

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN SALA CUNA.

DETECCION Y COMUNICACIÓN

- Trabajador de Clínica Indisa que sea testigo del deterioro clínico: respiratorio, hemodinámico que presenta un paciente hospitalizado o en atención ambulatoria, en cualquiera de las torres A, B, C y D, debe **activar clave de emergencia: Código Celeste, según se muestra en tabla.**

FORMATO DE LLAMADA: ACTIVACIÓN CODIGO CELESTE.

1. Llamada al 5999 desde anexo o al 227955999 desde celulares
2. Código paciente Neonato → CELESTE
3. Identifica el lugar en que ocurre la emergencia: piso, torre y si es pertinente, Nº de habitación o box.
4. Nombre de quien realiza el llamado.

Estos puntos deben ser repetidos 2 veces

Ejemplo:

Código celeste, tercer piso, torre B, Sala Cuna, Juanita...

Código celeste, tercer piso, torre B, Sala Cuna, Juanita...

Roles Del Equipo De Salud durante la reanimación:

1. FUNCIONES DEL MÉDICO:

- Lidera y se involucra directamente en las maniobras de RCP, da instrucciones e indica acciones a realizar y medicamentos a administrar por enfermera/matrona.
- Dirige y se asegura que las maniobras sean realizadas correctamente.
- Intuba al paciente si lo requiere y verifica correcta posición del TET.
- Controla y se encarga de la ventilación y oxigenación asistida, con resucitador manual.
- Deriva al paciente a recinto o unidad correspondiente.
- Informa a la familia una vez superada la emergencia.

2. FUNCIONES DEL PROFESIONAL 1: Enfermera/Matrona

- Alertada de emergencia médica acude al lugar correspondiente, solicitando el Carro de Paro.
- Verifica nivel de conciencia, respiración, permeabilidad de vía aérea, circulación.
- Evalúa al paciente y define tipo de emergencia, solicita y verifica activación de llamado de emergencia, si el caso lo amerita.
- No abandona al paciente e inicia maniobras de RCP, si se requiere.
- Dirige al equipo de enfermería mientras llega el médico.
- Asiste al médico en intubación y ventilación del paciente.

3. FUNCIONES DEL SEGUNDO PROFESIONAL: Enfermera/Matrona del servicio o la que acude con médico al llamado.

- Instala monitor cardíaco.
- Permeabiliza vía venosa. (2 en lo posible:1 drogas y 1 volumen)
- Prepara drogas, medicamentos, sueros y los administra.
- Toma exámenes sanguíneos.
- Programa desfibrilador y prepara paletas para descarga.

NOTA: Si el llamado es fuera de las dependencias de pacientes neonatos, se debe acudir al llamado con el maletín de emergencia neonatal ubicado en UPC Neonatal.

4. FUNCIONES AUXILIAR DE ENFERMERIA 1

- Conecta aspiración y oxigenoterapia, prepara todos los materiales para ello, dejando en condiciones de uso.
- Instala monitor de signos vitales, controla y registra.
- Instala tabla de Paro si corresponde.
- Releva a profesional Nº 1 en masaje cardíaco.

5. FUNCIONES DE SEGUNDO Y TERCER AUXILIAR DE ENFERMERIA.

- Asiste al profesional Nº2 en la instalación de vía venosa y en la preparación de drogas, medicamentos, sueros y toma de exámenes.
- Realiza acciones que sean solicitadas por médico o por enfermera/matrona.
- Registra hora de inicio de maniobras de RCP.
- Registra todos los medicamentos, drogas y soluciones parenterales usadas y las descargas del desfibrilador.

6. FUNCIONES DEL AUXILIAR DE SERVICIO

- Traslada Carro de paro al lugar de la emergencia.
- Transporta balón de oxígeno e incubadora de transporte si corresponde.
- Permanece en la puerta de la unidad o lugar de la emergencia en espera de traslado de exámenes.
- Traslada exámenes y regresa rápidamente al lugar.
- Colabora en traslado del paciente si es que corresponde.

7. OBSERVACIONES

- El personal que queda fuera de las maniobras debe informar la situación del paciente a los familiares que están presentes en la clínica.
- Mientras dure la emergencia el personal de enfermería que queda afuera, se debe hacer cargo de todos los pacientes del servicio.
- Profesional Nº1 determinará si libera de la atención de emergencia a alguno de los auxiliares de enfermería participantes.

PUNTOS DE ENFASIS.

- **Si el RN se encuentra fuera de las dependencias de Sala Cuna el equipo que responde a Código Celeste decide el momento del traslado a UPC de neo**
- Importancia del registro correcto y la revisión semanal y cada vez que se abra del Carro de Paro y maletín de traslado.
- Importancia de la revisión en cada turno de los cupos, verificando funcionamiento de bolsa de reanimación y flujómetro de oxígeno bien conectado y funcional, aspiración funcionando y silicona de 3 metros y sonda aspiración N°10 en cada cupo.
- **En Sala cuna, aunque haya médico presente SIEMPRE se debe activar Código Celeste si corresponde.**

RN CON APNEA.

- **Activar Código Celeste**
- Estimular, si respira, aplicar protocolo.
- Si no respira, colocar en cuna radiante, proporcionar calor, posicionar, verificar permeabilidad de vía aérea y si es necesario, aspirar, volver a estimular. De manera paralela iniciar monitorización.
- Si respira, mantener en observación monitorizado según protocolo.
- Si no respira, se suma ventilación a presión positiva con bolsa de reanimación conectada a flujómetro de 15 litros proporcionando 10 lts/min.

CONSIDERACIONES:

1. La succión de la nasofaringe puede generar bradicardia.
2. Mantener al paciente en posición de olfateo.
3. Formas de estimular: 2 palmaditas en plantas de pies o frotar suavemente la espalda, el tronco o las extremidades.
4. NUNCA: palmotear la espalda, estrujar la jaula torácica, aplicar el muslo sobre el abdomen, dilatar el esfínter anal, sacudir o usar compresas frías o calientes o bañar.
5. Siempre instalar sensor de saturación en mano derecha (preductal).
6. Siempre administrar oxígeno con monitorización previa para no dar oxígeno de mas.

ACTIVIDADES DURANTE REANIMACION:

Según recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, seguir los siguientes pasos:

1. Posicionar RN en cuna de procedimientos, calefaccionar, limpiar vía aérea y estimular.
2. Dar VPP cuando el paciente se mantenga en apnea o con FC menor a 100lat/min.
 - Presión inicial de 20 a 25 cm de H2O-
 - Dar 20 a 30 VPP en 30 segundos: Ventila(aprieta), dos(suelta), tres, ventila, dos, tres.
3. Cuando se inicia VPP instalar monitor cardiaco para evaluación de FC.
 - Cuando se inicia la VPP el asistente escucha la recuperación de la FC auscultando los primeros 15 segundos.
 - VPP EFECTIVA=AUMENTO DE FC.
 - Si con VPP no mejora y no logra expansión del tórax aplicar MRSOPA:
 - **Máscara:** Ajustela, debe cubrir boca, nariz y mentón. Nunca debe presionar los ojos.
 - **Reposicione** la vía aérea, cabeza en posición de olfateo.
 - **Succión** de boca y nariz, verifique presencia de secreciones y aspire si es necesario.
 - **Boca abierta,** ventile con boca ligeramente abierta.

- Presión verifique la presión correcta que mueva el tórax.
 - Alterne a otra vía aérea. Intubación o máscara laríngea
4. Iniciar Compresiones torácicas con FC menor a 60 lat/min, y VPP por mas 30 segundos que expanda los pulmones.
- Se sugiere realizar compresiones torácicas con paciente intubado o con máscara laríngea.
 - Si se intuba, usar TET Nº 3,5 en paciente de más de 2 kg. y más de 34 semanas.
 - La profundidad del TET se determina con la tabla de peso en **kg. + 6 cm.**
 - La técnica para masaje cardiaco utilizada es la de los pulgares.
 - La persona que hace las compresiones lo hace desde la cabecera.
 - Se comprime en el tercio inferior del esternón.
 - Se deprime 1/3 del diámetro anteroposterior del tórax.
 - Se dan 3 compresiones y 1 VPP: uno y dos y tres y ventila.
 - Si la causa es cardiaca se dan 15 compresiones y 2 VPP.
 - Las compresiones torácicas se dan por 60 seg antes de comprobar la FC.
5. Uso de medicamentos:
- a) EPINEFRINA se indica con:
- FC menor a 60 lat/min.
 - Después de 30 seg de VPP que expande el tórax idealmente por TET o Máscara laríngea.
 - Después de otros 60 seg de compresiones torácicas coordinadas con VPP usando 100% de oxígeno.
 - Considerar una dosis endotraqueal de epinefrina mientras se consigue el acceso intravascular. Si la primera dosis se da a través del tubo endotraqueal y la respuesta no es satisfactoria se puede repetir la dosis, que se debe de dar tan pronto como se obtenga acceso con catéter venoso umbilical (CVU) o intraóseo de urgencia (no espere 3-5 min después de la dosis endotraqueal).
- Preparación de Epinefrina:
- Viene 1mg/ml = 1:1000
 - En RN administrar epinefrina 1:10000. Preparar sacando 1cc de epinefrina + 9 cc de SF.
 - Dosis EV 0,01 a 0,03 mg/kg= 0,1 a 0,3 ml/kg de epinefrina 1:10000.
 - Administrar rápidamente, no se recomiendan dosis EV altas.
 - Si no se cuenta con vía EV, se puede dar 0,05 a 0,1 mg/kg vía ET.
- b) Soluciones recomendadas
- Suero fisiológico 10ml/kg. En 5 a 10 minutos.
 - Sangre OIV Rh Negativo.
 - El catéter umbilical es la vía preferida para obtener acceso vascular. La vía intraósea es una alternativa razonable.
 - Toda la medicación y líquidos que se pueden infundir a través del catéter venoso umbilical pueden ser infundidos a través de una vía intraósea en niños término y pretérmino.

Actividades a realizar en cada turno.

- Mantener carro de paro de sala cuna 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, bolsa y máscara de reanimación neonatal.

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
3. Myra Wyckoff ,Khalid Aziz, Marylin Escobedo, Vishal Kapadia, John Kattwinkel, Jeffrey Perlman, Wendy Simon, Gary Weiner, and Jeanette Zaichkin. Part 13: Report Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care *Pediatrics* published online Oct 14, 2015