

Señor Director:

La parada cardiorrespiratoria en la infancia tiene muy mal pronóstico. A pesar de los avances médicos la mortalidad de los niños que sufren una parada cardiorrespiratoria sigue siendo muy elevada y los supervivientes presentan frecuentemente importantes secuelas neurológicas^(1,2). En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo a nivel internacional para unificar las normas de reanimación cardiopulmonar^(3,4), intentar difundir la formación en reanimación cardiopulmonar entre el personal sanitario y la población general^(5,7), y estimular la investigación sobre parada cardiorrespiratoria y reanimación cardiopulmonar⁽⁸⁾.

Un grupo de expertos internacionales reunido en la abadía noruega de Utstein ha realizado unas recomendaciones que intentan estimular y facilitar la realización de trabajos sobre parada cardiorrespiratoria y reanimación cardiopulmonar, y la comparación de los resultados de los distintos estudios. A estas recomendaciones se les ha denominado "Estilo Utstein"^(8,9).

El Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal creado en 1993 es un equipo de trabajo abierto y multidisciplinario, en el que trabajan pediatras especialistas en cuidados intensivos pediátricos, especialistas en medicina intensiva, y pediatras neonatólogos, y que es miembro del Consejo Europeo de Resucitación. El objetivo fundamental del Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal es extender la formación de la reanimación cardiopulmonar pediátrica entre los profesionales sanitarios y la población general. Para ello ha publicado en Anales Españoles de Pediatría las normas de RCP Pediátrica y Neonatal^(5,6), y ha desarrollado las normas de realización de los Cursos de RCP Básica y Avanzada en Pediatría⁽⁷⁾, que están en periodo de difusión en todo el territorio español.

Aunque la parada cardiorrespiratoria en niños es un importante problema sanitario, en nuestro país no se ha realizado ningún estudio amplio sobre sus causas y tratamiento. Ante la inexistencia de datos concretos sobre la realidad española, el Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal ha considerado importante realizar un estudio epidemiológico multicéntrico, que permita el conocimiento de la situación en España, contribuya a extender la concienciación sobre este problema, estimule la investigación, y sirva de base para establecer las prioridades y pau-

Estudio epidemiológico sobre la parada cardiorrespiratoria en la infancia

tas de actuación de un Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal

Para realizar el estudio se ha elaborado un protocolo de acuerdo con las normas internacionales (estilo Utstein). El estudio tendrá una duración de un año, y estará coordinado por el Dr. Jesús López-Herce (Hospital Gregorio Marañón de Madrid) y el Dr. Pedro Domínguez (Hospital Valle de Hebron de Barcelona).

Serán incluidos en el estudio los niños en situación de parada cardíaca y/o respiratoria que cumplan las siguientes condiciones:

1. Edad: 7 días a 16 años

2. Lugar: Se incluirán en él todas las paradas cardiorrespiratorias que ocurran fuera ó dentro del hospital, se inicien o no se inicien maniobras de reanimación cardiopulmonar

3. Definición de parada cardiorrespiratoria: Se incluirán todas las situaciones de parada cardíaca (definida como ausencia de pulso arterial ó bradicardia severa en lactante) y/o respiratoria (definida como respiración ineficaz que requiera ventilación asistida), que ocurran de forma brusca.

No se incluirán en el estudio:

1. Los recién nacidos prematuros ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales

2. Los niños que presenten parada cardiorrespiratoria como suceso final de una enfermedad irreversible ó por retirada de las medidas de soporte vital.

El grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal quiere invitar a participar en el estudio a todos los servicios de pediatría, urgencias pediátricas, cuidados intensivos pediátricos, y servicios de emergencias extrahospitalaria. En cada centro participante existirá un responsable del estudio que coordinará la recogida de datos, y en cada autonomía un coordinador del estudio. Al final del estudio el Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica enviará a cada centro participante los resultados del estudio global, y se realizará una publicación conjunta como estudio multicéntrico, en la que constarán todos los responsables y centros participantes. Independientemente de esta publicación cada centro participante podrá realizar con sus datos las publicaciones que estime conveniente.

Sólo con un esfuerzo amplio y coordinado podremos llevar a cabo este estudio, que permitirá a los pediatras españoles un mejor conocimiento sobre la parada cardiorrespiratoria en niños y la reanimación cardiopulmonar en nuestro país.

Los centros interesados en participar pueden ponerse en contacto con los coordinadores del estudio:

¹Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital G.U. Gregorio Marañón de Madrid. ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Valle de Hebron de Barcelona

Correspondencia: Dr. Jesús López-Herce

Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital G.U. Gregorio Marañón. C/ Dr. Castelo 49. 28009 Madrid

Dr. Jesús López-Herce. Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital G.U. Gregorio Marañón. Madrid. Dr Castelo 49. 28009 Madrid. Tf 91- 5866708

Dr. Pedro Domínguez Sampedro. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Valle de Hebron. Paseo del Valle de Hebron s/n. 08035 Barcelona. Teléfono: 93-427 20 00 (Ext: 2301).

Bibliografía

1. Zaritsky A. Outcome of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med* 1993;**21**: S325- S327.
2. Schindler MB, Bohn D, Cox PN, McCrindle BW, Jarvis A, Edmonds J, Barker G. Outcome of out-of-hospital cardiac or respiratory arrest in children. *N Engl J Med* 1996;**325**:1473-1479.
3. Pediatric Life Support Working Party of the European Resuscitation Council. Guidelines for paediatric life support. *BMJ* 1994;**308**:1349-1355.
4. Nadkarni V, Hazinski MF, Zideman D, Kattwinkel J, Quan L, Bingham R, Zaritsky A, Bland J, Kramer E, Tiballs J. Paediatric Life Support. *Resuscitation* 1997;**34**:115-127.
5. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (1ª parte). *An Esp Pediatr* 1995;**43**:245-251.
6. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (2ª parte). *An Esp Pediatr* 1995;**43**:323-334.
7. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. La formación en reanimación cardiopulmonar pediátrica: cursos de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica y neonatal. *An Esp Pediatr* 1996;**44**:2-6.
8. Zaritsky A, Nadkarni V, Hazinski MF, Foltin G, Quan L, Wright J, Fiser D, Zideman D, O'Malley P, Chameides L, Cummins R. Recommended Guidelines for Uniform Reporting of Pediatric Advanced Life Support: The Pediatric Utstein Style. *Ann Emerg Med* 1995;**26**:487-503.
9. Cummins R, Chamberlain D, Hazinski MF, Nadkarni V, Kloeck W, Kramer E, Becker L, Robertson C, Koster R, Zaritsky A, Bossaert L, Ornato JP, Callanan V, Allen M, Steen P, Connolly B, Sanders A, Idris A, Cobbe S. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital "Utstein style". *Resuscitation* 1997;**34**:151-183.

M. Muñoz-García, J. Valverde-Molina,
P. Díez-Lorenzo, M. Cámara-Simón*

An Esp Pediatr 1998;**48**:333-334.

Sr. Director:

La miositis viral aguda es un cuadro de instauración brusca consistente en mialgias, debilidad muscular de predominio en extremidades inferiores e impotencia funcional. Típicamente existe un período prodrómico de hasta siete días, en el que aparece fiebre y síntomas de infección respiratoria de vías altas o gastrointestinales⁽¹⁻²⁾.

Es una enfermedad autolimitada que con tratamiento sintomático experimenta mejoría en pocos días y a pesar de ser relativamente frecuente, no hay muchos casos descritos en la literatura⁽¹⁾.

Presentamos cuatro casos de miositis aguda benigna que ingresaron en nuestro Hospital, procedentes de la misma Zona de

Miositis viral aguda. ¿Es necesaria la confirmación etiológica?

Salud, en un período de 7 días comprendido entre el 20/1/97 y 27/1/97.

En todos existía un período prodrómico que oscilaba entre 3-5 días, con síntomas de infección de vías respiratorias superiores.

La clínica consistió en aparición brusca de intensas mialgias en miembros inferiores e imposibilidad para la deambulacion, realizando una marcha en puntillas.

En la exploración física no había afectación del estado general, existiendo dolor a la palpación de masas musculares de extremidades inferiores, sin signos inflamatorios externos. La exploración neurológica fue rigurosamente normal.

En los exámenes complementarios realizados destaca leucopenia, PCR negativa y elevación de las cifras de CPK. Se remitieron muestras en fase aguda y convaleciente de suero, exudado faríngeo y heces al Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias de Majadahonda, donde re-

Servicio de Pediatría. *Servicio de Microbiología. Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera (Murcia)

Correspondencia: Jose Valverde Molina.
C/ Galdo, 1 -1°C. 30002 Murcia.