



**Nombre de alumnos: Brisaida Trigueros Ramírez.**

**Nombre del profesor: Martha Patricia Marin.**

**Nombre del trabajo: súper nota**

**Materia: fisiología de niño y adolescente.**

**Grado: Quinto cuatrimestre**

**Grupo: " A "**

**PASIÓN POR EDUCAR**

Frontera Comalapa Chiapas, 7 de Abril de 2021.

## *Reanimación cardiopulmonar en recién nacidos.*

La pérdida de bienestar fetal perinatal es la situación que con mayor frecuencia condiciona la necesidad de reanimación cardiopulmonar del recién nacido en el momento del parto. Se estima que un 10 % de los recién nacidos van a requerir algún tipo de reanimación al nacimiento, siendo este porcentaje mucho más elevado en los recién nacidos más inmaduros.



### **1. Recién nacidos que tienen líquido teñido de meconio y no están vigorosos.**

Si el recién nacido al término, tiene llanto enérgico y respiración efectiva, buen tono muscular y el líquido amniótico ha sido claro puede permanecer con la madre para recibir los cuidados de rutina (secar, evitar pérdida de calor, limpiar la vía aérea con gasas y aspirar si es necesario). Si alguno de los supuestos anteriores es negativo se procederá a la estabilización inicial.

### **2. Control de la temperatura corporal.**

La temperatura posnatal en el rango normal en RN no asfixiados es un predictor fuerte de morbimortalidad en todas las edades gestacionales, Se recomienda mantener la temperatura corporal entre 36,5 y 37,5 °C. En los RN pretérmino tardíos o RN a término, se sugiere favorecer el contacto inmediato piel a piel con su madre. En los prematuros más pequeños, se recomienda el uso de una combinación de intervenciones, además de la fuente de calor radiante, que pueden incluir temperatura ambiental de 24 a 26 °C, toallas precalentadas, colchones térmicos, envolver al RN sin previo secado en bolsas de plástico, colocarle un gorro y calentar.



### 3. Uso de oxígeno.

Los avances en el cuidado de los pacientes redundan inequívocamente en una mejora sustancial en la evolución y el pronóstico, especialmente, para los RN prematuros y aquellos que sufren asfixia perinatal. El objetivo es administrar el necesario para lograr normoxemia para cada RN en cada situación de hipoxia. La mejor evidencia disponible apoya las siguientes recomendaciones:

- Se aconseja iniciar reanimación de RN con bajas concentraciones de O<sub>2</sub> .

- En RN a término y mayores o iguales de 30 semanas de gestación, usar aire ambiental como gas inicial en la reanimación (FiO<sub>2</sub> 0,21).



- En RN prematuros menores de 30 semanas, iniciar reanimación con una FiO<sub>2</sub> de 0,3. Si el RN está respirando, pero la SpO<sub>2</sub> no está dentro del rango esperado, se puede proveer O<sub>2</sub> a flujo libre empezando con una FiO<sub>2</sub> cercana a 0,3 y un flujo de 10 litros por minuto (LPM). Debe usarse un mezclador, ajustando la concentración de O<sub>2</sub> a la necesaria para conseguir que la SpO<sub>2</sub> esté dentro del rango esperado.

### 4. Intubación endotraqueal y máscara laríngea.

Se recomienda intubar antes de empezar con compresiones torácicas. Como alternativa a la intubación endotraqueal durante la reanimación en prematuros tardía o RN a término, si la VPP con máscara facial no resulta efectiva, se sugiere considerar el uso de máscara laríngea, así como en los raros casos en que la intubación no es factible.



La mascarilla laríngea puede ser utilizada en algunas situaciones (ventilación con mascarilla facial ineficaz e imposibilidad de intubación), pero todavía existe escasa experiencia en recién nacidos para recomendarla de primera elección.

### **Intubación endotraqueal.**

Si la ventilación con bolsa y mascarilla es ineficaz, evidenciada por la ausencia de movimientos torácicos, a pesar de estar realizando la maniobra correctamente, y/o por el continuo descenso de la frecuencia cardíaca. Necesidad de administrar masaje cardíaco.

material: Laringoscopio (con pilas de repuesto), Pala de laringoscopio, preferiblemente recta: N.º 0 (prematuros), N.º 1 (niños a término), Tubo endotraqueal: se recoge el calibre más adecuado del tubo según el peso del recién nacido, sin bien, es aconsejable disponer de tubos de calibre 0,5 mm mayor y más pequeño del deseado.

Técnica.

El paciente se coloca en decúbito supino en posición de *olfateo* con ligera extensión de la cabeza. Introducir el laringoscopio por la derecha desplazando la lengua hacia la izquierda. Avanzar la hoja del



laringoscopio hasta situar la punta en la valécula epiglótica o hasta deprimir *calzar* la epiglottis. En ocasiones una ligera presión externa sobre la laringe con el quinto dedo de la mano izquierda o efectuada por un ayudante puede facilitar la visualización de las cuerdas vocales. Introducir el tubo endotraqueal con la mano derecha y retirar el laringoscopio con precaución de no desplazar el tubo. Posteriormente fijar el tubo y conectarlo al sistema de ventilación.

## 5. El masaje cardíaco

también llamado “compresiones torácicas está indicado cuando la FC es menor de 60 lpm después de 30 segundos de VPP efectiva, es decir, que expanda los pulmones (evidenciado por los movimientos del tórax con la ventilación). En esta instancia, se



recomienda aumentar la FiO<sub>2</sub> a 1,0. Se recomienda que las compresiones torácicas se administren con la técnica de los pulgares, rodeando la caja torácica del RN con las manos, como método preferencial de masaje cardíaco. La mejor técnica consiste en colocar los pulgares en el tercio inferior del esternón, justo por debajo de la línea media intermamilar, y el resto de los dedos abrazando el tórax. El masaje cardíaco también se puede efectuar comprimiendo el tercio inferior del esternón con los dedos medio y anular.

Cada compresión debe alcanzar una profundidad de un tercio del tórax. Debe ser suave y durar al menos la mitad del ciclo compresión/relajación. Los dedos no deben separarse del esternón durante la fase de relajación pero deben permitir que la pared costal vuelva a su posición inicial.

## 6. Trabajo en equipo

Las habilidades de comportamiento, y, dentro de ellas, el trabajo en equipo, son la clave para lograr una reanimación neonatal eficaz. En el trabajo en la sala de partos, confluyen varios equipos de profesionales (obstetricia, anestesia y neonatología/pediatría), por lo que la coordinación de las intervenciones es fundamental.



Link.

[https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_actualizacion-en-reanimacion-cardiopulmonar-neonatal-95.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_actualizacion-en-reanimacion-cardiopulmonar-neonatal-95.pdf).