia	<b>RESP. MOTORA:</b> Mov. espontáneos Retirada al tocar Retirada al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ausencia

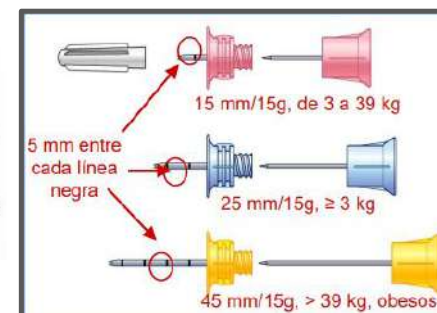
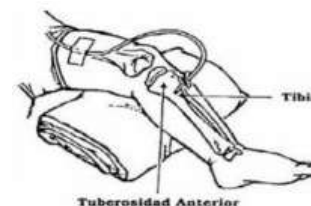


APARIENCIA	RESPIRAC.	CIRCULAC.	ESTADO TEP
			Normal
X			Disf SNC
	X		Dif. resp.
X	X		Fallo resp.
		X	Shock comp.
X		X	Shock descomp
X	X	X	PCR

	RNT 3,5 kg	6m-1 a 10 kg	2 a 12 kg	4 a 16 kg	6 a 20 kg	8 a 25 kg	10 a 30 kg	12 a 40 kg
Nº TET >2a (con balón)= edad/4 + 3,5	3-3,5	3-3,5 (balón)	3,5-4 (balón)	4,5 (balón)	5 (balón)	5,5 (balón)	6 (balón)	6,5-7 (balón)
INTRODUCIR (cm) (Nº tubo x 3) (12 + edad / 2)	12	13	13-14	14	15	16	17	18
LARINGOSCOPIO	Recta o curva nº1	Recta o curva nº1	Recta o curva nº1-2	Pala curva nº2	Pala curva nº2	Pala curva nº2-3	Pala curva nº2-3	Pala curva nº2-3
MASCARILLA LARINGEA	1	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3
GUEDEL	0	1	2	3	4	4-5	4-5	4-5
BOLSA AUTOINFLABLE (Ambu®) 15 lpm	Mark baby (300 ml)	Mark baby (300 ml)	Mark baby (300 ml)	Mark baby (300 ml)	Mark IV (1300)	Mark IV (1300)	Mark IV (1300)	Mark IV (1300)
SONDA ASPIRACIÓN (80-120 mmHg)	6-8	8-10	8-10	10-12	12-14	12-14	12-14	12-14
SONDA VESICAL (FR)	5	5-8	5-8	5-8	8-10	8-10	8-10	10-14

### PISTOLA EZ-IO

- Pct consciente: Lidocaina 2% (20mg/ml) 0.5 mg/kg (máx 40 mg) diluida hasta 1m (pasar en 2 min y esperar 1 min para usar)
- Tiene que quedar una marca 5 mm visible, no meter hasta el final
- Antes de usar infundir bolo SSF 5 ml lactantes y 10 ml niños mayores
- Avisar laboratorio procedencia muestras IO



	INTUBACIÓN GENERAL	BRONCOES PASMO	TCE (↑PIC)	QUEMADO	ESTATUS EPILEPTICO AHOGADO	SEPSIS
ATROPINA						
SEDANTE	Midazolam	Midazolam + Ketamina	Etomidato	Midazolam + Fentanilo	Tiopental o Etomidato	Midazolam +
RELAJANTE	Rocuronio	Rocuronio	Rocuronio	Rocuronio	I	

Dra. Tatiana Salvador Pinto (FE Pediatría). A



### Programación inicial del respirador de transporte

Parámetros	Valores
FiO <sub>2</sub>	0,21 a 1 (mínima para SatO <sub>2</sub> "adecuada" (97%))
Volumen corriente	7-10 ml x Kg peso ideal
Frecuencia respiratoria	RN: 30-50 Lactantes: 25-40 Preescolares: 20-30 Escolares: 15-20
Relación I:E	1:2
Tiempo inspiratorio (seg)	RN: 0,3-0,5 Lactante: 0,5-0,8 Preescolar: 0,7-1 Escolar: 0,9-1,4
PIP (cm H <sub>2</sub> O)	15-25
PEEP (cm H <sub>2</sub> O)	5

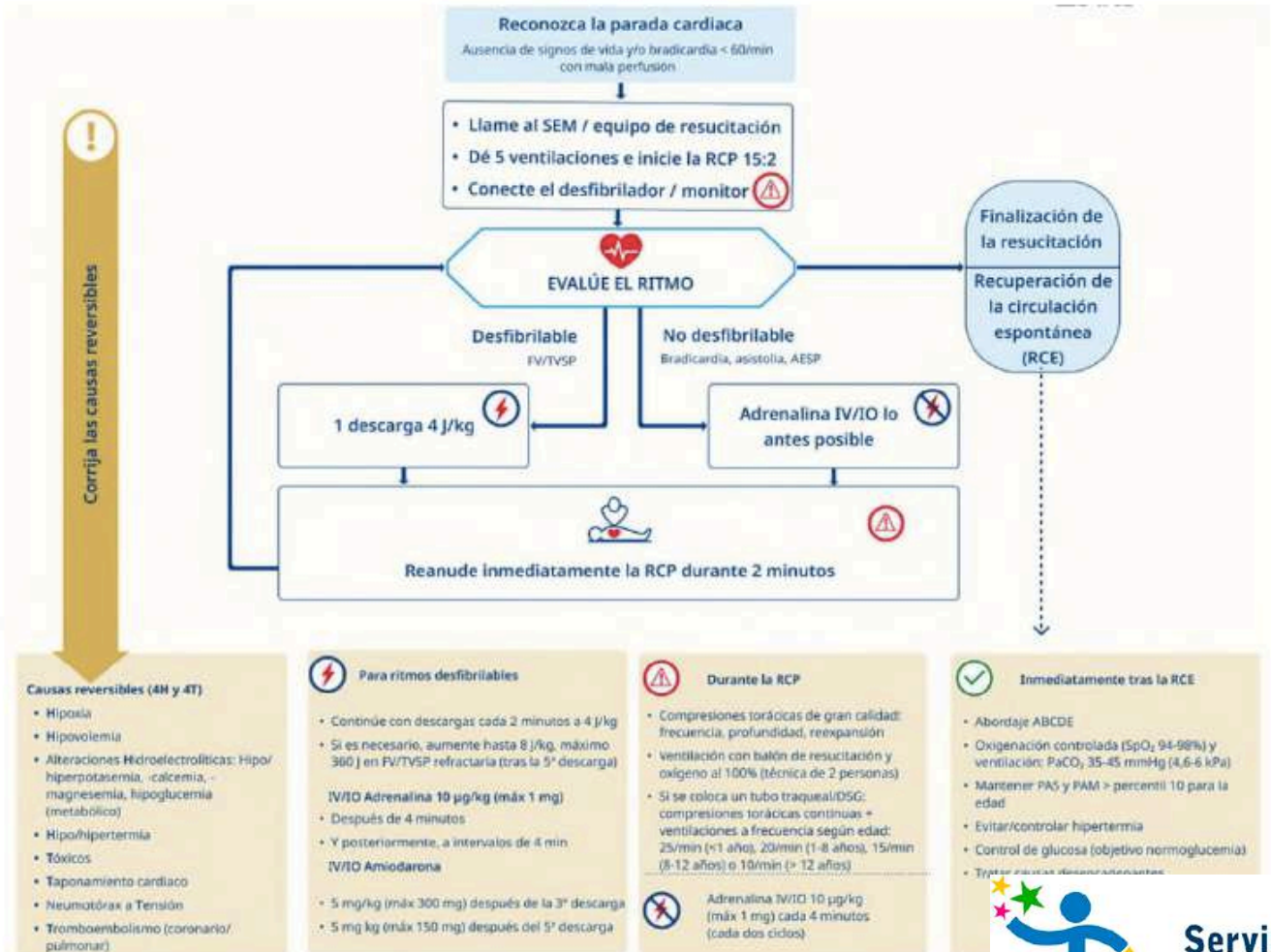
### Parámetros iniciales de ventilación mecánica en patrón obstructivo

Modo	Volumen control
Frecuencia respiratoria	10-20 rpm
Volumen corriente	6-10 ml x Kg peso ideal
PEEP	0-5 cmH <sub>2</sub> O (PEEP total no > 10 cmH <sub>2</sub> O)
Relación I/E	1:3-1:5
Presión meseta	< 30-35 cmH <sub>2</sub> O
Tiempo de pausa	1/3 del tiempo inspiratorio

### Parámetros iniciales de ventilación mecánica en patrón restrictivo

Modo	Volumen control
FiO <sub>2</sub>	Inicial: 1. Ajustar para SatO <sub>2</sub> 90-97% (88-92% si SDRA)
Volumen corriente	Hasta 6 ml x Kg peso ideal (P <sub>plat</sub> ) < 35 cmH <sub>2</sub> O
Frecuencia respiratoria	< 6m: 30-40 rpm 6-24m: 25-30 2-5 años: 20-25 5-10 años: 15-20 >10 años: 15 rpm
PEEP "óptima"	"aquella que mejore la oxigenación del paciente y permita el descenso progresivo de FiO <sub>2</sub> " Objetivo S/F > 235 (P/F 150 – 170) En SDRA: PEEP óptima en torno a 15 cmH <sub>2</sub> O
Relación I:E	1:2 (Ajustar a 1:1, buscando tiempo inspiratorio largo, asegurando que no hay atrapamiento aéreo)
Tiempo de pausa	1/3 del tiempo inspiratorio

## ALGORITMO SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIÁTRICO (ERC Guidelines 2025)



Dra. Tatiana Salvador Pinto. Abril 2026.

4H

4T



HIPOXIA  
HIPOTERMIA  
HIPOVOLEMIA  
HIPOPOTASEMIA

4T



HIPOXIA  
HIPOTERMIA  
HIPOVOLEMIA  
HIPERPOTASEMIA

TAPONAMIENTO  
TROMBOSIS  
TÓXICOS  
NEUMOTÓRAX A  
TENSIÓN



# 4 Cuidados posteriores

## CUIDADOS POSRESUCITACIÓN SEGUIMIENTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

### Vía aérea



- Manejo apropiado de la vía aérea
- Objetivo: vía aérea que permita una oxigenación y ventilación adecuadas

### Respiración



- Pulsioximetría y capnografía continuas
- Ajustar  $FiO_2$  según  $SpO_2$
- Ventilar con frecuencia en el límite bajo de la normalidad y elevación torácica normal
- Objetivo: normoxemia ( $SpO_2$  94-98%) y normocapnia  $PaCO_2$  35-45 mmHg (4,6-6 kPa)

### Circulación



- Monitorización repetida de la presión arterial
- Tratar el shock (líquidos, vasopresores, inotrópicos)
- Monitorizar y tratar las arritmias
- Objetivo: perfusión de los órganos adecuada, PAS y PAM > percentil 10

### Neurológico (Disability)



- Tratar convulsiones
- Tratar hipoglucemia
- Tratar dolor y malestar
- Objetivo: neuroprotección

### Exposición



- Evitar y tratar la hipertermia
- Evitar la pérdida de calor en hipotermia
- Identificar y tratar la causa de la parada cardiorrespiratoria
- Permitir la presencia de la familia
- Objetivo: neuroprotección y prevención de una nueva parada

Guías ERC 2025 para la reanimación cardiopulmonar.



# 5 Debriefing



# 6 Bibliografía

- Greif R, Bhanji F, Bigham BL, et al. *Guías ERC 2025 para la reanimación cardiopulmonar. Resumen ejecutivo (versión en español)*. European Resuscitation Council; 2025.
- López-Herce J, del Castillo J, Pons Morales S, Manrique Martínez I, Sebastián Barberán V, Rodríguez Núñez A, Escudero Lirio M, et al. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica 2026. *Anales de Pediatría*. 2026;S1695-4033(26)00031-7.

# ACTUALIZACIÓN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA

GUÍA ERC 2025

Amanda Santacreu Molines (R1 pediatría HGUA)

santacreu\_ama@gva.es

Tutora: Dra. Salvador

