



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA

Servicio de Anestesiología y Reanimación del CHGUV

Amparo Izquierdo Aicart (MIR 1)

Dra. Ana Martín Martín (FEA)

Sesión de Formación Continuada



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

EDADES PEDIÁTRICAS EN RCP

Recién
nacido

- Sala de partos

Lactante

- Hasta los 12 meses

Niño

- 1-13 años



INDICACIONES DE RCP

Parada respiratoria

Parada cardiorespiratoria

Inestabilidad hemodinámica, respiratoria
o neurológica

NO REANIMAR :

- Terminal
- Signos de muerte biológica
- RN <23sem o 400g o anomalías congénitas severas incompatibles con la vida

ANTE LA DUDA REANIMAR SIEMPRE



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

PACIENTE PEDIÁTRICO INESTABLE

- Signos de insuficiencia respiratoria?
- Taquicardia?
- **Bradicardia?** Signo de gravedad
- Disminución de pulsos periféricos, tensión arterial, perfusión periférica, diuresis, disminución de volumen intravascular
- Alteración nivel de conciencia.

PREVENCIÓN DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

SIGNOS DE PARADA CARDÍACA PEDIÁTRICA:

AUSENCIA DE PULSO

- Apnea o respiración agónica
- Ausencia de respuesta al dolor (coma)
 - Ausencia de signos vitales
- Palidez y cianosis importante



RECOMENDACIONES 2015



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

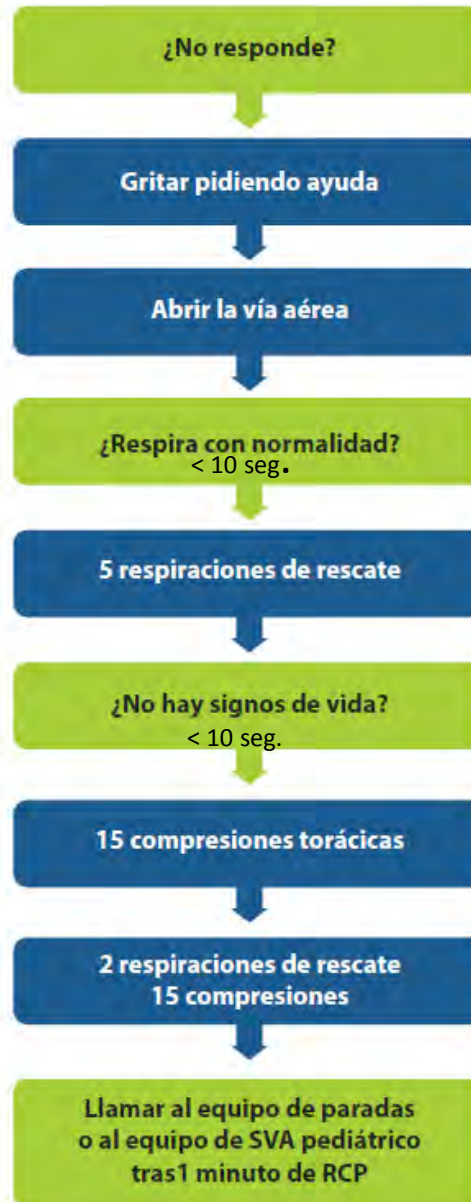
RCP PEDIÁTRICA BÁSICA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

SOPORTE VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO

A B C



Ver , oír , sentir



SAR

BUSCA NEONATOS: 446907

BUSCA ANESTESIA: 52001

Continuada
17

SOPORTE VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO

A B C

¿No responde?

Gritar pidiendo ayuda

PRINCIPALES DIFERENCIA CON RESPECTO A RCP ADULTOS:

- Iniciar 1 minuto de RCP antes que pedir ayuda (excepto si > 1 reanimador, o sospecha de causa cardíaca)
- 5 respiraciones de rescate
- Secuencia 15:2

entir

15 compresiones torácicas

2 respiraciones de rescate
15 compresiones

Llamar al equipo de paradas
o al equipo de SVA pediátrico
tras 1 minuto de RCP

Continuada
)17

SAR

BUSCA NEONATOS: 446907

BUSCA ANESTESIA: 52001



VENTILACIONES DE RESCATE

1 SEGUNDO
AL MENOS 2 EFECTIVAS

- Extraer cuerpos extraños visibles
- Recolocar al paciente hasta ser efectivas
- Si no iniciar compresiones

LACTANTE	Ventilación boca-boca/nariz	20 ventilaciones/ minuto	Posición r Evitar colapso de partes blandas.
NIÑOS	Ventilación boca-boca	12 ventilaciones / minuto	Hiperextensión



HGUV

Valencia 20 de mayo de 2011

ruada

	PULSO	COMPRESIONES TORÁCICAS
LACTANTE	Braquial, femoral	<ul style="list-style-type: none"> - Compresión con dos dedos - Técnica del abrazo (2 reanimadores)
NIÑO	Carotídeo, femoral	<ul style="list-style-type: none"> - Compresión con talón de la mano (1 o 2 manos)



Compresiones 100-120 lpm:
 -4 cm profundidad en lactantes
 - 5 cm en niños
 Permitir la reexpansión del tórax



¡UV Sesión de Formación Continua
 Valencia 29 de Mayo de 2017



CONSORCIO
 HOSPITAL GENERAL
 UNIVERSITARIO
 DE VALENCIA

OBSTRUCCIÓN VÍA AEREA (OVACE)

- Sospechar ante inicio **BRUSCO**, tos/atragantamiento y antecedente de comer o jugar con objetos pequeños

NO realizar compresiones abdominales en el lactante

TOS EFECTIVA

- Estimular a toser
- Vigilancia

TOS NO EFECTIVA

• CONSCIENTE

5 Golpes en la espalda

• INCONSCIENTE

-Abrir la vía
-Iniciar RCP

- Compresiones abdominales en niño
- Torácicas en el lactante



RCP PEDIÁTRICA AVANZADA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

Soporte Vital Avanzado Pediátrico

¡Primeros 8 minutos!

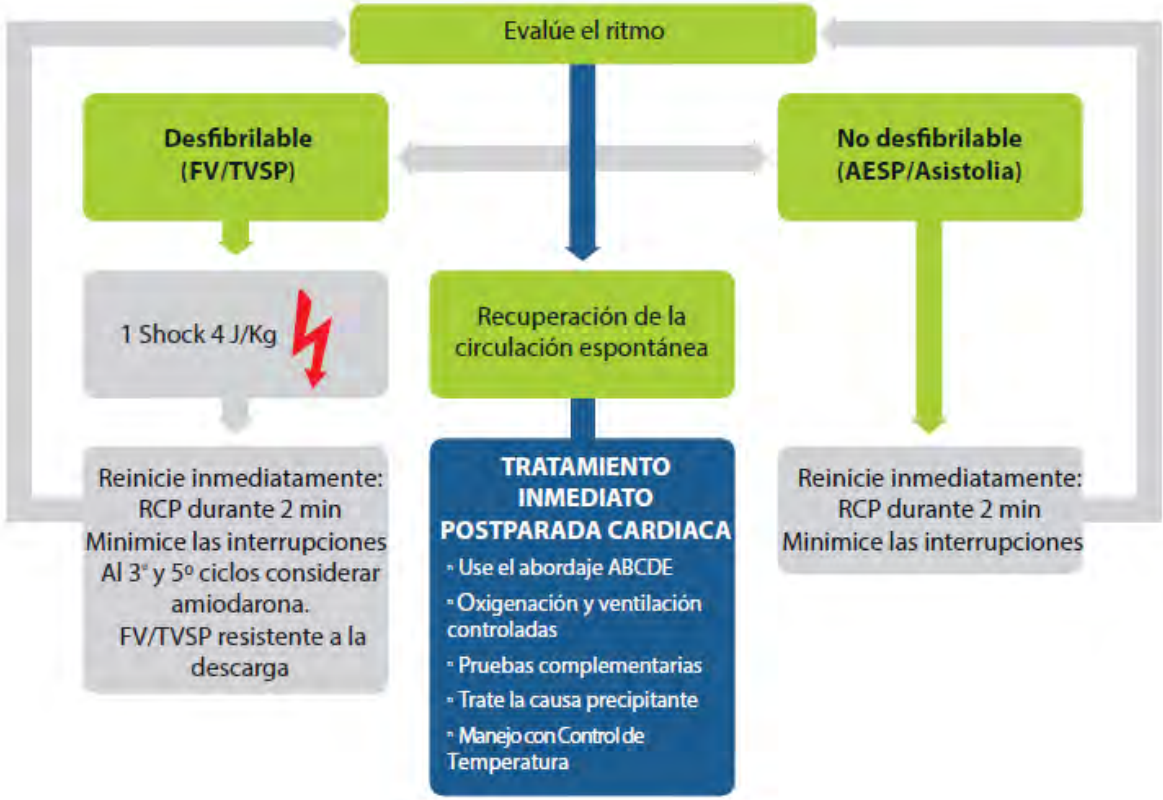
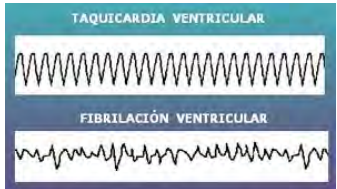


¿No responde y no respira con normalidad o gasping ocasional?

RCP(5 ventilaciones iniciales, seguidas 15:2)
Conecte el monitor/desfibrilador
Minimice las interrupciones

LLame al
Equipo de Resucitación
(si está solo, 1 min RCP primero)

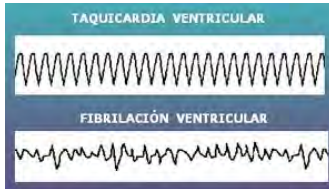
NEONATOS
446907
ANESTESIA
52001



Valencia 29 de Mayo de 2017

Soporte Vital Avanzado Pediátrico

¡Primeros 8 minutos!



¿No responde y no respira con normalidad o gasping ocasional?

DURANTE LA RCP:

- Conseguir ventilación y oxigenación adecuadas: administrar **oxígeno 100%**
- Asegurar **compresiones de alta calidad**, minimizando las interrupciones
- Considerar **vía aérea avanzada** y capnografía: IOT o dispositivos supraglóticos
- Acceso vascular** (intravenoso o intraóseo)
- Adrenalina cada 3-5 minutos y considerar expansión de volumen si hipovolemia.

Lame al
de Resucitación
(1 min RCP primero)

NEONATOS
446907
ANESTESIA
52001



CAUSAS REVERSIBLES:

4H Y 4T

- Hipoxia, hipovolemia, Hipotermia, Hipo/hiperkalemia
- Trombosis, Neumotórax a tensión, Taponamiento, Tóxicos.

...es **continuas** cuando se tenga vía aérea ventilación con presión positiva a hasta RCE.

- Trate la causa precipitante
- Manejo con Control de Temperatura

Valencia 29 de Mayo de 2017

La IOT es el método más seguro y efectivo para mantenimiento la vía aérea

	Sin balón	Con balón
Neonatos prematuros	Edad gestacional en semanas /10	No se utilizan
Neonatos a término	3,5	No se utilizan habitualmente
Lactantes	3,5-4,0	3,0-3,5
Niños 1-2 a	4,0-4,5	3,5-4,0
Niños > 2a	Edad/4+4	Edad/4 + 3,5*

> 2 años edad (años)/4+4



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

La IOT es el método más seguro y efectivo para mantenimiento la vía aérea

	Sin balón	Con balón
Neonatos prematuros	Edad gestacional en semanas /10	No se utilizan
Neonatos a término	3,5	No se utilizan habitualmente
Lactantes	3,5-4,0	3,0-3,5
Niños 1-2 a	4,0-4,5	3,5-4,0
Niños > 2a	Edad/4+4	Edad/4 + 3,5*



> 2 años **edad (años)/4+4**

- Los tubos con o sin balón IGUAL de seguros para lactantes y niños.
En neonatos usar tubos sin balón
- **Evitar presión excesiva de balón** en niños (evitar estenosis secundaria):
monitorizar presión de inflado y mantener < 25 cmH2O
- Durante la RCP 10 resp/minuto y sin sincronizar con el masaje. Una vez RCE ventilar según edad: de 12 a 30 resp/minuto para conseguir normocapnea.
 - Monitorización con Capnografía



Efficacy of Chest Compressions Directed by End-Tidal CO₂ Feedback in a Pediatric Resuscitation Model of Basic Life Support

Jennifer L. Hamrick, MD; Justin T. Hamrick, MD; Jennifer K. Lee, MD; Benjamin H. Lee, MD; Raymond C. Koehler, PhD; Donald H. Shaffner, MD

Background—End-tidal carbon dioxide (ETCO₂) correlates with systemic blood flow and resuscitation rate during cardiopulmonary resuscitation (CPR) and may potentially direct chest compression performance. We compared ETCO₂-directed chest compressions with chest compressions optimized to pediatric basic life support guidelines in an infant swine model to determine the effect on rate of return of spontaneous circulation (ROSC).

Pediatr Res. 2017 Apr 12. doi: 10.1038/pr.2017.26. [Epub ahead of print]

Continuous capnography monitoring during resuscitation in a transitional large mammalian model of asphyxial cardiac arrest.

Chandrasekharan P¹, Vali P², Rawat M¹, Mathew B¹, Gugino SF¹, Koenigsknecht C¹, Helman J¹, Nair J¹, Berkelhamer S¹, Lakshminrusimha S¹.

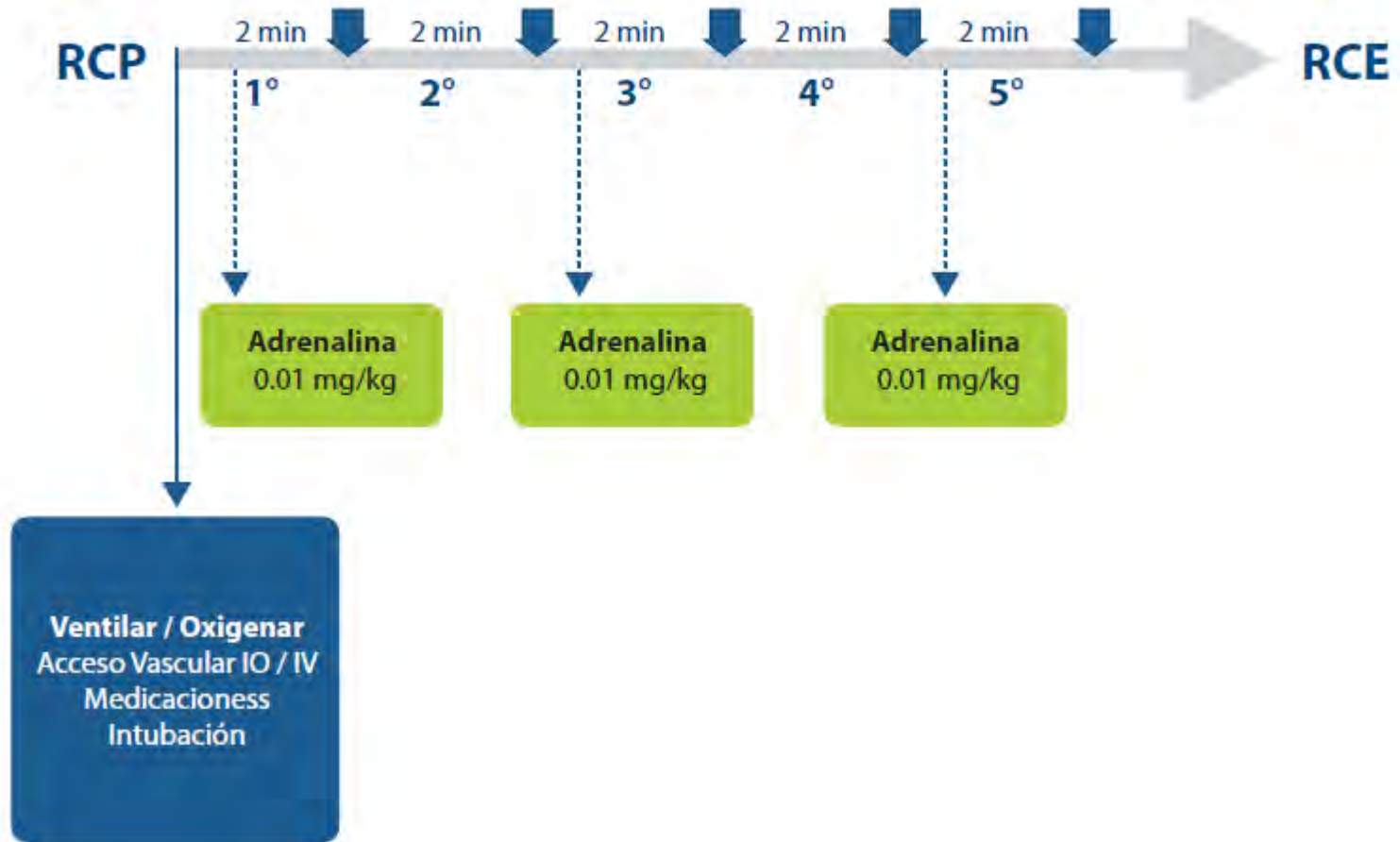
⊕ Author information

CONCLUSION: In a large mammalian model of perinatal asphyxia, continuous ETCO₂ monitoring predicted adequacy of CC and detected ROSC. These findings suggest ETCO₂ in conjunction with other devices may be beneficial during CC and predict ROSC. *Pediatric Research* (2017); doi:10.1038/pr.2017.26.



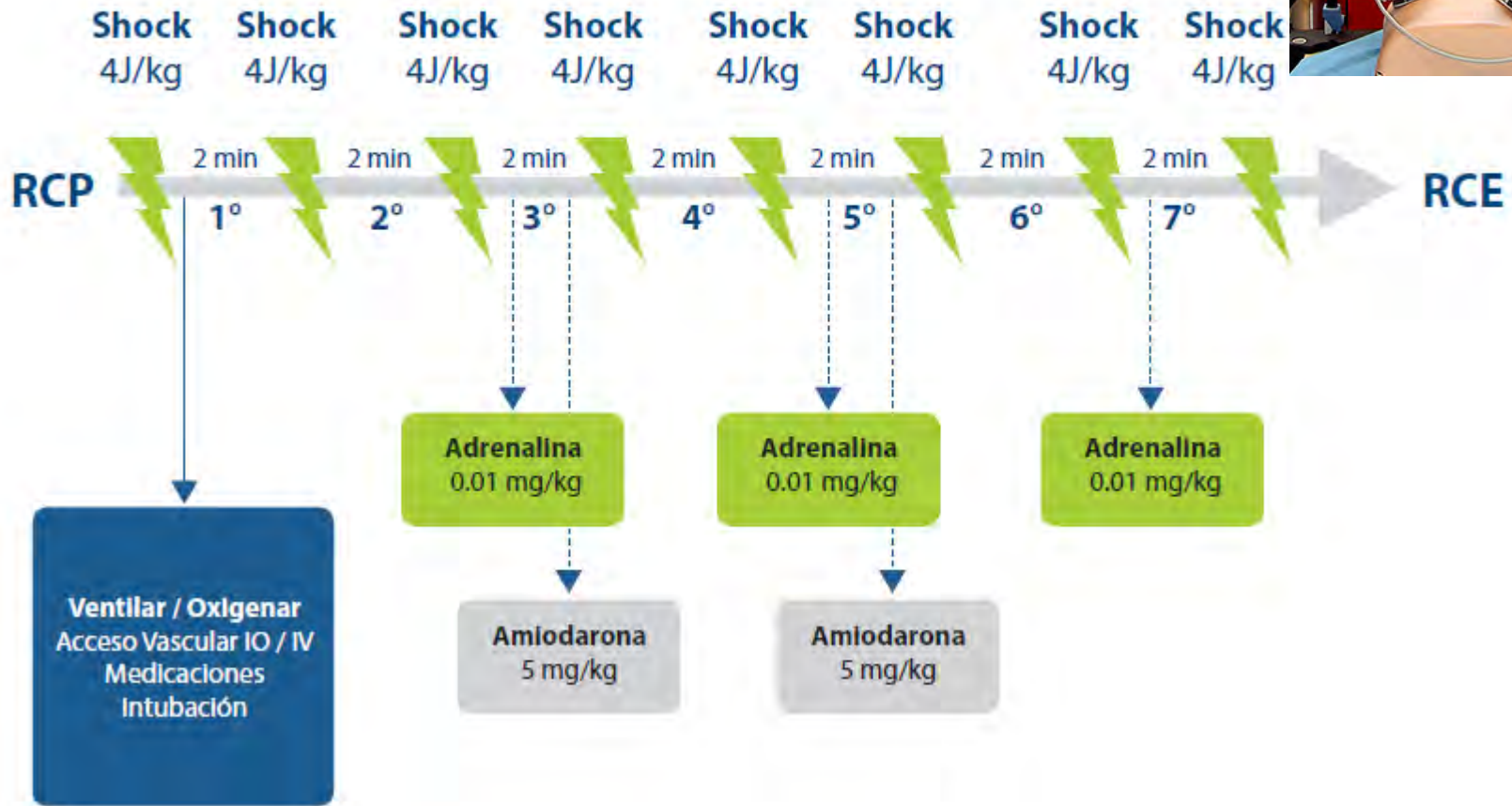
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

PARADA CARDIACA: RITMO NO DESFIBRILABLE



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

PARADA CARDIACA – RITMO DESFIBRILABLE



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

ARRITMIAS GRAVES SIN PCR

ABC

- ABRIR VÍA AÉREA
- OXIGENOTERAPIA Y VENTILACIÓN SI PRECISA
- MONITORIZACIÓN: ECG o DAI y **VALORAR RITMO CARDÍACO**
 - FRECUENCIA
 - REGULAR O IRREGULAR
 - QRS ESTRECHO (<0,08 seg) o ANCHO (>0,08 seg)
- **ESTABILIDAD HEMODINÁMICA**



ARRITMIAS GRAVES SIN PCR

QRS ESTRECHO

<0,08

Taquicardia

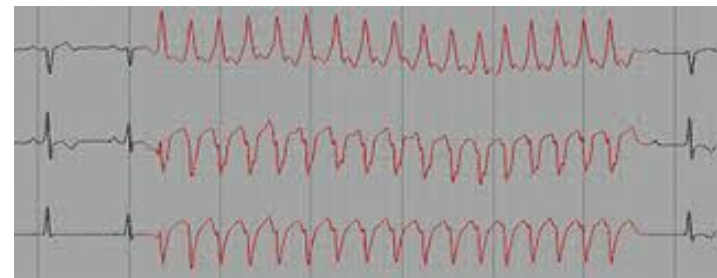
supraventricular



ANCHO

>0,08

Taquicardia ventricular



ESTABLE

MANIOBRAS VAGALES
ADENOSINA 0,1/0,2/0,2mg/kg

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA SINCRÓNIZADA
1° 1J/Kg
2° 2J/Kg

AMIODARONA O PROCAINAMIDA

INESTABLE

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA SINCRÓNIZADA
1° 1J/Kg
2° 2J/Kg

AMIODARONA O PROCAINAMIDA
si refractaria a un 2º choque

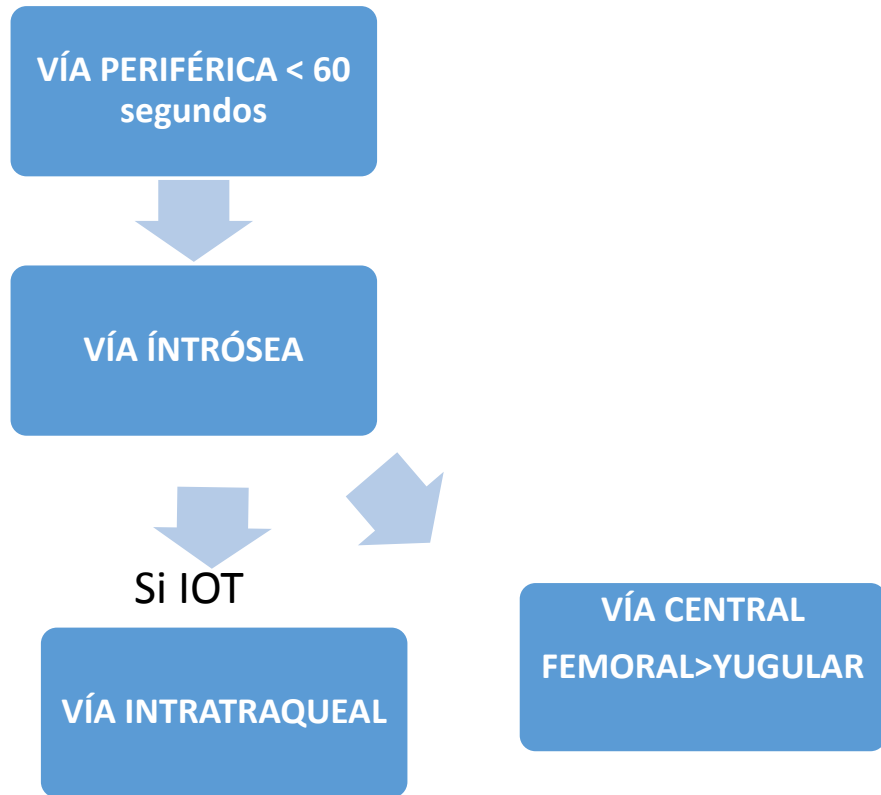
ESTABLE

AMIODARONA O PROCAINAMIDA



ACCESO VASCULAR

Si no se consigue canalizar vía venosa en < 1 minuto, canalizar vía intraósea



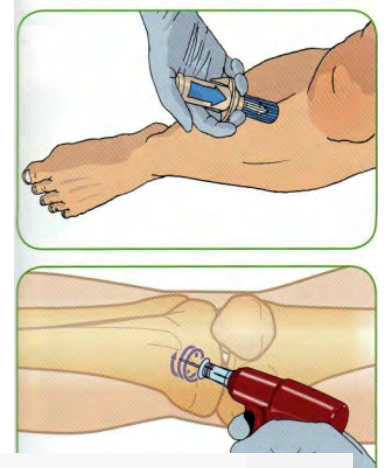
- No aconsejada para Administración de fármacos
- Adrenalina x10
- No Bicarbonato, Calcio

Acceso vascular a largo plazo más seguro



VÍA INTRÓSEA

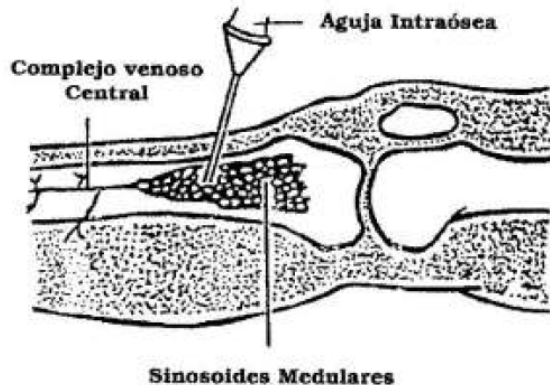
- Vía rápida y segura para infundir todo tipo de fármacos, fluidos y productos sanguíneos
- Cavidad medular de huesos largos rica en capilares sinusoidales que drenan a un gran seno venoso central
- Respetar zona de crecimiento (metáfisis)
- Permite extracción de muestras
- Mantener máximo 24-72 horas**
- 3 tipos de vías intraóseas:
 - .aguja manual (24h)
 - .pistola
 - .taladro (hasta 72h)
 - . Agujas aspirado MO o punción lumbar



VÍA INTRÓSEA

- . <6 años: 2-3 cms por debajo de la tuberosidad tibial (cara antero-interna)
- . >6 años: 2-3 cms por encima de maleolo interno, en cara medial de la tibia.
- Otros: fémur distal, cresta ilíaca, húmero proximal,

MANTENER MÁXIMO 24 -72h



Complicaciones: extravasación, embolización grasa y médula ósea, osteomielitis, síndrome compartimental, fractura, necrosis cutánea.

Técnica: 90º perpendicular y avanzar en movimiento rotatorio.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 29 de Mayo de 2017



FÁRMACOS

ADRENALINA

AMIODARONA

ADENOSINA

ATROPINA

VASOPRESINA

BICARBONATO

CALCIO

MAGNESIO



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Mayo de 2017

ADRENALINA (1amp=1mg=1ml)

- iv o io: **0,01mg/kg Adrenalina 1:1.000 (máx.1mg)**



1ml de Adrenalina 1:1.000 (una ampolla de A) + 9ml de suero

Adrenalina 1:10.000

0,1 ml/kg de la dilución de Adrenalina 1:10.000

- intratraqueal : **0,1 mg/kg de Adrenalina 1:1.000**



0,1ml/kg de A: 1.000 SIN DILUIR

Cada 3-5min.

Máximo 1mg de Adrenalina en dosis única

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 29 de Mayo de 2017



AMIODARONA (1amp=3ml=150mg)

5mg/kg  0,1ml/kg

- Bolo rápido
- No mezclar con otros antiarrítmicos
- **Repetir hasta máximo 15mg/kg/día**

MAGNESIO

50 mg/kg

- TV Torsades de puntas
- Hipomagnesemia documentada



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

BICARBONATO

Bicarbonato
1Molar=8,4%

1mEq=1mmol=1ml

Dosis: 1mEq/kg=1mmol/kg

- . PCR PROLONGADA O CON ACIDOSIS METABÓLICA CONFIRMADA
- . HIPERPOTASEMIA
- . INTOXICACIÓN POR TRICÍCLICOS

Diluir a la mitad con suero salino (1mEq=2ml) para evitar la carga osmótica

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017



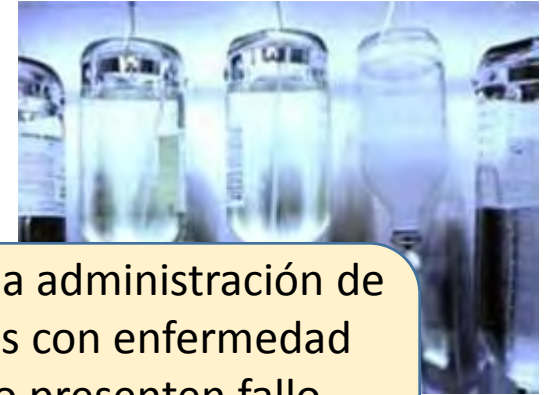
Otros fármacos

ATROPINA	<ul style="list-style-type: none"> • 0,02 mg/kg (dosis mínima de 0,1 mg) Máx. 1 mg en niños y 2 mg en adolescentes. 	Bradicardia secundaria a estimulación vagal o fármaco colinérgico
CALCIO	<ul style="list-style-type: none"> • 0.2 ml/kg de cloruro cálcico al 10% (equivalente a 5.4 mg/kg de calcio elemental). 	Hipocalcemia, Hiper magnesemia, Hiperpotasemia, sobredosis de bloqueantes del Ca
ADENOSINA	<ul style="list-style-type: none"> • 100 microg/kg bolo (máx. 6 mg) • 2º dosis hasta 200 microg/Kg (máx. 12 mg) + suero de arrastre 	Taquicardia supraventricular
GLUCOSA	5-10 ml/kg de glucosa 10%	Hipoglucemia documentada
NALOXONA	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 a: 100 microg/kg (max.2 mg) • >5 a: 2 mg iv,io,im <p>Se puede repetir cada 3 min Infusión continua:10-160µg/kg/h según respuesta clínica</p>	Intoxicación por opiáceo

NO administrar durante RCP líquidos que contengan glucosa a menos que Hipoglucemia documentada



FLUIDOS



Bolo expansión
CRISTALOIDES
ISOTÓNICOS
20ml/kg iv /io

Precaución en la administración de fluidos a niños con enfermedad febril que no presenten fallo circulatorio

↓

CRISTALOIDES
10/20ml/kg
10-60min

Shock hemorrágico

↙ ↘

COLOIDES

HEMODERIVADOS



DESFIBRILADORES EXTERNOS

- Parches autoadhesivos de elección.
- Suficientemente separados entre sí (anterolateral>anteroposterior)
- Palas o parches lo más grandes posibles:
 - Lactantes o <10kg4,5cms
 - >1 año8-12cms (adulto)
- Modo Asincrónico en la PCR y ritmo desfibrilables
- Asegurar una correcta ventilación



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 29 de Mayo de 2017



DEFIBRILADORES EXTERNOS

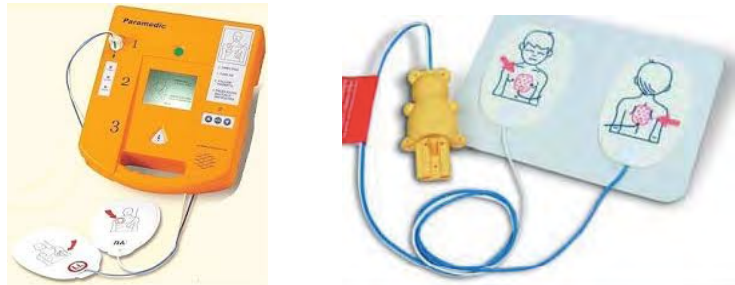
MANUALES (DEMs)

- Personal cualificado
- Ámbito sanitario
- Ajustar a 4J/KG



SEMIAUTOMÁTICOS (DESA o DEA)

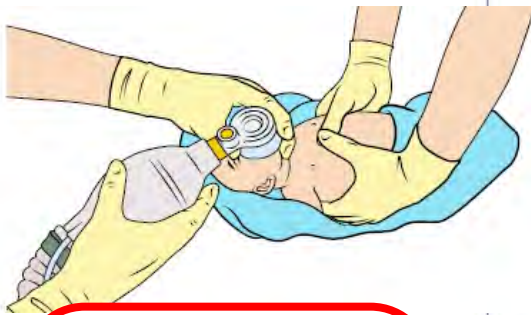
- Cualquier persona
- Cualquier lugar
- **ATENUADOR DE DOSIS en < 8 años.**
 - 1-8 años.....50-75J
 - >8 años.....150-360J (adulto)
 - <1año.....NO EVIDENCIA DE SU USO



RCP EN EL RECIÉN NACIDO



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017



(Consejo antenatal)
Puesta en común del equipo y comprobación del equipamiento

Nacimiento

Seque al niño
Mantenga la temperatura normal
Inicie el reloj o anote la hora

Valore (tono), respiración y frecuencia cardiaca

Si está en gasping o no respira:
Abra la vía aérea
Administre 5 respiraciones de rescate
Considere SpO₂ ± monitorización ECG

Reevalúe
Si no aumenta la frecuencia cardiaca, busque movimiento torácico

Si el tórax no se mueve:
Re-evalúe la posición de la cabeza
Considere el control de la vía aérea por 2 personas y otras maniobras de la vía aérea
Repita las respiraciones de rescate
monitoree SpO₂ ± ECG
Busque respuesta

Si no aumenta la frecuencia cardiaca, busque movimiento torácico

Cuando el tórax se mueve:
Si la frecuencia cardiaca no se detecta o es muy baja (< 60 min⁻¹)
Comience compresiones torácicas
Coordine compresiones con VPP (3:1)

Reevalúe la frecuencia cardiaca cada 30 sg
Si la frecuencia cardiaca no se detecta o es muy baja (< 60 min⁻¹)
considere acceso venoso y medicación

Comentar con los padres y hacer debriefing con el equipo

Mantener Temperatura

Valoración del pulso en el cordón umbilical no fiable.
Usar ECG o pulsioximetría

ADRENALINA 10 microg/kg
SF 10ml/kg 5-10min

Soporte ventilatorio inicial:
Aire ambiente
Presión positiva

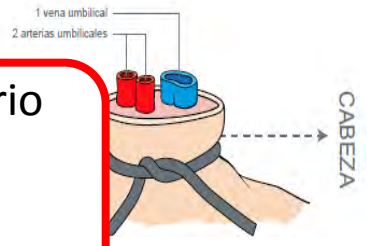
SpO₂ preductal aceptable

2 min	60%
3 min	70%
4 min	80%
5 min	85%
10 min	90%

EN TODO MOMENTO, PREGUNTE: ¿NECESITAS AYUDA?

Si Fc < 60lpm, compresiones torácicas 3:1

- VÍAS:
- Vena umbilical
 - Intratraqueal
 - Vía periférica



Guiado E

¿CUÁNDO INTERRUMPIMOS LA RCP?

- 30 MINUTOS DE RCP BÁSICA
- 20-30 MINUTOS DE RCP AVANZADA
- 10 MINUTOS EN RECIÉN NACIDO CON APGAR=0

EXCEPTO:

- ✓ INTOXICACIÓN POR DROGAS
DEPRESORAS DEL SNC
- ✓ HIPOTERMIA
- ✓ AHOGAMIENTO



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL HGUV (EN REVISIÓN)



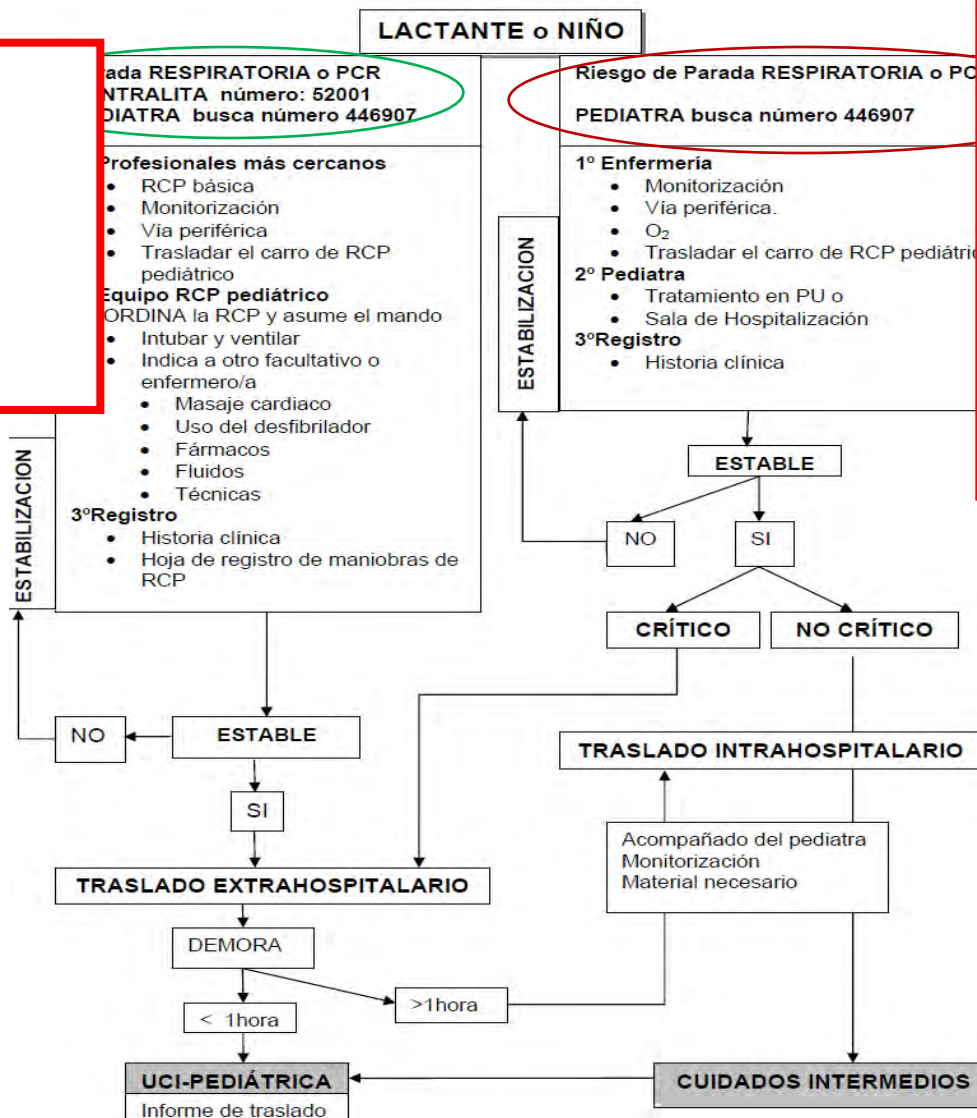
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

PROTOCOLO ACTUACIÓN ANTE LACTANTE O NIÑO CRÍTICO EN EL CHGUV

Si PCR

**BUSCA NEONATOS:
446907**

**BUSCA ANESTESIA:
52001**



-Si riesgo de parada avisar por enfermería a Pediatría

-Iniciar monitorización y canalización de vía periférica y traslado de carro de paradas

- Registrar en Hº clínica

NEONATOS 446907



ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CRÍTICO

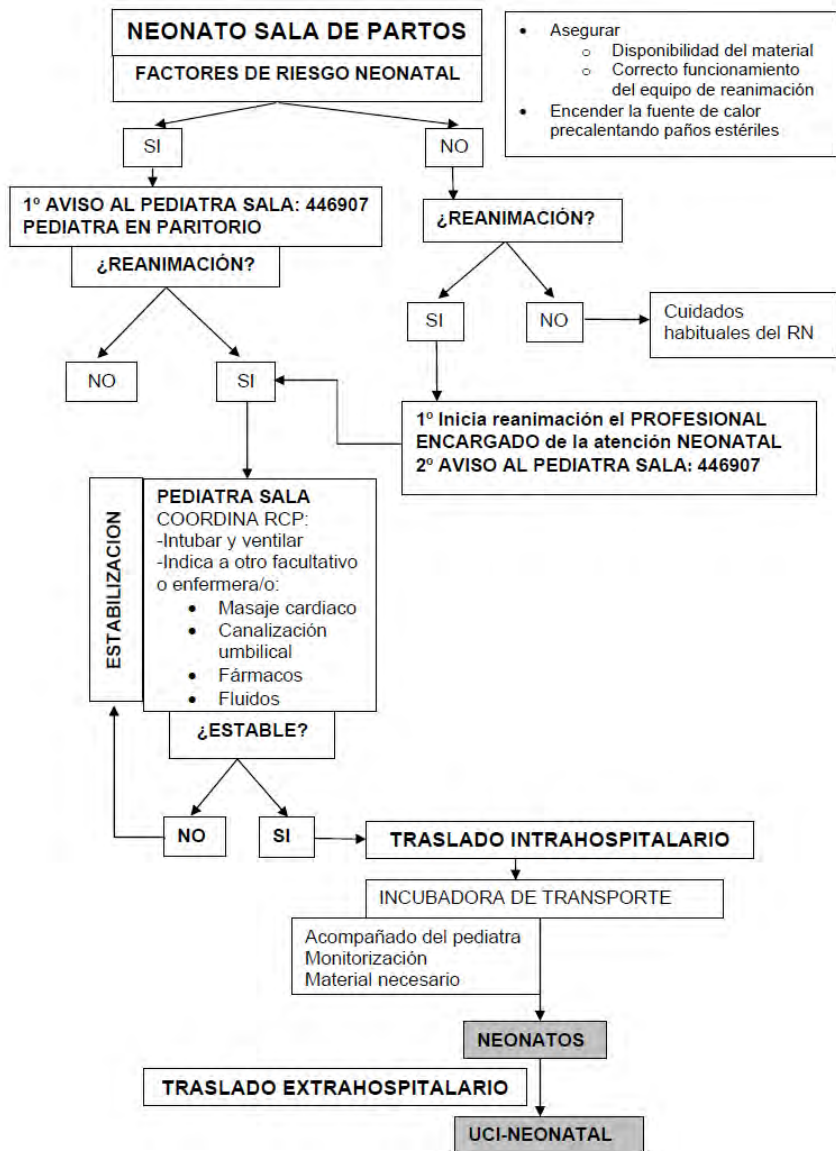
Protocolo CHGUV

Según factores de riesgo y curso de parto se avisará al Pediatra responsable

NEONATOS 446907

Tras estabilización
TRASLADO INTRAHOSPITALARIO
 mediante incubadora de transporte a la Sala de Intermedios o Neonatología acompañado de Pediatra responsable

CH



CUIDADOS Y TRASLADO POST-RCP

SERVICIO DE PEDIATRIA

INTRAHOSPITALARIA

UNIDAD DE CUIDADOS
INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS

EXTRAHOSPITALARIA

UCI PEDIÁTRICA DE HOSPITAL DE
REFERENCIA

- 1h
- Estabilizado
- Informe de traslado

UNIDAD/CENTRO	TELÉFONO
CICU	Valencia: 900 161 161 Castellón: 964 244 300 Alicante: 965 144 000
UCI-Neonatal Hospital La Fe	Centralita 963 862 700. Extensión: 50148
UCI-Pediátrica Hospital La Fe	Centralita 963 862 700. Extensión: 50363
UCI-Neonatal Hospital Clínico	Centralita 963 862 600. Extensión: 51389
UCI-Pediátrica Hospital Clínico	Centralita 963 862 600. Extensión: 51386
UCI-Neonatal y Pediátrica H. Castellón	Centralita 964 726 500. Extensión: 54115



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

PROTOCOLO ACTUACIÓN EN PCR INTRAOPERATORIA

Inicio de RCP avanzada por el anestesiólogo responsable del quirófano, ayudado por enfermería



Pedir ayuda, traer el carro de RCP pediátrica (URPQ Pediátrica) y llamada al busca de Neonatología



Se hará cargo de la parada el facultativo más experimentado en RCP pediátrica hasta llegada del Pediatra



Traslado a Unidad de Neonatos o UCI pediátrica externa por pediatra responsable



EDAD	RNPT	< 6 meses	6-12 meses	1-2 años	2-5 años	5-8 años	> 8 años
GUEDEL (nº)	00	0	1	2	3	4	4-5
MASCARILLA	Prematuro	RN	Lactante	Niño			Adulto
AMBU (ml)	250	500			1600-2000		
TUBO (nº)	< 1Kg: 2.5 1-2Kg: 3 2-3Kg: 3.5	3.5-4	4	4-4.5	4 + (edad en años/4)		
FIJACION BOCA (cm)	<1Kg: 6.5-7 1-2Kg: 7-8 2-3Kg: 8-9	10-12	12	13-14	14-16	16-18	18-22
		Nº tubo x 3					
Laringoscopio	Recta 00	Recta o Curva 1		Curva 1-2	Curva 2	Curva 2-3	
PINZA MAGILL	Pequeña			Pequeña o mediana	Mediana	Mediana o grande	Grande
MASCARILLA LARINGEA	1	1.5		1.5-2	2	2-2.5	2.5-3
Sonda aspiración (nº)	6	6-8	8-10		10-12	12-14	



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

CARRO DE RCP PEDIÁTRICO Material necesario (En revisión)

• Tabla de reanimación (1)

• Monitor desfibrilador (1) con:

- 1) palas pequeñas (4.5 cm de diámetro) para niños menores de 1 año o de menos de 10 kg
- 2) palas grandes (8 a 10 cm de diámetro) para niños mayores de 1 año o de más de 10 kg.
- 3) cables y electrodos de monitorización ECG y pasta conductora.

• Sondas de aspiración: 6 a 14 G (3).

• Cánulas orofaríngeas de Guedel: números 0 a 5 (2).

• Mascarillas faciales con manguito de cámara de aire, con varios tamaños de lactante (redondeadas) y triangulares (niño) (2).

• Bolsas autoinflables de ventilación: tamaño niño (500 ml) y adulto (1.600 a 2.000 ml), con bolsas reservorio (1).

• Pinzas de Magill: tamaño de lactante y adulto (1).

• Laringoscopio con palas rectas (nº 0 y 1) y curvas (nº 1, 2, 3 y 4) (1).

• Pilas y bombillas de laringoscopio de repuesto.

• Tubos endotraqueales: número 2,5 a 7,5 con y sin balón (3).

• Fiadores de varios tamaños para el tubo endotraqueal (1).

• Lubricante para los tubos endotraqueales (1).

• Mascarilla laríngea: tamaños 1 a 3 (recomendable, no obligatoria) (1).

• Mascarillas tipo venturi y gafas nasales para lactante y niño (2).

• Equipo de cricotiroidotomía pediátrico (1).

• Tubuladuras de conexión a fuente de oxígeno (2)

• Cánulas intravenosas: calibres 24 a 16 G (3).

• Aguja intraósea: calibres 14 a 18 G (2).

• Compresor (cinta de goma para comprimir el brazo, que facilita la canalización venosa)(2).

• Jeringas de 1, 5, 10 y 50 ml (2).

• Sistemas de goteo normal y para bomba de infusión (2).

• Sondas nasogástricas de 6-14 G (2).

• Faringoscopio (1).

• Guantes de 6 nº (2).

• Compresas, paños y gasas estériles (2).

• Vendas, esparadrapo (2)

• Collarín cervical para lactante y niño (1).

• Antiséptico: clorhexidina o povidona yodada (1).

• Catéteres de drenaje pleural para lactante y niño (8 a 16 G) (1).

• Válvulas unidireccionales de Heimlich (1).

Fármacos (unidades necesarias)

• Adrenalina 1/1.000 (1 ampolla = 1 ml = 1 mg) (5).

• Bicarbonato 1 M (1 ampolla = 10 ml = 10 mEq) (2).

• Atropina (1 ampolla = 1 ml = 1 mg) (5).

• Diazepam (1 ampolla = 2 ml = 10 mg) y/o midazolam (1 ampolla = 3 ml = 15 mg) (5).

• Tiopental (viales de 0,5 y 1 g) (2).

• Succinilcolina (1 ampolla = 2 ml = 100 mg) (2).

• Vecuronio (1 ampolla = 5 ml = 10 mg) (2).

• Lidocaína al 1% (1 ampolla = 10 ml = 100 mg)(2).

• Salbutamol aerosol (1 ampolla = 2 ml = 10 mg) (2).

• 6-metilprednisolona (existen viales de 8 mg a 1 g) (2).

• Cloruro mórfico al 1% (1 ampolla=1 ml= 10 mg) o fentanilo (1 ampolla=3 ml= 150 µ g) (2).

• Naloxona (1 ampolla = 1 ml = 0,4 mg) (2).

• Flumazenil (1 ampolla = 10 ml = 1 mg o 5 ml = 0,5 mg) (2).

• ATP (1 vial = 10 ml = 100 mg) o adenosina (1 ampolla = 2 ml = 6 mg) (2).

• Isoproterenol (1 ampolla = 1 ml = 0,2 mg) (2).

• Cloruro cálcico al 10% (1 ampolla = 10 ml = 200 mg de calcio iónico) (2).

• Glucosa hipertónica R 50/33 (1 ml = 0,5 g de glucosa/0.33) (2).

• Suero fisiológico (10 y 500 ml) (5).

• Ringer lactato (500 ml) (2).

• Agua destilada (10 ml) (5).

• AMIODARONA (1amp=3ml=150mg)

• SULFATO DE MAGNESIO (1amp=10ml=1,5g)

• PROPOFOL 1%(1amp=20ml=200mg)

• ROCURONIO (1amp=5ml=50mg)

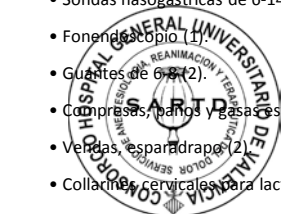
Otro material

• Reloj de pared.

• Pulsioxímetro.

• Monitor cardio-respiratorio

SARTD-CHGUV Sección de Formación Continua
Valencia 29 de Mayo de 2017



CUNA DE REANIMACIÓN NEONATAL (En revisión)

Cuna de calor radiante:

- Fuente de calor
- Fuente de luz
- Fuente de oxígeno
- Reloj
- Aspirador con manómetro de presión

Equipo de succión y ventilación

- Sondas de aspiración (nº 5,6,8,10,12 y 14 Fr) (5)
- Adaptador al tubo endotraqueal para aspiración directa (2)
- Mascarillas faciales neonatales (redondas de tamaño a término y pretérmino) (2)
- Bolsa autoinflable de 250 y 500 ml (1)
- Circuito anestesia Mapelson de 1/ 2 litro (2))
- Cánulas orofaríngeas: tamaños 00 y 0 (2)
- Laringoscopia de pala recta 00, 0 y 1 (1).
- Tubos endotraqueales del nº 2, 2,5, 3 y 3,5 simples y de doble luz (5)
- Fiadores (2)
- Tubos endotraqueales para aspiración de meconio (2)
- Mascarilla laríngea nº1 y 1,5

Equipo para canalización umbilical (1)

- Catéteres umbilicales de 3.5 y 5 Fr.
- Bisturí, pinzas de iris y pinzas de Kocher,
- Llaves de tres pasos
- Seda de 00

Medicación:

- Adrenalina 1/1000 (5)
- Bicarbonato 1M (2)
- Naloxona (ampollas de 0.4mg/ml) (2)
- Suero fisiológico (10 ml) (5).
- Agua destilada (2)
- Glucosa al 5 y al 10% (1)

Varios

- Estetoscopio
- Guantes, gasas estériles, tijeras y esparadrapo
- Jeringas (1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml)
- Agujas de diferentes tamaños
- Mezclador aire/oxígeno
- Pulsioxímetro.
- Bombonas y pilas de repuesto para el laringoscopio.

REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA CUNA DE REANIMACIÓN

- Debe de existir un responsable de su mantenimiento periódico y después de cada utilización.
- Deben de existir normas claras de uso, reposición y mantenimiento.
- Supervisor/a de SALA DE PARTOS debe asegurarse que todo el material necesario esté disponible en el momento y lugar necesario.

INCUBADORA DE TRANSPORTE

- en SALA DE PARTOS.
- conectada a pared para cargar la batería.
- encendida y caliente.
- comprobar que las botellas de oxígeno estén llenas.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

HOJA RECOGIDA DE MANIOBRAS DE RCP

(Anverso)

DATOS IDENTIFICACIÓN PACIENTE (ETIQUETA)

FECHA

PROFESIONALES

<p>Suceso presenciado:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Suceso monitorizado:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Localización:</p> <p><input type="checkbox"/> Reanimación-UCI-Críticos</p> <p><input type="checkbox"/> Reanimación C. cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Quirófano</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Urgencias</p> <p><input type="checkbox"/> Unidad hospitalización _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unidad coronaria</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas externas</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Otras localizaciones _____</p> <p>Intervenciones antes de la PCR:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Fármacos iv</p> <p><input type="checkbox"/> Intubación</p> <p><input type="checkbox"/> Catéter arterial</p> <p><input type="checkbox"/> Acceso iv central</p> <p><input type="checkbox"/> Acceso iv periférico</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorización ECG</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilación mecánica</p> <p><input type="checkbox"/> Desfibrilación-cardioversión</p> <p>Tiempos (hh:mm):</p> <p>Comienzo del suceso _____</p> <p>Confirmación PCR _____</p> <p>Comienzo RCP _____</p> <p>Llamada equipo RCP _____</p> <p>Llegada equipo RCP _____</p> <p>Vía aérea establecida _____</p> <p>1ª adrenalina _____</p> <p>Terminación RCP _____</p> <p>Causa inmediata:</p> <p><input type="checkbox"/> Arritmia letal</p> <p><input type="checkbox"/> IAM-cardiopatía isquémica</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión respiratoria</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensión</p> <p><input type="checkbox"/> Metabólica</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocida</p> <p><input type="checkbox"/> Otras _____</p>	<p>Intento de RCP:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No :</p> <p><input type="checkbox"/> Encontrado muerto</p> <p><input type="checkbox"/> No indicada RCP</p> <p><input type="checkbox"/> Orden de no reanimar</p> <p>Condición inicial:</p> <p>Conciencia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Respiración si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Pulso central si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Ritmo inicial:</p> <p><input type="checkbox"/> FV</p> <p><input type="checkbox"/> TV</p> <p><input type="checkbox"/> Asistolia</p> <p><input type="checkbox"/> DEM</p> <p><input type="checkbox"/> Bradicardia</p> <p><input type="checkbox"/> Ritmo eficaz</p> <p><input type="checkbox"/> Otras arritmias mal toleradas</p> <p>_____</p> <p>Motivo de terminación RCP:</p> <p><input type="checkbox"/> Retorno circulación espontánea</p> <p><input type="checkbox"/> Muerte</p> <p><input type="checkbox"/> Orden de no RCP</p> <p><input type="checkbox"/> No indicado</p> <p>Circulación espontánea:</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Restablecida. Tiempo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Restablecida no sostenida</p> <p><input type="checkbox"/> > 20 min</p> <p><input type="checkbox"/> < 20 min</p> <p><input type="checkbox"/> < 24 h <input type="checkbox"/> > 24 h</p> <p>Destino:</p> <p><input type="checkbox"/> Unidad hospitalización (sala)</p> <p><input type="checkbox"/> Box-1</p> <p><input type="checkbox"/> U. críticos general</p> <p><input type="checkbox"/> U. críticos C. cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> U. coronaria</p> <p><input type="checkbox"/> Extrahospitalaria _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>
--	---

(Reverso)

TIEMPO (hh:mm)	RITMO	PA	FC	MEDICACIÓN	DF	OTROS



CONCLUSIONES

- ✓ Prevención de la PCR en el paciente crítico pediátrico
- ✓ Importancia de instaurar una RCP inicial de calidad y rápida
- ✓ La vía aérea como elemento principal de la RCP pediátrica
- ✓ Anestesia en el CHGUV forma parte del equipo de RCP avanzada, junto con el pediatra de la Unidad de Neonatos
- ✓ Importancia de estar familiarizado con las diferencias de dosis de fármacos, desfibrilación y canalización de vías respecto al adulto.
- ✓ El protocolo del CHGUV de la RCP en el paciente pediátrico esta en revisión actualmente
- ✓ Papel creciente de la capnografía en la monitorización de la RCP



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 29 de Mayo de 2017

Fim