



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA

ATENCIÓN PRIMARIA

REANIMACIÓN PEDIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA

MATERIAL NECESARIO:

- **Tabla de reanimación**, algún sistema de calefacción eficaz, buena iluminación, lugar despejado y cronómetro.
- **Sistema de aspiración**: sistema de vacío, aspiración de intensidad regulable, dispositivo de pinzamiento para su interrupción, sondas de aspiración números 6, 8 y 10 estériles, frasco estéril para limpieza (fisiológico al 9%) y aspirador de mucosidades.
- **Ventilación**: fuente de oxígeno con caudalímetro, ventilador manual con mascarilla para recién nacidos (comprobar el buen funcionamiento de la válvula de hiperpresión), caja con equipo de intubación con hojas rectas, cánulas, pinzas de Magill, juego de pilas y bombillas de recambio, sondas de intubación nasotraqueales de uso único de diámetro interior (mm) 2,5; 3; 3,5 con una marca o señal glótica y escala centimétrica, empalmes y conexiones.
- **Perfusión**: catéteres cortos G24 o G22, epicraneales de 0,4; 0,5; 0,7 mm de diámetro, frascos de 250 cc de fórmulas preparadas tipo glucosado, férulas, esparadrapo, jeringas (5 y 10 ml), agujas, llaves de tres pasos, suero fisiológico en ampollas y perfusor de precisión.
- **Medicamentos**: glucosa al 10% en ampollas de 10 ml, bicarbonato semimolar (42%) en ampollas de 10 ml, adrenalina, isoproterenol, naloxona y glucagón.
- **Varios**: bata estéril, gorro, mascarilla, guantes estériles, estetoscopio, tensiómetro neonato y sondas gástricas.

CONDUCTA PRÁCTICA:

Desde el nacimiento es preciso colocar al recién nacido sobre una mesa cálida, poner el cronómetro en marcha y auscultar el corazón.

Si el corazón no late

Será necesario de manera simultánea y coordinada desobstruir rápidamente las vías aéreas superiores, intubar y fijar sonda de intubación, ventilar artificialmente a través del tubo con oxígeno puro, practicar masaje cardíaco externo, profundir lentamente bicarbonato semimolar (3 a 5 ml/kg) por vía periférica o umbilical e instaurar monitorización cardíaca.

Si el corazón late a menos de 80 latidos/minuto

Desobstruir cuidadosamente las vías aéreas superiores, ventilar manualmente con mascarilla y oxígeno puro si no existe contraindicación (líquido amniótico meconial y sospecha de hernia diafragmática).

Si la mejoría es inmediata:

El niño recupera el color rápidamente, su frecuencia se acelera y se torna activo, respondiendo a estímulos.

Si no hay mejoría inmediata:

Revisar de inmediato la posible existencia de un problema técnico: llegada de oxígeno al respirador manual, buen funcionamiento del respirador manual, comprobar si los movimientos torácicos son simétricos y si los tonos cardíacos están desviados. Si no se produce mejoría, intubar y ventilar a través de la cánula y si es conveniente, practicar masaje cardíaco externo, profundiendo preferentemente por vía periférica. Si a pesar de hacer una buena reanimación ininterrumpida durante 15 minutos, el corazón se mantiene ineficaz, habrá que considerar la posibilidad de suspender las maniobras de reanimación.

Nacimiento con líquido amniótico meconial

Tras la aspiración faríngea y antes de ventilar con mascarilla, el neonato será inmediata y sistemáticamente aspirado mediante una sonda endotraqueal de aspiración deslizada entre las cuerdas vocales o bien inmediatamente después de la intubación y a través de su cánula.

Si fuera necesaria la ventilación a través del tubo, se hará con oxígeno puro mediante pequeñas presiones insuflatorias.

Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos/minuto

Aspirar las vías aéreas cuidadosamente, valorar el test de Apgar al minuto de vida:

- Apgar > 7: desobstrucción nasal, valorar Apgar a los 3, 5 y 10 minutos de vida.
- Apgar entre 4 y 7: desobstrucción y oxigenación.
- Si al cabo de tres minutos la puntuación de Apgar disminuye, puede deberse a:
 - a) Una apnea secundaria, quizás debida a la administración materna de derivados morfínicos durante el trabajo de parto.
 - b) Hernia diafragmática izquierda: silencio auscultatorio en hemidiafragma izquierdo y percepción de latidos

cardíacos en el lado derecho. Se impone rápida intubación, ventilación, sonda gástrica con aspiración continua y posición antitrendelenburg.

Si el Apgar persiste bajo después de tres minutos: practicar ventilación manual con mascarilla y si no hay mejoría o el cuadro se agrava, intubar, ventilar y profundir.

VIGILANCIA:

Todos los niños que hayan requerido maniobras de reanimación a su nacimiento deberán ser trasladados a una unidad pediátrica para su vigilancia y seguimiento.

RESPONSABILIDAD DE UN EQUIPO MÉDICO:

Todos los niños que deban ser transferidos a una unidad de reanimación neonatal serán trasladados por un equipo con médico experto en urgencias neonatales.

Un dossier de transporte debe incluir el estado del niño a su nacimiento, así como las maniobras y tratamientos efectuados. Una muestra de sangre de la madre (10 ml coagulada) y la placenta.

Los padres, ansiosos de conocer a su hijo, recibirán una atención muy especial. Les será mostrado el bebé y se les informará sobre los motivos que provocan su traslado y el lugar donde será ingresado.

BIBLIOGRAFÍA:

- Reanimación y transporte pediátricos (J. Lavaud) Ed. Masson.
- Manual de Cuidados Intensivos (James M. Rippe) Ed. Salvat.

Direcciones internet:

- <http://www.msd.es>
- <http://www.semergen.es>
- <http://www.uninet.edu/tratado/c0906i.html>

AUTOR:

D.U.E. Dña. Penélope Bernardini Amador

COLABORADORES:

D.U.E. Dña. Margot Bernardini Amador
Dr. D. Fernando Pérez-Padilla

Catálogo General de Publicaciones Oficiales:

<http://publicaciones.administracion.es>



EDITA:
INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA. Recinto Sur, s/n. – CEUTA
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 356-07-003-0