

Protocolo De Reanimación Avanzada En UPC Neonatal

PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatólogo: Dirige RCP, indicar intubación y colocar el catéter venoso si es necesario. • Matrona-Enfermera: Asiste a neonatólogo en intubación, masaje cardíaco, colocación de catéter. Administra medicamentos, verifica que carro de paro se mantenga completo • Técnico paramédico: Asiste en preparación de medicamentos y chequear que carro de paro se encuentra completo y que exista el equipo de reanimación funcionando y completo
EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener carro de paro completo. Revisar semanalmente verificando que insumos y medicamentos estén completos y fecha de caducidad de medicamentos. Registrar en hoja de control de material con la fecha de revisión y firma del responsable. • Revisar al entrar a turno, cada 12 h, que Red central de Oxígeno y aspiración funcione. • Monitor cardiorrespiratorio/saturador de oxígeno existente en cada unidad del paciente, una bolsa y mascarilla de reanimación adecuado para recién nacido.
ACTIVIDADES	<p>Según recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, seguir los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar RN en cuna de procedimientos, calefaccionar, limpiar vía aérea y estimular. • Evaluar frecuencia cardíaca, respiración (A) <ul style="list-style-type: none"> ○ RN con cianosis, FC > 100 y respirando: Monitorizar saturación de O₂. Considerar uso de Cpap • Evaluar frecuencia cardíaca, respiración a los 30 segundos <ul style="list-style-type: none"> ○ RN con FC < 100 ó en Apnea. Iniciar ventilación a presión positiva : 40-60/min • Evaluar frecuencia cardíaca, respiración a los 30 segundos <ul style="list-style-type: none"> ○ Si respira, FC > 100 y rosado monitorizar saturación de O₂ : Usar aire ambiental ○ Si FC < 60,* <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventilación a presión positiva. Usar oxígeno FiO₂ 40% ▪ Iniciar masaje cardíaco : 3 compresiones/1 ventilación cada 2 segundos • Evaluar frecuencia cardíaca, respiración a los 30 segundos <ul style="list-style-type: none"> ○ Si FC > 60 continuar con paso 2 ○ Si FC < 60 con ventilación a presión positiva y masaje cardíaco * <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adrenalina 1:10,000 :0,3 ml/kg vía endotraqueal o 0,1 ml/kg endovenosa <ul style="list-style-type: none"> • Mezclar 0,1 cc de ampolla epinefrina con 0,9 cc de agua destilada ▪ Ventilación a presión positiva. Usar oxígeno 100% ▪ Masaje cardíaco • Evaluar frecuencia cardíaca, respiración a los 30 segundos <ul style="list-style-type: none"> ○ Si FC > 60 continuar con paso 2 ○ Si FC < 60 con ventilación a presión positiva, masaje cardíaco y adrenalina: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar efectividad de ventilación ▪ Masaje cardíaco ▪ Intubación endotraqueal ▪ Administración de adrenalina ▪ Hipovolemia: Suero Fisiológico 10 ml/kg en 5 a 10 minutos ▪ Acidosis metabólica severa: Bicarbonato Na 2 meq/kg en 2 minutos (diluir 1:1).

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia cardíaca, respiración a los 30 segundos <ul style="list-style-type: none"> ○ Si FC > 60 continuar con paso 2 <p>* Considere intubación endotraqueal en los pasos indicados</p>
CONSIDERACIONES ESPECIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Si no responde a RCP considerar presencia de neumotórax • Ventilación efectiva: Si hay expansión de tórax y auscultación simétrica • Intubación endotraqueal efectiva: Si hay vapor en TET, expande tórax y RN se recupera • La reanimación debería detenerse a los 10 minutos si el recién nacido persiste en asistolia • Administrar O2 según tabla saturación y minutos de vida recomendada por AAP
INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatólogo informa a padres la condición del recién nacido.

Bibliografía:

1. Joint Committee on Infant Hearing: American Academy of Pediatrics. American Academy of Audiology Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs Pediatrics 2007; 120: 898-921
2. Berg A, Spitzer J, Towers H, Bartosiewicz and Diamond B. Newborn Hearing Screening in the NICU: Profile of Failed Auditory Brainstem Response/Passed Otoacoustic Emission. Pediatrics 2005;116:933-997