

**BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA**  
**DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA**  
**ATENCIÓN PRIMARIA**

REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO (II)

**ESTABILIZACIÓN INICIAL:**

- 1. Evitar la pérdida de calor.** Colocar al Recién Nacido (RN) bajo una fuente de calor y secar con una toalla seca y caliente.
- 2. Optimizar la vía aérea.** Colocar la cabeza en posición neutra o ligera extensión, para ello se coloca debajo de los hombros una toalla o paño de 2 cm de altura y se aspiran las secreciones. Primero se aspira la boca y después la nariz, la aspiración debe realizarse con suavidad, usando presiones < 100 mmHg, evitando introducir la sonda demasiado (< 5 cm) y empleando en cada aspiración no más de 5 segundos.
- 3. Secar y estimular.** En la mayoría de los casos el secado y la aspiración son suficientes para que el niño comience a respirar. La estimulación debe realizarse mediante la administración de palmadas suaves en los pies o frotar con un paño seco la espalda. Si tras estas maniobras el RN no respira se iniciará la ventilación a presión positiva (VPP).

**A los 30 segundos del nacimiento** y tras la valoración inicial y la aplicación de las medidas de estabilización inicial es necesario reevaluar nuevamente al niño y comprobar tres signos vitales:

- **Respiración.** La frecuencia respiratoria debe estar entre 40 y 60 respiraciones por minuto (rpm), con simetría en los movimientos respiratorios.
- **Frecuencia cardiaca (FC).** Se puede palpar en la base del cordón umbilical, arterias braquial o femoral, o mediante auscultación.
- **Color.** Debe ser sonrosado, considerando la acrocianosis como normal.

**Del resultado de esta nueva evaluación se derivan dos posibilidades:**

- **Niño que presenta respiración adecuada, con FC > 100 latidos por minuto (lpm), pero que persiste cianótico.** En este caso se debe administrar oxígeno libre (tubo de oxígeno conectado a una mascarilla o tubo sujeto entre las manos) a un flujo de 5 l/min y valorar nuevamente, si adquiere un color sonrosado, se retira progresivamente el oxígeno mientras se vigila que el niño continúe respirando. Si persiste la cianosis se procederá a la VPP.
- **Niño que presenta apnea o patrón respiratorio anómalo y FC < 100 lpm**

**VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA (VPP):**

Está indicada en aquellos casos en los que a los **30 segundos del nacimiento** el niño presenta una evaluación inicial no satisfactoria, y no responde a las maniobras de estabilización inicial.

- **Niño en apnea o con respiración irregular y FC < 100 lpm.**
- **Niño que respira con normalidad, con FC > 100 lpm, pero que presenta cianosis central a pesar de administrar oxígeno libre.**

En ambos casos se iniciará *ventilación con bolsa mascarilla*. La bolsa debe tener un tamaño de 400-500 ml, conectada a un flujo de oxígeno de 5-10 l/min. Las 2-3 primeras ventilaciones se realizarán con presiones pico de 35-40 cm H<sub>2</sub>O, después presiones de 20 cm H<sub>2</sub>O, con una frecuencia de 40-60 rpm (algo menos que una ventilación por segundo).

Para mantener una frecuencia apropiada puede ser de utilidad contar:

Ventila --- → Dos --- Tres ---  
(Comprimiendo) (Descomprimiendo)

Ventila --- → Dos --- Tres ---  
(Comprimiendo) (Descomprimiendo)

**Tras 30 segundos de VPP se debe reevaluar nuevamente la respiración, la FC y el color:**

- Si la FC se estabiliza por encima de 100 lpm, el niño adquiere un color sonrosado y la respiración es adecuada, se retira progresivamente la ventilación.
- Si la evolución es favorable, mejoría del color, respiración y FC > 60 lpm en aumento, mantener 30 seg. más la VPP y volver a valorar.
- Si la FC < 60 lpm, iniciar masaje cardiaco y valorar la intubación (IOT).

Si se prevé que la VPP va a durar más de dos minutos se debe considerar la colocación de una sonda orogástrica (sonda de alimentación de 8 Fr). El cálculo de la longitud de sonda que debe introducirse se realiza midiendo la distancia que hay desde el puente de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y desde ahí hasta el apéndice xifoides.

#### MASAJE CARDIACO:

Al igual que en el lactante el masaje se puede realizar mediante la técnica de los dos pulgares colocados en el 1/3 inferior del tórax, por encima del apéndice xifoides y el resto de la mano abrazando el tórax (técnica preferida por ser la más efectiva) o con dos dedos, índice y medio, colocados en el área de compresión descrita. La profundidad de las compresiones debe permitir la depresión del tórax 1/3 de su diámetro anteroposterior.

El masaje debe estar sincronizado con la ventilación en una relación 3:1, realizada en 2 seg, con el fin de conseguir administrar 90 compresiones y 30 ventilaciones en 1 minuto.

**IOT.** La intubación orotraqueal puede realizarse en cualquier momento de la reanimación:

- Si la VPP con bolsa mascarilla es ineficaz o se prevé va a ser prolongada.
- Si se requiere aspiración de meconio.
- En caso de necesitar masaje cardiaco.
- Diagnóstico prenatal de hernia diafragmática.
- En algunos casos de prematuridad extrema.

Se usarán tubos endotraqueales (TET) sin balón y se usarán palas rectas (Nº 0, 1). La técnica no debe sobrepasar los 30 seg. de tiempo. Si se sobrepasa dicho tiempo o la FC desciende se debe interrumpir la maniobra, ventilar con bolsa mascarilla y tras 2-3 min. volver a intentarlo.

<u>Edad gestacional</u> <u>(semanas)</u>	<u>Peso</u> <u>(gramos)</u>	<u>Número de tubo</u> <u>(mm)</u>
< 28	< 1.000	2.5
28-34	1.000-2.000	3.0
35-38	2.000-3.000	3.5
> 38	> 3.000	3.5-4.0

Longitud de tubo a introducir = peso (Kg) + 6.  
Usar por encima de los 2 Kg un detector de CO<sub>2</sub> espirado como método de comprobación de la correcta IOT.

El uso de la mascarilla laríngea en RN se puede considerar cuando la ventilación con bolsa mascarilla no es posible y no se puede proceder a la IOT.

#### FÁRMACOS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN:

- **Adrenalina.** Su administración está indicada si hay asistolia o si persiste FC < 60 lpm a pesar de mantener una adecuada ventilación, oxigenación y masaje cardiaco al niño durante 30 seg.

La dosis es de 0,01-0,03 ml/Kg de una solución 1:10.000 (diluir 1 ampolla de adrenalina 1:1.000 en 9 ml de suero salino fisiológico (SSF)). La vía de elección para su administración es la vía umbilical, pero si ésta no estuviese canalizada y el niño tuviese colocado un TET, se procederá a la administración por el mismo (usar en este caso dosis de 0,03 ml/Kg). La dosis puede repartirse cada 5 min. en función de la respuesta.

- **Líquidos.** Está indicada su administración en los casos de hemorragia periparto o si el RN presenta signos de hipovolemia (palidez, pulsos débiles con FC normal que no mejoran con oxigenación y ventilación adecuadas). Se pueden administrar cristaloides a dosis de 10-20 ml/Kg en 5-10 min. y valorar la respuesta. La vía de elección para su administración es la vía umbilical y como alternativa, se puede usar la intraósea.

- **Bicarbonato.** Su uso está reservado para aquellos casos de acidosis metabólica documentada o sospechada (RCP prolongada). Es imprescindible que el niño esté correctamente ventilado. Dosis: 1 mEq/Kg

diluido 1.1 con agua destilada en 2-3 min. por vía umbilical o intraósea. Se puede repetir la dosis a los 10 min.

- **Naloxona.** No está indicada como fármaco de rutina en la reanimación del RN. Valorar su administración en aquellos casos en los

que se sepa que la madre ha recibido narcóticos 4 horas antes del parto y el niño presenta una buena coloración y FC normal, pero es incapaz de mantener un buen trabajo respiratorio al retirar la VPP. Dosis: 0,1 mg/Kg (diluir 1 ampolla de 0,4 en 3 ml de SSF).

#### BIBLIOGRAFÍA:

- GRUPO ESPAÑOL DE RCP PEDIÁTRICA Y NEONATAL  
Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal.
- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA SACYL. VOL. II. Sacyl, 2006
- MANUAL DE SOPORTE VITAL AVANZADO  
4ª Edición. SEMICYUC 2007. Elsevier Doyma, S.L. Masson.

Direcciones internet:

<http://www.semicyuc.org>

<http://www.erc.eu>

<http://www.americanheart.org>

<http://www.semes.org>

#### AUTOR:

Dra. D<sup>a</sup>. Manuela Gómez Gómez

#### COLABORADORES:

D.U.E. D<sup>a</sup>. Ana Marfil Muñoz  
Dr. D. Manuel Guerra Jiménez

#### Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta que desee publicar algún artículo.



EDITA:

© INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA

GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA. Recinto Sur, s/n. – CEUTA

Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://www.060.es>

Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 356-08-003-5

