

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA

ATENCIÓN PRIMARIA

REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO (I)

INTRODUCCIÓN:

La asfisia perinatal continúa siendo la causa que más frecuentemente obliga a tener que realizar algún tipo de maniobra de reanimación en el recién nacido en el momento del parto. Se estima que entre un 5 y un 10% de los recién nacidos (RN) presentan un estado clínico compatible con asfisia perinatal, aumentando esta cifra si el RN es prematuro.

PREPARACIÓN PARA LA REANIMACIÓN:

Aunque la incidencia de partos extrahospitalarios no es muy elevada estos siguen produciéndose, por tanto es necesario que los servicios de emergencias estén adecuadamente preparados para afrontar con éxito la reanimación del RN.

Esta preparación incluye dos aspectos:

1. **Anticipación:** Existe una serie de factores considerados de riesgo, durante el embarazo o el parto, que de estar presentes deben hacer sospechar que el RN puede precisar de algún tipo de reanimación.

Factores de riesgo prenatales:

- Diabetes materna
- Hipertensión arterial gestacional o crónica
- Enfermedades maternas crónicas
- Anemia o isoimmunización
- Antecedentes de muerte neonatal o fetal previa
- Hemorragia del 2º o 3er trimestre
- Infección materna
- Oligoamnios o polihidramnios
- Gestación múltiple
- Rotura prematura de membranas
- Discordancia entre tamaño del feto y edad gestacional
- Embarazo no controlado

Factores de riesgo intraparto:

- Presentación anómala
- Parto prematuro o precipitado
- Prolapso del cordón umbilical
- Hemorragia anteparto
- Desprendimiento de placenta o placenta previa
- Rotura prolongada de membranas (> 18 horas)
- Líquido amniótico meconial
- Administración de narcóticos a la madre

2. Preparación del material que será necesario para la reanimación:

- Fuente de calor
- Oxígeno
- Cronómetro
- Aspirador de secreciones
- Sonda de aspiración (5 ó 6, 8, 10, 12, 14 Fr.)
- Bolsas autoinflables (250 y 500 ml)
- Mascarillas faciales (tamaño neonatal, término y pretérmino)
- Cánula de Guedel (Nº 00 y 0)
- Laringoscopio, preferentemente con pala recta (Nº 0 y 1)
- Fiador
- Tubos endotraqueales
- Sondas gástricas de 5 a 8 Fr.
- Mascarilla laríngea
- Catéter umbilical de 3,5 a 5 Fr.
- Aguja (25, 21 y 19)
- Bisturí, pinzas de Kocher, pinzas iris.
- Jeringas (1 a 50 ml) y llaves de tres pasos
- Adrenalina (diluir al 1:10.000 con SSF)
- Bicarbonato 1 M (diluir al 50% con agua bidestilada)
- Expansores de volumen (SSF, Ringer lactato)
- Naloxona
- Glucosa al 5 y al 10%
- Tijeras, esparadrapo y gasas estériles.
- Pulsioxímetro, capnógrafo, monitor ECG
- Guantes, estetoscopio, bombillas y pilas de repuesto del laringoscopio.

Límites de la reanimación

Hay amplio consenso en no iniciar la reanimación si:

- Edad gestacional < 23 semanas y/o < 400 gramos (excepto si es un crecimiento intrauterino retardado o tiene una vitalidad extrema).
- Anencefalia
- Trisomía del 13 ó 18 confirmadas
- Fetos con signos de muerte

Si se ha iniciado la reanimación se interrumpirá si:

- Se confirma la presencia de enfermedad incurable
- No hay respuesta tras 15 minutos de RCP.

En el caso de niños prematuros con peso < 750 gramos la decisión de interrumpir las maniobras de RCP

en aquellos casos en los que el Apgar a los 5 minutos es > 5 o hay necesidad de administrar adrenalina o masaje cardíaco, es controvertida. Parece que si hay dudas con respecto a la viabilidad del niño se podría iniciar maniobras de RCP y posteriormente, en un entorno más seguro y tranquilo, valorar limitar el esfuerzo terapéutico.

VALORACIÓN INICIAL:

La valoración inicial se centra en **cinco parámetros**:

- 1. Color del líquido amniótico.** Lo normal es que sea claro, si aparece teñido de meconio se procederá de la siguiente manera:
 - Si el niño nace vigoroso, llorando, sin dificultad respiratoria y el meconio es escaso y acuoso, no se debe realizar aspirado de la tráquea, sólo cuidados de rutina.
 - Si el niño nace apnéico o con respiración ineficaz, hipotónico o con $FC < 100$, se procederá al aspirado traqueal de secreciones sin realizar previamente ninguna de las maniobras que puedan favorecer el paso de meconio a vía respiratoria (secado, estimulación táctil, ventilación a presión positiva). Para ello, se debe disponer de algún dispositivo que permita la aspiración directa del TET mediante un adaptador; si esto no es posible existe un método alternativo que consiste en introducir a modo de TET, una sonda de aspiración gruesa (14 Fr.). Una vez que se ha intubado o se ha colocado la sonda, se deben retirar al mismo tiempo que se aspira (presión de aspiración < 100 mmHg.). Se repetirá esta secuencia

de 3 a 5 veces, hasta comprobar que no sale líquido meconial. Si en algún momento, durante este proceso, la frecuencia cardíaca del niño baja, se debe proceder a ventilación con presión positiva.

- 2. El recién nacido respira o llora.** Un llanto vigoroso es el mejor indicativo de que el niño respira adecuadamente. Si el niño está en apnea o con respiración tipo gasping, se actuará precozmente.
- 3. Tono muscular.** El niño con buen tono muscular, permanece activo con las extremidades flexionadas.
- 4. Color.** En el momento del nacimiento todos los niños tienen un color cianótico que desaparece a los pocos segundos para volverse sonrosado. En algunos casos puede persistir una cianosis en pies y manos, esta acrocianosis es considerada normal. La valoración correcta de la coloración se realiza valorando labios, lengua y tronco.
- 5. Niño a término.** Si es un prematuro se debe tener en cuenta que las posibilidades de tener que realizar alguna maniobra de reanimación aumenta.

Si la valoración de todos estos parámetros es correcta se procederá a aplicar cuidados de rutina: secar con un paño precalentado, limpiar secreciones de boca y nariz con gasa, evitar la pérdida de calor y se cortará el cordón umbilical a unos 4-5 cm. de la base.

Si por el contrario, alguno de estos parámetros no está dentro de la normalidad se procederá a realizar maniobras de estabilización inicial.

BIBLIOGRAFÍA:

- GRUPO ESPAÑOL DE RCP PEDIÁTRICA Y NEONATAL Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. Ed. Publimed, 2006.
- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA SACYL. Vol. II Sacyl, 2006.
- MANUAL DE SOPORTE VITAL Y 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^a Manuela Gómez Gómez

COLABORADORES:

D.U.E. D^{ña}. 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