



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Salud del NiñoDecenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Nº 85 -2023-DG-INSN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 13 de Abril del 2023

Visto, el expediente con Registro DG-005871-2023, que contiene el Memorando N°345-DEAC-INSN-2022 mediante el cual se adjunta la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARO CARDIORESPIRATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS", elaborada por la Unidad de Cuidados Intensivos.

**CONSIDERANDO:**

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, contemplan dentro de las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad el de implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;



Que, mediante Memorando N° N°345-DEAC-INSN-2022, el Departamento de Emergencia y Áreas Críticas, remite a la Oficina de Gestión de la Calidad la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARO CARDIORESPIRATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS", elaborado por la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño;



Que, con Memorando N°188-2023-DG/INSN, de fecha 31 de marzo de 2023, la Dirección General aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARO CARDIORESPIRATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS", elaborada por la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección General, la Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente y la Visación de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

SE RESUELVE:

Artículo 1º. - Aprobar la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARO CARDIORESPIRATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS", que consta de 17 páginas, elaborada por la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo 2º. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARO CARDIORESPIRATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS", en la página web Institucional.



Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 38572 - R.N.E. 034554



JATM/REK DISTRIBUCIÓN

- () DG
- () DA
- () DEAC
- () OEI
- () OAJ
- () OGC



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**“GUIA TECNICA DE
DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE PARO
CARDIORRESPIRATORIO EN
PACIENTES PEDIATRICOS”**

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ENERO - 2023

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
.....
Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48736 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ÍNDICE

I.	FINALIDAD.....	3
II.	OBJETIVOS.....	3
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	
	5.1 Definición.....	3
	5.2 Etiología.....	3
	5.3 Fisiopatología.....	3
	5.4 Aspectos Epidemiológicos.....	3
	5.5 Factores de Riesgo Asociado.....	3
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	
	6.1 Cuadro Clínico.....	4
	6.2 Diagnóstico.....	4
	6.3 Exámenes Auxiliares.....	4
	6.4 Manejo.....	5
	6.5 Complicaciones.....	7
	6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	7
	6.7 Flujograma.....	7
VII.	ANEXO.....	12
	1. Consentimiento informado	
	2. Participantes en la elaboración de la guía técnica	
	3. Declaración de conflictos de intereses	
	4. Insumos, equipos biomédicos y/o medicamentos utilizados	
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	16

I. FINALIDAD

Manejo integral del paciente pediátrico en Paro Cardiorrespiratorio.

II. OBJETIVOS

Establecer una guía que permita el manejo integral del paciente en situación de paro cardiorrespiratorio.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación en los servicios asistenciales de Equipos Respuesta Rápida / Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos / Pediatras especialistas / Personal de Salud Hospitalario y de Emergencia / Consulta Ambulatoria y en todos los ambientes del Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña, recordando que se consigna que la aplicabilidad del presente documento es a nivel general, refiriéndose a hospitales Nivel III-2 o Institutos; por lo que se recuerda que, la aprobación de este documento sólo tiene injerencia en nuestra institución.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Paro cardiorrespiratorio CIE 10: I. 46

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definiciones Operativas

La presente GT tiene como objetivo que aquellos pacientes que sufran paro cardiorrespiratorio (PCR) reciban la mejor atención sin comprometer la seguridad de los reanimadores.

Paro cardiorrespiratorio: cese de la actividad cardíaca que se presenta con una falta de respuesta a estímulos, respiración anormal y ausencia de signos de circulación.

5.2 Etiología

El PCR es un evento crítico que debe recibir atención de alta calidad por personal entrenado y con conocimiento y que puede obedecer de modo principal en pediatría a causas respiratorias y/o cardiovasculares.

5.3 Fisiopatología

Respecto a la progresión de falla respiratoria y/o circulatoria que da origen al cese de la actividad mecánica del corazón y el colapso de la perfusión tisular lo cual traduce una reducción severa de oxígeno y nutrientes en especial al cerebro y corazón, además de daño a diferentes órganos (1,2,3).

5.4 Aspectos Epidemiológicos

Se observa que los niños de menor edad son los que más riesgo tienen en cuanto a desarrollar paro cardiorrespiratorio de origen respiratorio a diferencia del adulto en

**MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 3**

**Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

que las causas cardiovasculares son las predominantes, sobre todo las arritmogénicas (1,4,5).

5.5 Factores de Riesgo Asociado (1,4,5)

5.5.1 Medio Ambiente:

Factores extremos en interacción con el niño pueden predisponer al desencadenamiento del paro cardiorrespiratorio.

5.5.2 Estilos de vida:

Si el niño cursa por ejemplo con síndrome metabólico puede incrementar el riesgo, si a ello se suma vida sedentaria, obesidad, falta de ejercicio, alimentación inadecuada, arritmias y fallas estructurales cardíacas ello conlleva a incrementar el riesgo cardiovascular.

5.5.3 Factores hereditarios:

Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y metabólicas pueden contribuir en la presentación del paro cardiorrespiratorio.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro Clínico (1,3,5,6)

El cuadro clínico del paro cardiorrespiratorio se centra en el cese de la función cardíaca y se acompaña del fracaso ventilatorio / oxigenatorio y se acompaña de cuatro ritmos básicos:

- Asistolia, disociación electro-mecánica, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, en pediatría es crítico reconocer además el impacto de bradiarritmias y taquiarritmias como arritmias previas al paro cardiorrespiratorio.

La presentación del paro cardiorrespiratorio corresponde a un estadio final de una serie de condiciones clínicas las cuales se deben de definir y diagnosticar de modo temprano, además de categorizar los riesgos, de este modo establecer las condiciones que pueden conducir al arresto cardiorrespiratorio.

Debido a que los pacientes pediátricos sufren parada cardiorrespiratoria secundaria a la progresión de la insuficiencia respiratoria o choque, más que como un evento súbito, la prevención se convierte en un eslabón de vital importancia.

Es necesario hacer énfasis en el reconocimiento temprano de los diferentes problemas pediátricos que amenazan la vida.

I. FINALIDAD

Manejo integral del paciente pediátrico en Paro Cardiorrespiratorio.

II. OBJETIVOS

Establecer una guía que permita el manejo integral del paciente en situación de paro cardiorrespiratorio.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación en los servicios asistenciales de Equipos Respuesta Rápida / Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos / Pediatras especialistas / Personal de Salud Hospitalario y de Emergencia / Consulta Ambulatoria y en todos los ambientes del Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña, recordando que se consigna que la aplicabilidad del presente documento es a nivel general, refiriéndose a hospitales Nivel III-2 o Institutos; por lo que se recuerda que, la aprobación de este documento sólo tiene injerencia en nuestra institución.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Paro cardiorrespiratorio CIE 10: I. 46

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definiciones Operativas

La presente GT tiene como objetivo que aquellos pacientes que sufran paro cardiorrespiratorio (PCR) reciban la mejor atención sin comprometer la seguridad de los reanimadores.

Paro cardiorrespiratorio: cese de la actividad cardíaca que se presenta con una falta de respuesta a estímulos, respiración anormal y ausencia de signos de circulación.

5.2 Etiología

El PCR es un evento crítico que debe recibir atención de alta calidad por personal entrenado y con conocimiento y que puede obedecer de modo principal en pediatría a causas respiratorias y/o cardiovasculares.

5.3 Fisiopatología

Respecto a la progresión de falla respiratoria y/o circulatoria que da origen al cese de la actividad mecánica del corazón y el colapso de la perfusión tisular lo cual traduce una reducción severa de oxígeno y nutrientes en especial al cerebro y corazón, además de daño a diferentes órganos (1,2,3).

5.4 Aspectos Epidemiológicos

Se observa que los niños de menor edad son los que más riesgo tienen en cuanto a desarrollar paro cardiorrespiratorio de origen respiratorio a diferencia del adulto en

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 3



Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

que las causas cardiovasculares son las predominantes, sobre todo las arritmogénicas (1,4,5).

5.5 Factores de Riesgo Asociado (1,4,5)

5.5.1 Medio Ambiente:

Factores extremos en interacción con el niño pueden predisponer al desencadenamiento del paro cardiorrespiratorio.

5.5.2 Estilos de vida:

Si el niño cursa por ejemplo con síndrome metabólico puede incrementar el riesgo, si a ello se suma vida sedentaria, obesidad, falta de ejercicio, alimentación inadecuada, arritmias y fallas estructurales cardíacas ello conlleva a incrementar el riesgo cardiovascular.

5.5.3 Factores hereditarios:

Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y metabólicas pueden contribuir en la presentación del paro cardiorrespiratorio.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro Clínico (1,3,5,6)

El cuadro clínico del paro cardiorrespiratorio se centra en el cese de la función cardíaca y se acompaña del fracaso ventilatorio / oxigenatorio y se acompaña de cuatro ritmos básicos:

- Asistolia, disociación electro-mecánica, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, en pediatría es crítico reconocer además el impacto de bradiarritmias y taquiarritmias como arritmias previas al paro cardiorrespiratorio.

La presentación del paro cardiorrespiratorio corresponde a un estadio final de una serie de condiciones clínicas las cuales se deben de definir y diagnosticar de modo temprano, además de categorizar los riesgos, de este modo establecer las condiciones que pueden conducir al arresto cardiorrespiratorio.

Debido a que los pacientes pediátricos sufren parada cardiorrespiratoria secundaria a la progresión de la insuficiencia respiratoria o choque, más que como un evento súbito, la prevención se convierte en un eslabón de vital importancia.

Es necesario hacer énfasis en el reconocimiento temprano de los diferentes problemas pediátricos que amenazan la vida.

6.1.1 Criterios de diagnóstico (5,6)

- La palpación del pulso central (braquial o femoral en el lactante y carotídeo o femoral en el niño) es un método razonable para decidir la necesidad de inicio de compresiones torácicas, además el niño puede mostrar ausencia de signos vitales por lo cual debe iniciarse las compresiones torácicas sin demora.
- La ecografía puede ayudar a detectar actividad cardíaca y algunas causas de paro cardíaco potencialmente reversibles, pero su uso no debe interferir con las maniobras de RCP.

6.1.2 Diagnóstico diferencial

No aplica.

6.2 Exámenes Auxiliares (5,6)

Se solicitará los exámenes que corresponden a la causalidad y origen del PCR (Paro Cardiorrespiratorio) y en estricto necesario para vigilancia, monitoreo y pronóstico del paciente.

6.3.1 De Patología Clínica:

Podrá realizarse estudios de patología en la condición post paro, pero para esta GT no aplica.

6.3.2 De imágenes:

La ecografía al lado de la cama del paciente (bed-side) puede ayudar a verificar dinámica cardíaca, pero esta no debe interferir con el inicio de la reanimación cardiopulmonar.

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios:

En el momento de la reanimación cardiopulmonar no aplica.

6.4 Manejo

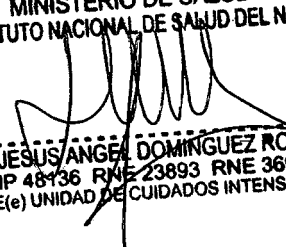
6.4.1 Medidas generales y preventivas (1,3,4)

Las recomendaciones del Consenso ILCOR RCP 2020 tienen como objetivo equilibrar el riesgo - beneficio de la reanimación.

Las compresiones torácicas y las acciones a realizar en reanimación cardiopulmonar tienen el potencial y riesgo de generar aerosol.

Sugerimos que en la actual pandemia de COVID-19, los profesionales de la salud deben usar equipo de protección personal para los procedimientos que generan aerosol durante la reanimación.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

6.4.2 Terapéutica (1,3,4,5,6)

a. RCP BÁSICO:

Antes de iniciar las maniobras de RCP básica, como siempre, compruebe que la zona es segura.

La primera medida a tomar es:

- La seguridad del reanimador que va a asistir a la víctima en riesgo.

Si percibe riesgo de infección, el reanimador puede colocar un paño/toalla o, idealmente, o una mascarilla si se dispone de ella, sobre la boca y nariz de la víctima. Si tiene acceso a equipos de protección individual, debe ponérselos antes de iniciar maniobras de RCP.

- Tras verificar seguridad en el escenario y reconocer la PCR, comunique la situación y solicite ayuda a los servicios de emergencia y respuesta.

Si conocemos o sospechamos que la víctima pueda estar afectada por infección por COVID-19, comuníquelo al solicitar ayuda.

Si tiene dudas de si está ante una víctima en situación de PCR, inicie maniobras de RCP con solo compresiones torácicas hasta que llegue la ayuda solicitada.

Todos deben realizar una adecuada higiene de manos, con agua y jabón o solución hidroalcohólica, para minimizar el riesgo de transmisión por el contacto con los fómites de la víctima.

❖ En el caso de paciente con infección por SARS-CoV2:

La atención de un paciente en parada cardíaca implica generación de aerosoles y probabilidad de transmisión vírica alta, así como un contacto con el paciente que incrementa significativamente el riesgo de infección cruzada. Por lo que es absolutamente necesario extremar al máximo la seguridad del reanimador y realizar una serie de adaptaciones del algoritmo que permitan afrontar el nuevo escenario generado en el ámbito de la pandemia.

Antes de iniciar cualquier maniobra de reanimación el equipo debe colocarse el equipo con el nivel de protección adecuado frente a técnicas con alta generación de aerosoles.

Una vez protegidos, se procederá a confirmar la presencia de PCR valorando la respuesta a estímulos y la presencia de ventilación espontánea y pulso.

Mientras los procedimientos recomendados para la comprobación de conciencia y de pulso no difiere de las recomendaciones estándar, NO se recomienda la realización de la maniobra "ver, oír, sentir" para analizar si existe respiración espontánea. Dicha maniobra implica proximidad entre la vía aérea del rescatador y del enfermo, con el consiguiente aumento de riesgo. Este riesgo puede evitarse con exploraciones fiables realizables a mayor distancia como la palpación o inspección de la excursión torácica.

b. RCP PEDIATRICO AVANZADO:

Se seguirá el protocolo habitual de RCP pediátrica avanzada, ventilando con bolsa y mascarilla. La bolsa autoinflable dispondrá de un filtro antibacteriano y antivírico (HEPA) en la conexión con la mascarilla facial. Se valorará la utilización de una cánula orofaríngea.

Se realizará la intubación traqueal en cuanto sea posible, por parte de la persona más experta, recomendándose el uso de un video laringoscopio y extremar la protección (con una pantalla facial o una pantalla en la cabecera del paciente).

Una vez intubado, se inflará el balón del tubo (cuff) antes de la primera insuflación de aire. Posteriormente se controlará su presión. Se utilizará siempre filtros HEPA. Se conectará al niño de inmediato al respirador, que debería estar preparado para su uso.

Si el niño es pequeño y se puede colocar en posición supina, de forma rápida y sin riesgos, se hará la RCP en supino, si es que hay disponibilidad se colocarán los parches de desfibrilación en posición anterior-posterior (en caso de lactante) y de modo clásico (debajo clavícula derecha y costado izquierdo a la altura de la mamila) y se iniciarán las compresiones torácicas.

Eliminar los elementos desechables, limpiar y descontaminar todo el equipo reutilizable utilizado durante la RCP.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Siempre se debe minimizar el hecho de infecciones y eventos adversos por procedimientos durante la reanimación.

6.4.4 Signos de alarma

No aplica.

6.4.5 Criterios de Alta

Todo paciente en post paro cardiorespiratorio deberá pasar a una unidad de cuidados intensivos para manejo.

6.4.6 Pronóstico

Se basará fundamentalmente en base al manejo post paro cardiorrespiratorio.

6.5 Complicaciones (2)

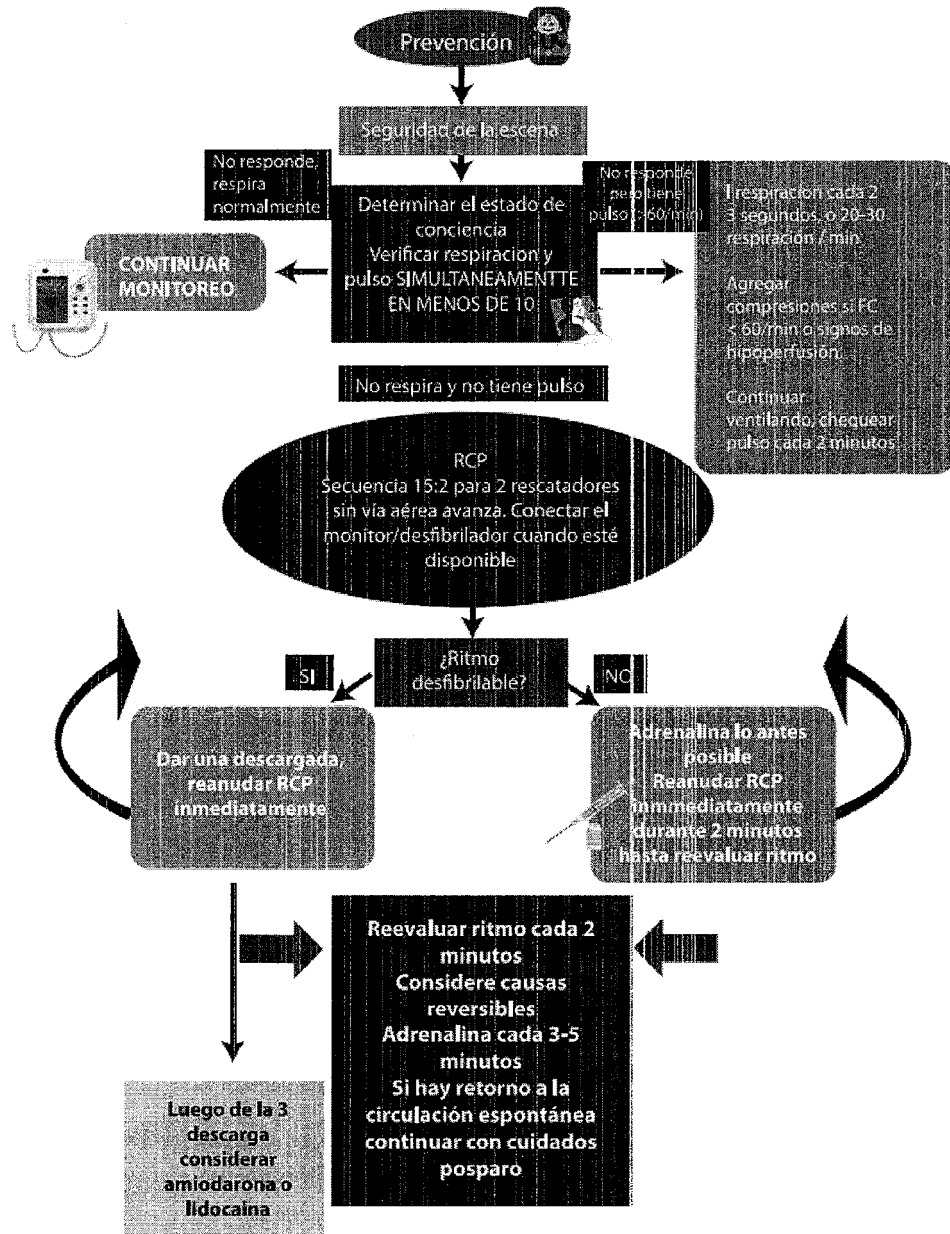
Los pacientes que presentan Retorno a la Circulación Espontánea –presencia de pulso- luego del manejo del PCR pueden presentar Síndrome Post Paro Cardíaco, el cual incluye una presencia variable de injuria cerebral, disfunción miocárdica, isquemia sistémica, respuesta a la reperfusión y patologías que puedan haber precipitado el PCR.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

MC. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

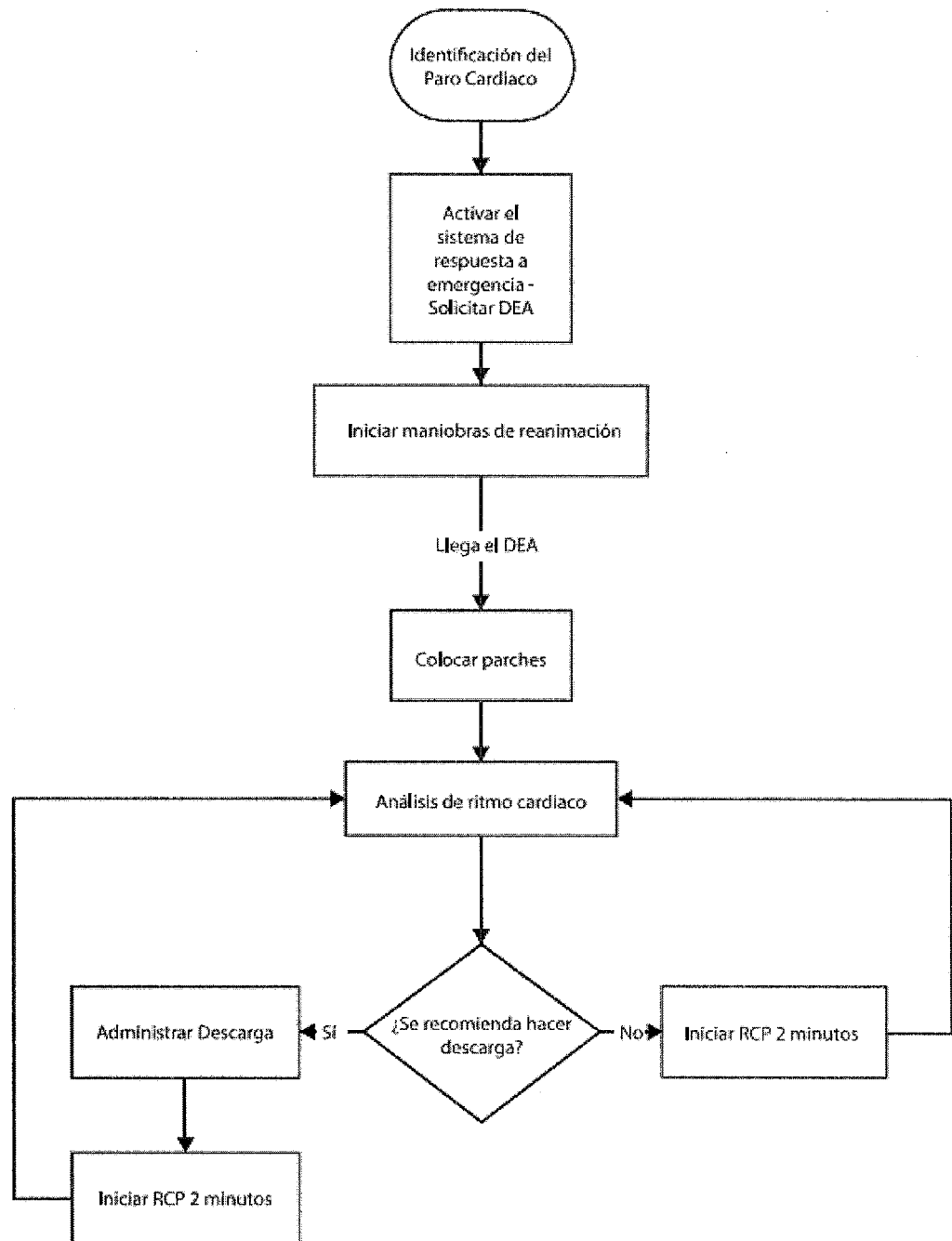
6.6 Flujogramas

1. Algoritmo RCP Básica (6)



FUENTE: Suplemento Consenso Latinoamericano de RCP (SLACIP) Escalante-Kanashiro R. et al. Vol. 29 Núm. (suppl 1) (2021): Agosto

2. Algoritmo Soporte Básico y Desfibrilador Automático Externo (DEA) (6)

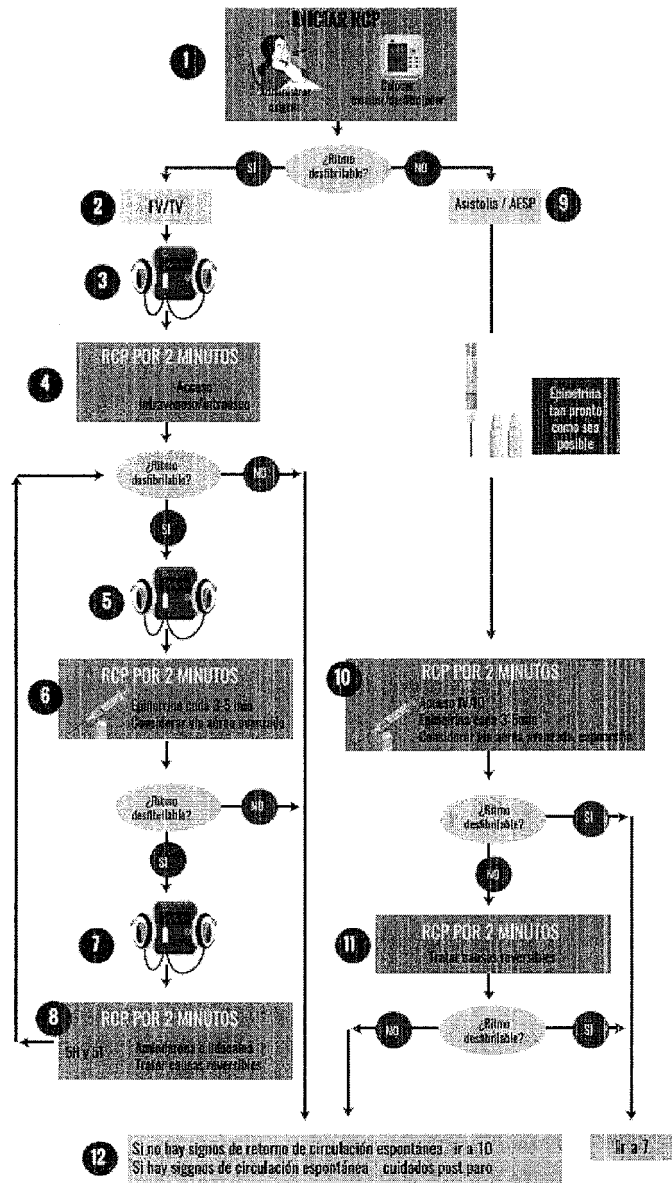


FUENTE: Suplemento Consenso Latinoamericano de RCP (SLACIP) Escalante-Kanashiro R. et al. Vol. 29 Núm. (supl 1) (2021): Agosto

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Mc. JESÚS ÁNGEL DOMÍNGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

3. Algoritmo para Soporte Avanzado Pediátrico (6)



Modificado de: Highlights of the 2020 American Heart Association's Guidelines for CPR and ECC. 2020: 17-20

RCP DE ALTA CALIDAD

Las compresiones deben ser al menos 1/3 del diámetro anteroposterior o en lactantes aproximadamente 4cm y en niño 5cm. Permita la completa recuperación del tórax. Minimice interrupciones y evite ventilaciones excesivas. Rotar las compresiones cada 2 minutos. Si no tiene vía aérea avanzada, relación compresiones/ventilaciones 15:2. Si tiene una vía aérea avanzada 20-30 ventilaciones por minuto con compresiones continuas.

DESCARGA DE ENERGÍA PARA DESFIBRILACIÓN

Primera descarga 2 J/kg
Segunda descarga 4 J/kg
Siguiendo descarga 4 J/kg, máximo 10 J/kg

FARMACOTERAPIA

Adrenalina dosis IV/IO 0.01 mg/kg (0.1 ml/kg de concentración 1:10 000). Si no hay acceso IV/IO, se puede dar dosis endotraqueal a 0.1 mg/kg (0.1 ml/kg de concentración 1:1000). Amiodarona dosis IV/IO 5mg/kg en bolo durante el paro cardíaco. Se puede repetir hasta 2 veces en TVSP/FV refractaria.

—O—
Lidocaína dosis IV/IO dosis carga 1 mg/kg

VÍA AÉREA AVANZADA

Intubación endotraqueal o supraaglotica. Capnografía o capnometría para verificar la colocación correcta del TET. Una vez colocada la vía aérea avanzada, dar una respiración cada 2-3 segundos (20-30 respiraciones por minutos) con compresiones torácicas continuas.

RETORNO DE LA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA

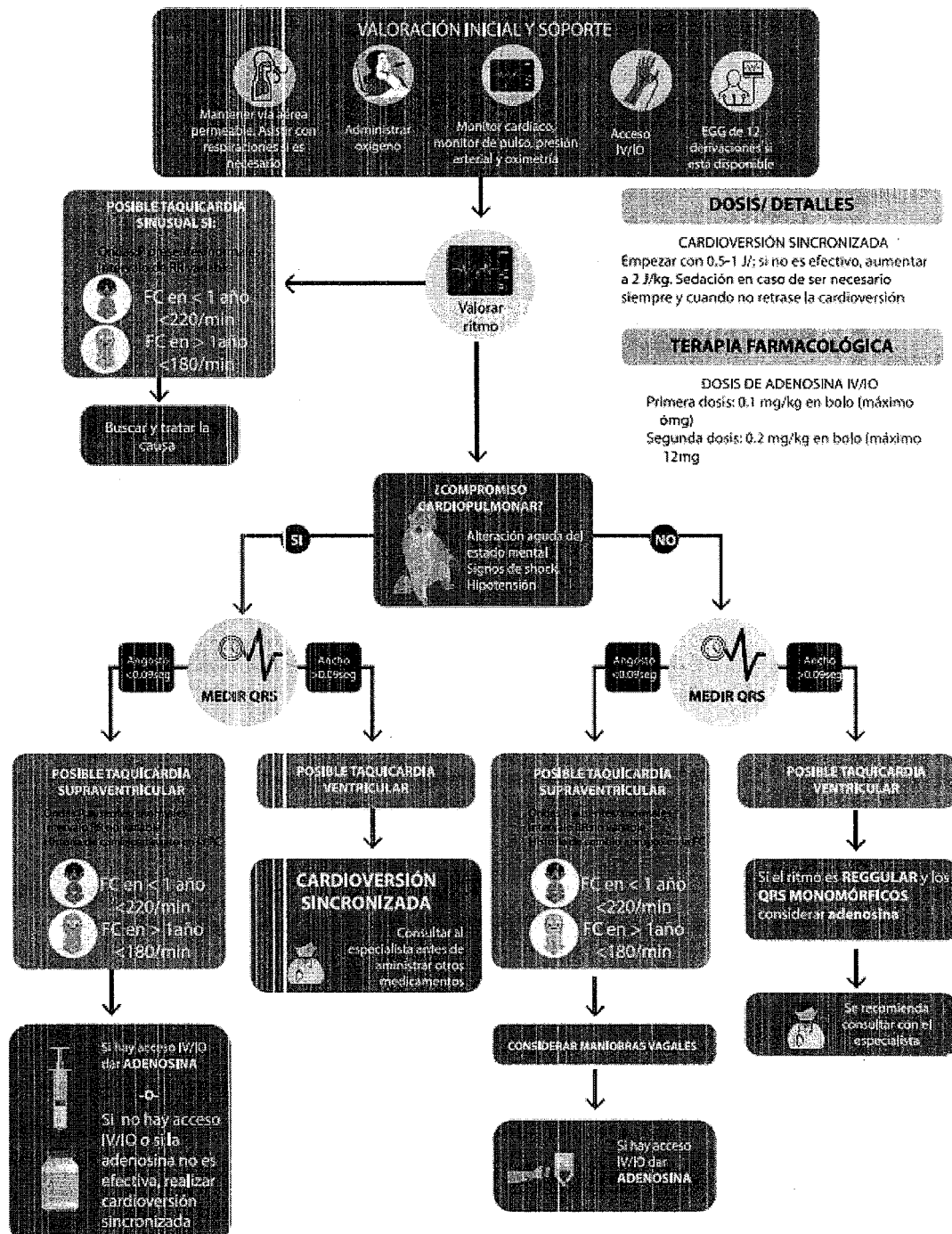
Pulso y presión arterial. Ondas espontáneas de presión arterial en monitoreo intra-arterial.

CAUSAS REVERSIBLES

- 5H**
 - HIPOVOLEMIA
 - HIPOXIA
 - HIPOGLICEMIA
 - HIPO/HIPERCALEMIA
 - HIPOTERMIA
- 5T**
 - NEUMOTÓRAX A TENSION
 - TAPONAMIENTO CARDÍACO
 - TÓXICOS
 - TROMBOSIS PULMONAR
 - TROMBOSIS CORONARIA

FUENTE: Suplemento Consenso Latinoamericano de RCP (SLACIP) Escalante-Kanashiro R. et al. Vol. 29 Núm. (supl 1) (2021): Agosto

4. Algoritmo para Taquicardia con pulso (6)

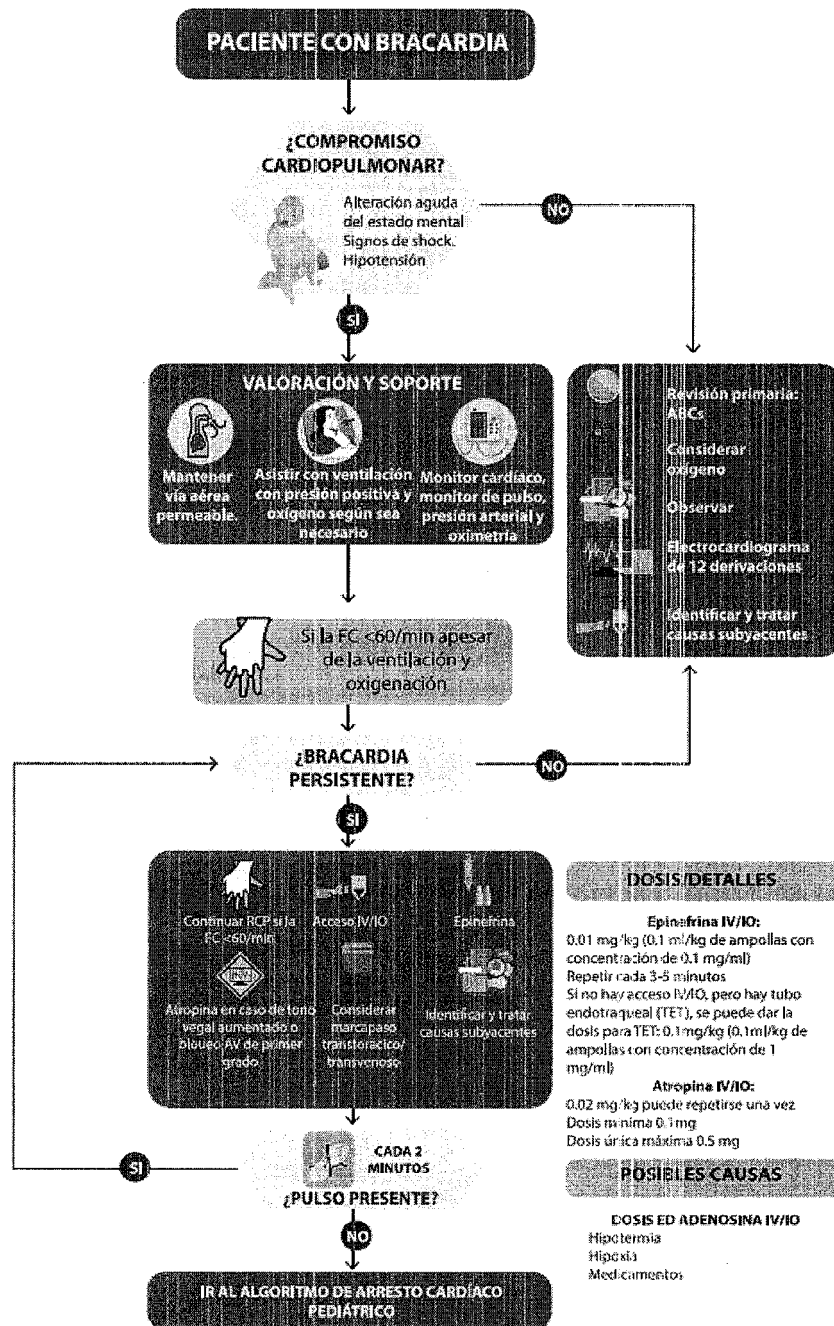


FUENTE: Suplemento Consenso Latinoamericano de RCP (SLACIP) Escalante-Kanashiro R. et al. Vol. 29 Núm. (supl 1) (2021): Agosto

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

5. Algoritmo para bradicardia con pulso (6)



FUENTE: Suplemento Consenso Latinoamericano de RCP (SLACIP) Escalante-Kanashiro R. et al. Vol. 29 Núm. (suppl 1) (2021): Agosto

VII. Anexos

7.1 Consentimiento informado

No aplica. No tenemos legislación al respecto y todo PCR debe ser atendido de inmediato.

7.2 Participantes en la elaboración de la guía técnica

Equipo de trabajo GT UCI/DEAC.

7.3 Declaración de conflictos de intereses

No Conflicto de Interés.

7.4 Insumos, equipos biomédicos y/o medicamentos utilizados

MEDICAMENTOS (Elaborado por el Equipo GT)

N°	MEDICAMENTOS
1	Adrenalina 1mg / 1 ml
2	Aminofilina 250 mg / 10 ml
3	Atropina 1 mg / 1 ml
4	Bicarbonato de Sodio 8.4 % 10 ml
5	Bromuro de Vercuronio x 50 mg (Norcuron)
6	Dexametasona 4 mg / 2 ml
7	Dextrosa 33% ampolla 20 ml.
8	Diazepam 10 mg / 2 ml
9	Difenilhidantoina Sódico
10	Dobutamina 4 mg / 4 ml
11	Dopamina 200 mg / 5 ml
12	Clorhidrato de Etilefrina 10mg/1ml
13	Fentanilo Citrato x 0.5 mg / 10 ml
14	Furosamida 20 mg / 2ml
15	Gluconato de Calcio 10%

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

"GUÍA TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS" V5.10.01.2023

16	Heparina 5000 UI / 5 ml
17	Hidrocortisona x 100 mg
18	Lidocaína al 2% S/E
19	Lidocaína Spray 10%
20	Metil Prednisolona x 500 mg
21	Midazolan x 15 mg
22	Naloxona 400 microgramos/ 1 ml
23	Nitroglicerina x 50 mg / 10 ml
24	Nitropusato de Sodio x 50 mg / 2 ml
25	Noradrenalina 10mg / 10 ml
26	Procaïnamiada 100 mg/ml
27	Sulfato de Magnesio 10%
28	Clorhidrato de Verapamilo 2ml. 5 mg

VÍAS AEREAS

Nº	DESCRIPCION
1	Bolsa de reanimación adulto preescolar y pediátrico
2	Bombillas de repuesto para el Laringoscopio
3	Cánulas de Guedel, estériles (tubo de mayo)
4	Guía para intubación para cada número de TET
5	Laringoscopio con hojas de diferentes tamaños: rectas y curvas hojas estériles
6	Mascara de escolar, estéril
7	Mascara pediátrica, estéril
8	Pilas para laringoscopio
9	Pinza de Mc Gill, estéril

Elaborado por: Dra. María José Rodríguez
Revisado por: Dra. María José Rodríguez

Elaborado por: Dra. María José Rodríguez
Revisado por: Dra. María José Rodríguez
Aprobado por: Dra. María José Rodríguez

10	Sondas de succión adulto y pediátrico
11	Sondas nasogástricas de Levin
12	TET N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0 c/s cuff
13	Tensoplast

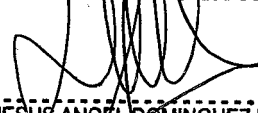
CIRCULACIÓN

N°	DESCRIPCION
1	Catéteres periféricos calibres: 18, 20, 22, 24
2	Equipo de venoclisis
3	Equipo volutrol
4	Esparadrapo antialérgico
5	Esparadrapo de tela
6	Llave de tres vías
7	Jeringa 5 ml
8	Jeringa 10 ml
9	Jeringa 20 ml
10	Set de Bomba
11	Tijera pequeña o mediana
12	Torundas de Algodón
13	Alcohol medicinal x 100 ml

SOLUCIONES Y OTROS

N°	DESCRIPCION
1	1 Agua destilada x 1000 ml
2	Cloruro de Sodio 9%0 x 1000 ml

**MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**



**Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

3	Cloruro de Sodio 9%o x 100 ml
4	Dextrosa 10% en AD x 1 litro
5	Dextrosa 5% en AD x 1 litro
6	Dextrosa 50% en AD x 1 litro
7	Lactato de Ringer x 1 litro
8	Manitol 20% x 500 ml.
9	Guantes quirúrgicos N° 6.5, 7, 7.5, 8
10	Gasa
11	Jalea conductora
12	Glucómetro y tiras
13	Estetoscopio
14	Tensiómetro

VIII. Bibliografía

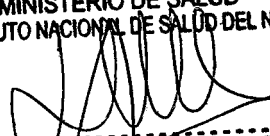
1. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pediatrics. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-038505D.
2. Topjian AA, Caen A, Wainwright M, et al. Pediatric Post-Cardiac Arrest Care A Scientific Statement From the American Heart Association Circulation. 2019;140: e194–e233. DOI: 10.1161/CIR.000000000000006
3. Maconochie IK, et al. Pediatric Life support 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation. 2020;142(suppl 1): S140–S184
4. Olasveengen TM, et al. Basic Life support 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation. 2020;142(suppl 1): S41–S91 5.
5. Adriana Yock-Corrales, Santiago Campos-Miño, Raffo Escalante Kanashiro, Comité de RCP de la Sociedad Latinoamericana de Cuidado Intensivo Pediátrico (SLACIP), Latin American Consensus on Pediatric Cardiopulmonary

"GUIA TECNICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO EN PACIENTES PEDIATRICOS" V5.10.01.2023

Resuscitation. An Executive Summary from the CPR Committee, Latin American Society of Pediatric Intensive Care (SLACIP) Andes pediatr. 2021;92(6):943-953. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i6.3818

6. Suplemento Consenso Latinoamericano de RCP (SLACIP) Escalante-Kanashiro R. et al. Vol. 29 Núm. (suppl 1) (2021): Agosto DOI:<https://doi.org/10.47464/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple1>

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



Mc. JESUS ANGEL DOMINGUEZ ROJAS
CMP 48136 RNE 23893 RNE 36908
JEFE(e) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS