
	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión
		V02-2021

PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO




Elaboró (Octubre-2021)	Revisó (Octubre -2021)	Aprobó (Octubre -2021)
Lider del Proceso	Lider de Calidad	Gerente
William Jean Pierre Quintero Pérez	Ing.Ana Elisabeth Cely	Dr. Elver Fabian Nope

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
		Versión
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	V02-2021

CONTENIDO

1. OBJETIVOS	3
1.1. Objetivo General	3
1.2. Objetivos Específicos.....	3
2. ALCANCE DEL PROTOCOLO	3
3. RESPONSABLES.....	3
4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	4
5. CONDICIONES GENERALES DEL PROTOCOLO.....	5
6. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL.....	9
CARACTERIZACION DE LA ATENCION CON ENFOQUE INTEGRAL Y DIFERENCIAL.....	11
7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	13
8. RECOMENDACIONES OBLIGATORIAS Y/O PUNTOS DE CONTROL	14
9. BIBLIOGRAFÍA	15
10. CONTROL DE CAMBIOS	16

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Generar documento instructivo donde guie a los profesionales multidisciplinares a la aplicación sistemática de un plan terapéutico que permita restablecer las condiciones cardiopulmonares del paciente

1.2. Objetivos Específicos


- Identificar causas del evento y pautar tratamiento para revertir sus causas.
- Optimizar la función cardiopulmonar y la perfusión de órganos vitales tras el restablecimiento de la circulación espontánea.
- Regular el control de la temperatura para optimizar la recuperación neurológica.
- Anticipar, tartar y prevenir disfunciones multiorgánicas, lo que incluye evitar la ventilación excesiva y la hiperoxia

2. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Trabajadores asistenciales del servicio de urgencias del E.S.E ISMAEL SILVA y para pacientes recién nacidos, pretérmino, a término y postérmino que se encuentre en el servicio de urgencias.

3. RESPONSABLES


Intervienen	Cargo	Funciones
Gerente	Gerente	planificar, organizar, dirigir, controlar, coordinar, analizar, calcular y conducir el trabajo de la institución, además de contratar al personal adecuado, efectuando esto durante la jornada de trabajo
Jefes de Área	Líder de Seguridad del Paciente Líder Farmacia	Toma decisiones sobre traslado del paciente, decide sobre interconsulta o remisión a otro nivel de atención, sobre la realización de procedimientos, de acuerdo a guías o protocolos establecidos. Supervisa el cumplimiento de las maniobras post-reanimación:

 <p>Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E. Silvanía - Cundinamarca</p>	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA		Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO		U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS		Versión
			V02-2021

		Posición de seguridad, vía aérea, monitorización continúa
Colaboradores	<ol style="list-style-type: none"> Auxiliares de Farmacia Médicos 	<ol style="list-style-type: none"> Abrir acceso venoso, toma de muestras, custodia de pertenencias de pacientes, introducción de dispositivos invasivos, brindar información a pacientes y familiares. Examinar el paciente, dirigir el equipo, fijar parámetros ventilatorios, realizar masaje cardiaco, realizar intubación.
Comités	<p>Comité de Seguridad del paciente</p> <p>Comité de farmacovigilancia</p>	Montaje y dotación carros de paro, creación de claves de activación, capacitación del personal, preparación de simulacros, reunión mensual para análisis de los casos

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

ID	Termino	Definición
1	RCP	Maniobras de Resucitación o Reanimación Cardiopulmonar encaminadas a mejorar la supervivencia de una víctima.
2	APGAR	Es una escala de puntos para valorar el estado físico de los recién nacidos tras el parto por vía vaginal o por cesárea. Se evalúan los siguientes aspectos: color de piel, tono muscular, pulso, respiración y la respuesta a estímulos. Cada aspecto se puntúa de 0 a 2, y la escala se realiza al minuto, a los cinco y a los diez minutos tras el nacimiento. La máxima puntuación es de 10 y la mínima de 0
3	REFLEJOS PRIMITIVOS	Son respuestas motoras relativamente sencillas desencadenadas por estímulos, que forman parte de la actividad motora normal del neonato. Estas respuestas motoras aparecen durante la segunda mitad del embarazo, están presentes en el neonato y en el lactante pequeño y desaparecen siguiendo un orden predecible durante el primer año de vida
4	RECIEN NACIDO A TERMINO	Cuando el nacimiento ocurre entre el comienzo del primer día de la semana 38 (día 260) y el último día de la semana 42 (día 294) después del comienzo del último periodo menstrual

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA		Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO		U-PRO-02
			Versión
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS		V02-2021

5	DE BAJO PESO (HIPOTRÓFICO)	Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
6	DE PESO ADECUADO (EUTRÓFICO)	: Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación
7	DE PESO ALTO (HIPERTRÓFICO)	Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación
8	MORTINATO O NACIDO MUERTO	Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios
9	EMBARAZO NORMAL	Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término
10	EMBARAZO DE ALTO RIESGO	Aquél en el cual se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

5. CONDICIONES GENERALES DEL PROTOCOLO

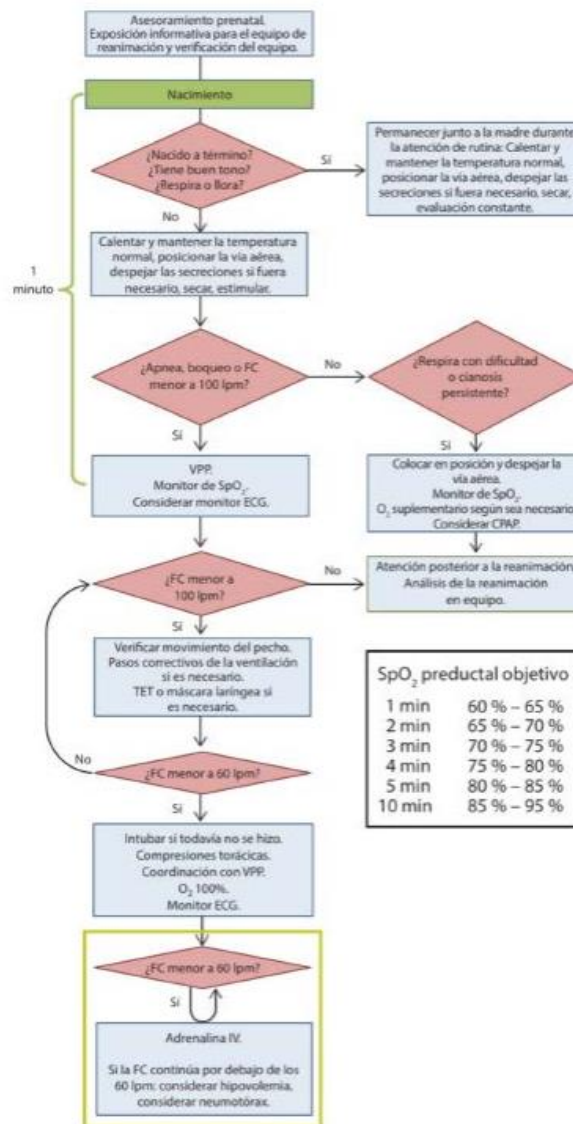
ID	Actividad
1	<p>Pasos Iniciales: Se deben realizar por matrn(a) o médico, con la colaboración de técnico paramédico y son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar Calor por cuna radiante, y dejar al RN descubierto para su visualización. El reanimador inicial debe colocarse detrás de la cabeza del RN 2. Colocar la cabeza del RN en posición de olfateo (leve extensión) 3. Despejar vía Aérea: si existen secreciones abundantes que dificulten la respiración aspirar boca y luego nariz con paño, pera de goma o sonda de aspiración; en caso de meconio se sigue la misma secuencia y si hay obstrucción de la tráquea se debe aspirar ésta. En caso de usar sonda debe ser de tamaño adecuado a la edad gestacional y con presión negativa de aprox. 100 mmHg. 4. Secar con paños o toallas precalentadas que se deben ir cambiando a medida que se humedecen. 5. Estimular frotando la espalda o con palmaditas en los pies 6. Recolocar (reposicionar la cabeza) 7. Evaluar (este paso se repite cada 30 segundos):


Respiración: Adecuada si llora, expande el tórax, aumenta su frecuencia y profundidad después de la estimulación táctil. Inadecuada si apnea o respiración jadeante.

Frecuencia Cardíaca: Estimar el valor de la FC en un minuto contando los latidos en 6 segundos y multiplicar por 10, el valor normal debe ser mayor a 100 (ver flujograma)


SatO2: Ajustar FiO2 según SatO2

FLUJOGRAMA




	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión
		V02-2021

2	<p>Ventilación a Presión Positiva: Si se ha llegado o se anticipa que se llegará a esta etapa se debe llamar al médico residente o médico de UCI, la reanimación la comandará el reanimador más experto desde ese momento, quien se encargará de la vía aérea-ventilación.</p> <p>- Dispositivos utilizables: Bolsa Autoinflable, Reanimador con pieza en T, bolsa inflada por flujo (bolsa de anestesia). En nuestro servicio se optará por los 2 primeros:</p> <p>Bolsa auto-inflable: Se usará de preferencia en RN de término. Debe tener la máscara sellada a la cara para que se insuflen los pulmones. Puede proporcionar ventilación a presión positiva sin una fuente de gas comprimido, pero requiere tener conectado un reservorio de oxígeno para proporcionar oxígeno del 90 % al 100%. El PIP es controlado de acuerdo a cuán fuerte se apriete la bolsa, la válvula de seguridad se usará fija en 35 cms de H2O.</p> <p>Reanimador con pieza en T: Depende de una fuente de gas comprimido. Debe tener la máscara sellada a la cara para que se insuflen los pulmones. Fijar la presión máxima de circuito, el PIP y el PEEP. El PIP debe ajustarse durante la reanimación para lograr una mejoría fisiológica, sonidos respiratorios audibles y movimientos torácicos perceptibles. La presión positiva (PIP) se suministra ocluyendo y liberando el orificio en la tapa del PEEP de manera alternada, el PEEP girando la válvula proximal a la mascarilla. Puede ser utilizado para administrar oxígeno a flujo libre.</p> <p>Las indicaciones para proceder con la ventilación a presión positiva son: 1) Apnea/jadeo, 2) Frecuencia cardiaca menor de 100 lpm aunque esté respirando, 3) Cianosis central persistente</p> <p>Durante las etapas iniciales de la reanimación neonatal, las ventilaciones deben ser proporcionadas a una frecuencia de 40-60 ventilaciones por minuto, o ligeramente menor a una en un segundo.</p> <p>La mejoría durante la ventilación a presión positiva con una máscara se expresa con un rápido aumento de la frecuencia cardiaca y mejorías subsecuentes en: Saturación de oxígeno, Tono muscular, Respiración espontánea</p> <p>Si no hay una mejoría fisiológica y no hay una expansión perceptible del tórax durante la ventilación asistida, debe realizar las siguientes acciones (MR SOPA): Reaplicar la máscara (M) (a la cara utilizando una presión suave y levantando la mandíbula hacia la máscara. Recolocar (R) la cabeza. Verificar si hay secreciones y aspirar la boca y nariz (S), Ventilar con la boca del recién nacido ligeramente abierta (O). Aumentar la presión (P) de las ventilaciones. Revisar nuevamente o reemplazar la bolsa de reanimación. Intubar al recién nacido y continuar con ventilación a presión positiva a través del tubo endotraqueal (A).</p>
3	<p>Intubación:</p> <p>Hoja No 0 o 00 para prematuros y No 1 para RNT</p> <p>Tubo: No 2,5 mm para < de 1000 grs. (28 sem) No 3,0 entre 1000 y 2000 grs.(28-34 sem) No 3,5 entre 2000 y 3000 grs. (34-38 sem) Y No 3,5 - 4,0 para > de 3000grs.(>38sem)</p>

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021

	<p>Profundidad: 6 + el peso en kgs, Ej: PN 1000 grs, introducir 7 cms. También se puede calcular la profundidad con la distancia entre el tabique nasal y el tragus de la oreja o a partir de las tablas según edad gestacional.</p> <p>Técnica: Con guantes estériles sujetar laringoscopio con mano izquierda y TET con mano derecha, preoxigenar y dar oxígeno libre mientras se intuba, introducir TET al ver las cuerdas vocales, si no se logra intubar en aprox. 20 segundos ventilar con ambú o neopuff. Para comprobar intubación correcta: auscultar ventilación simétrica en ambas axilas, mejoría en FC, color, Sat de O2 y reactividad del RN, vapor de agua visible por el TET</p> <p>Se estima que en el RNT en las primeras insuflaciones se puede requerir hasta 30-40 cm. H2O, aunque en muchos casos 20 cm. H2O son suficientes. En prematuros se aconseja no sobrepasar presiones de 20-25 cm. H2O, adecuando el PIP a la respuesta del paciente. El nivel de PEEP/CPAP no debería ser menor de 5 cm. H2O ni mayor de 8 cm. H2O</p> <p>En el momento actual la intubación electiva de los prematuros ha sido desplazada por una actitud más conservadora. La intubación debe ser precoz en los recién nacidos que lo necesiten. En estos casos se debe administrar surfactante (usar tubos ET de doble luz).</p>
4	<p>Masaje cardíaco:</p> <p>Estará a cargo del (la) matrn(a) de inmediato siendo relevado(a) si es necesario. Se deberá registrar la hora de comienzo.</p> <p>Se indica cuando la frecuencia cardiaca es menor a 60 lpm a pesar de 30 segundos de ventilación a presión positiva efectiva.</p> <p>La intubación endotraqueal en este momento puede ayudar asegurar una ventilación adecuada y facilitar la coordinación entre ventilación y el masaje cardíaco. Se puede usar:</p> <p>1.- Técnica de los pulgares 2.- Técnica con dos dedos. Durante el masaje cardíaco, la frecuencia de ventilación es de 30 ventilaciones por minuto y la frecuencia de masajes es de 90 por minuto. Esto equivale a 120 eventos por minuto.</p> <p>Después de 45 segundos a 1 minuto de masaje cardíaco y ventilación, se debe determinar la frecuencia cardíaca. Si la frecuencia cardíaca es: a) Mayor de 60 lpm, se suspende el masaje y se continua la ventilación a razón de 40-60 ventilaciones por minuto b) Mayor de 100 lpm, se suspende masaje y la ventilación se suspende gradualmente si el recién nacido está respirando espontáneamente c) Menor de 60 lpm, se debe intubar al recién nacido, si aún no se ha realizado, y administrar adrenalina. La intubación provee un método más confiable para continuar la ventilación (LOE 8) (Clase IIa).</p>
5	<p>Medicamentos:</p> <p>Si se ha llegado a esta etapa deberá haber un(a) segundo(a) matrn(a) a cargo de la preparación y administración, mientras que un(a) segundo(a) técnico registrará en la hoja ad-hoc.</p>


	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021

6	<p>Adrenalina: Indicación: Cuando la frecuencia cardiaca permanece por debajo de los 60 lpm después de haber administrado 30 segundos de ventilación asistida efectiva y otros 45 segundos a 1 minuto de masaje cardíaco y ventilación coordinados</p> <p>Concentración recomendada: 1:10000 (0.1 mg/mL)</p> <p>Vía recomendada: Preferir vía venosa por vena umbilical, y como alternativa la vía endotraqueal.</p> <p>Dosis recomendada: 0.1 a 0.3 ml/kg de la solución e.v. al 1:10000 y considere 0.5 a 1 ml/kg si se da de forma endotraqueal.</p> <p>Expansor de volumen: Indicación: En recién nacido que no está respondiendo a las maniobras de reanimación, en recién nacido que está en shock y en la existencia de una condición histórica asociada con la pérdida de sangre fetal.</p> <p>Solución recomendada: Solución salina normal (0.9% NaCl = suero Fisiológico). Dosis recomendada: 10 mL/kg. Vía recomendada: Vena umbilical. Velocidad de administración recomendada: En un lapso de 5 a 10 minutos</p>
---	---

6. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL

Brindar una atención integral a cada uno de los usuarios, su familia y la comunidad que demanda el servicio del Hospital Ismael Silva de Sylvania E.S.E es un propósito institucional; por lo cual la comunicación efectiva y la caracterización adecuada de la población que se beneficia con la prestación de nuestros servicios es la base para la planeación de una atención específica que permita satisfacer las necesidades del usuario, su familia y la comunidad. Cuando se habla de una atención con enfoque diferencial se resalta que cada uno de los usuarios, familias y comunidad en general presenta unas características ya sean individuales, familiares o comunitarias, características que se debe tener en cuenta en el momento de generar la prestación del servicio.

Cuando se habla de enfoque diferencial es el reconocimiento de esas características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral.

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021

Bajo este contexto la ESE estableció como población diferencial los siguientes grupos:

- Población de Adulto Mayor con patologías Crónicas
- Población Gestantes
- Población con discapacidad
- Población menos de 5 años
- Población LGTBI
- Población étnica.
- Población Afrodescendiente
- Población Privada de la Libertad
- Población Víctima del conflicto Armado


Con el fin de velar por el cumplimiento de la política institucional de enfoque diferencial La Institución Promueve los siguientes compromisos:

MI COMPROMISO COMO COLBORADOR DE LA DE E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA ES:

Velar por la Eliminación de actos de discriminación, diferencias innecesarias, injustas y evitables en detrimento del estado de la salud, autoestima y supervivencia de nuestros usuarios.

POR GÉNERO Y ORIENTACION SEXUAL: La equidad de género en salud significa, Asegurar que las mujeres, los hombres y las personas LGTBI, tengan las mismas oportunidades para gozar de buena salud de acuerdo con sus necesidades y condiciones de vida sin señalamientos de ninguna clase.

POR ETNIA: La población indígena, Afro descendiente, Población ROM (Gitanos), deben tener igualdad de derechos para acceder a una atención con Trato Digno y actitud amable.

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021

POR CICLO VITAL: El adulto mayor, los niños y niñas, la población infantil a cargo del ICBF u otras instituciones y la población mayor en centros de protección. Debemos estar dispuestos cuanto esté a nuestro alcance para favorecer la satisfacción de sus necesidades, sin sumar obstáculos adicionales a los que la sociedad ha creado.

POR CONDICION DE VIDA: Cuando se está e periodo gestacional o el curso de transición o identificación de identidad de género, a su mismo respetar las creencias y costumbres de cada individuo

POR SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: Asegurar la atención preferencial de nuestros usuarios con algún tipo de situación limitante en nuestras IPS, evitando que su condición (Física, Mental o Sensorial) afecte su potencial desarrollo de cuantas habilidades y destrezas pueda lograr.


POSICIÓN SOCIAL DESVENTAJOSA: Población en condiciones de desplazamiento forzado, menores desvinculados del conflicto armado, personas incluidas en el programa de protección a testigos, población desmovilizada. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación.

Para todos estos grupos poblacionales debemos conocer, entender e informar a los pacientes los beneficios con que cuentan acorde a la normatividad vigente para su salud y bienestar

CARACTERIZACION DE LA ATENCION CON ENFOQUE INTEGRAL Y DIFERENCIAL

La atención diferencial e integral debe tener unas características especiales tales como:

1. Siempre brinde un trato respetuoso y diferencial: Dar un trato digno y respetuoso que tenga en cuenta las necesidades de cada persona permite crear una sociedad más inclusiva y brindar un servicio oportuno y adecuado a la población priorizada por la institución

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021


2. Sea un conocedor: Infórmese y prepárese para ayudar a crear una atención en salud más participativa, conociendo, al menos de manera general, las barreras que enfrentan los usuarios y población especial en cada uno de los ciclo de atención.

3. Pregunte antes de ayudar: Identifique cuales son las habilidades y características especiales de cada población y persona antes de ayudar con el fin de identificar si la persona quiera recibir ayuda y así identificar cual es la mejor forma de ayudarle y respetar su autonomía e independencia.

4. No subestimar o exaltar sin razón: Una condición especial o característica especial de cada individuo no define la condición humana del mismo. Por lo tanto, estas personas no son más o menos que otras personas. Subestimar sus capacidades o exaltar sus logros “a pesar de su discapacidad”, acentúa las barreras existentes para su participación y goce efectivo de derechos.


5. Tenga en cuenta el lenguaje: Se debe activar la comunicación verbal y no verbal en cada uno de los momentos de verdad que se tiene con el usuario y su familia por eso las expresiones deben ser respetuosas e incluyentes.

- **Escuche:** Escuche siempre a las personas y permita que expresen sus necesidades. De ser necesario, deles el tiempo que requieran para hacerlo. Su conocimiento, escucha y empatía son las herramientas que le permitirán ayudarles a encontrar soluciones a sus necesidades
- **Utilice herramientas:** Recuerde que no existe una sola forma de comunicarse. Complemente su atención a las personas con discapacidad con el uso de herramientas de comunicación alternas como lápiz, papel, imágenes o ejemplos que le permitan comprender mejor su requerimiento.
- **Disposición:** Escuche, explique con calma y de forma sencilla, y evite comportamientos que puedan hacer sentir incómoda o maltratada a la persona con discapacidad
- **Rectifique:** Verifique que la información suministrada al ciudadano con discapacidad ha sido efectivamente comprendida. Para esto solicite retroalimentación y, si es necesario, repita la información en un lenguaje claro y sencillo, manteniendo la exactitud y veracidad de ésta.

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión
		V02-2021


7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

ID	Actividad	Responsable
1	Ingreso del paciente a la institución, por medio del traslado asistencial básico en caso de parto extra hospitalario o determinación de paro en caso de atención de parto intrahospitalario	Tripulación de ambulancia de turno. Médico urgencias.
2	Ubicación del paciente en sala de procedimientos menores o en atención de paro en sala de partos.	Medico de turno.
3	Activación de código azul. Previa valoración de: <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia cardiac - Respiración. - Color Explicación a familiares de procedimiento a realizar.	Auxiliar de enfermería de turno.
4	Realización de nemotecnia MIO. -Monitorización. -acceso venoso. -oxigeno.	Médico de turno, enfermero profesional, Auxiliar de enfermería de turno
5	Inicio de soporte vital básico	Médico de turno, enfermero profesional, Auxiliar de enfermería de turno
6	Inicio de soporte vital avanzado.	Médico de turno
7	Administre primera dosis de adrenalina. Verifique ritmo	Médico de turno, enfermero profesional, Auxiliar de enfermería de turno
8	Realice descarga si está indicado y continúe algoritmo se soporte vital avanzado para neonatos.	Médico de turno
9	Continúe estabilización de paciente si logre restablecimiento de circulación espontánea	Médico de turno
10	Diligencie historia clínica	Médico de turno

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021


8. RECOMENDACIONES OBLIGATORIAS Y/O PUNTOS DE CONTROL

Dentro del material de reanimación creo que se debe tener en cuenta la necesidad de contar con drenajes de tórax como jolly, debido a complicaciones inherentes a la reanimación o diagnósticos de hidrops con derrames pleurales que imposibilitan una adecuada expansión pulmonar, obviamente certificando previamente la ausencia de hernia diafragmática.

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA	Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO	U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS	Versión V02-2021

9. BIBLIOGRAFÍA

1. 7ta Edición del Manual de Reanimación Neonatal de la Academia Americana del Corazón (AHA) y de la Academia Americana de Pediatría (AAP) 2015.
2. Moving from experience to evidence: changes in US Neonatal Resuscitation Program based on International Liaison Committee on Resuscitation Review, Journal of Perinatology (2008) 28, S35–S40.
3. Guías Nacionales de Neonatología, versión 2005.
4. Burón E.,Pino A. Reanimación neonatal: actualización. Bol Pediatr 2009; 49: 323-326.
5. Part 13: Neonatal Resuscitation Guidelines. Circulation 2005;112;IV-188-IV-195; originally published online Nov 28, 2005;
6. Perlman J. et al. Part 11: Neonatal Resuscitation 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010;122[suppl 2]:S516 –S538

	E.S.E HOSPITAL ISMAEL SILVA		Código
	PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR RECIEN NACIDO		U-PRO-02
	PROCESO DE URGENCIAS SUBPROCESO URGENCIAS		Versión
			V02-2021

10. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS							
Fecha del cambio	Versión actual	Justificación del Cambio	Parte del Documento donde se requiere el Cambio	Cambio que se le realiza al documento	Versión Nueva	Nombre y Cargo de quien elaboro el Cambio:	Nombre y Cargo de quien Aprobó el Cambio:
07 Octubre de 2021	V01-2021	Es necesario incluir el enfoque diferencial al contenido del documento solicitado por la R. 3100 de 2019	Capítulo de Enfoque Diferencial	Especifico las actividades y recomendaciones que se deben seguir para la atención de los pacientes con enfoque diferencial	V02-2021	Ana Elizabeth Cely – Líder de Calidad	Dr. Elver Fabián Nope - Gerente