


REANIMACIÓN NEONATAL


Dr. Gerardo Flores

Autor : Interno: Gonzalo Sierra

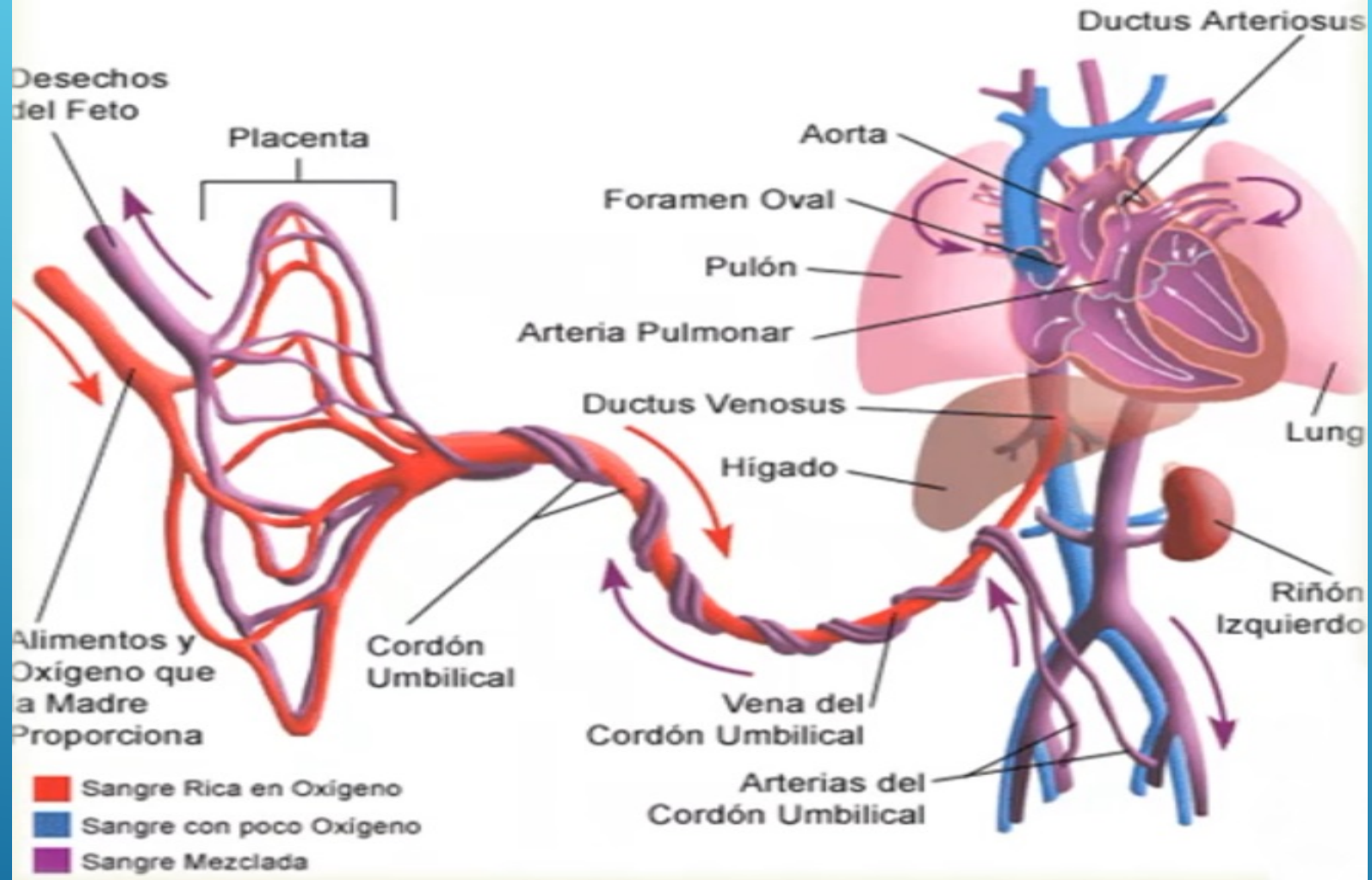
Septiembre 2020

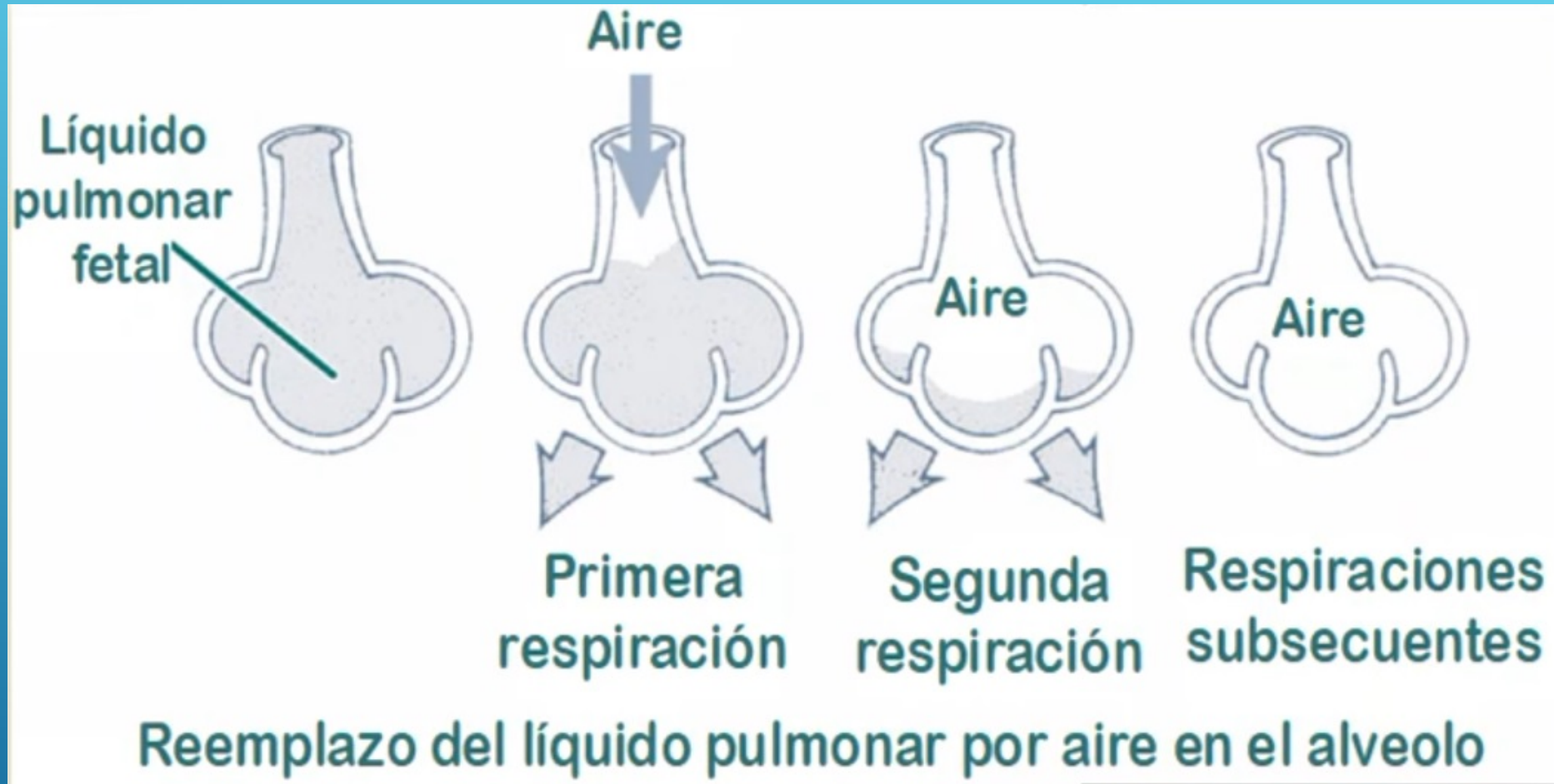
- ▶ 10% de todos los recién nacidos requieren algún tipo de reanimación
 - ▶ 1% requiere medidas complejas de reanimación para sobrevivir.
 - ▶ Alrededor del 80 % de los neonatos con peso de nacimiento menor de 1500 grs. requieren reanimación
 - ▶ La atención que reciba un recién nacido asfixiado en los primeros minutos de vida puede tener consecuencias sobre el resto de su existencia y afectar directamente su calidad de vida futura.
 - ▶ La asfixia comprende un 19% de muertes neonatales cada año
- 

FISIOLOGÍA DE TRANSICIÓN

- ▶ Pérdida del líquido pulmonar.
 - ▶ Secreción de surfactante.
 - ▶ Establecimiento de una buena capacidad funcional residual.
 - ▶ Disminución de la resistencia vascular pulmonar.
 - ▶ Aumento de la presión arterial sistémica después de la remoción de la placenta.
 - ▶ Cierre de los 2 cortocircuitos (auricular y ductal).
 - ▶ Aumento del flujo sanguíneo pulmonar.
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths and orientations, located in the bottom right corner of the slide.

Circulación en el Feto





A

1 minuto

B

C

D

Asesoramiento prenatal.
Exposición informativa para el equipo de reanimación y verificación del equipo.

Nacimiento

¿Nacido a término?
¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora?

Sí

Permanecer junto a la madre durante la atención de rutina: Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, evaluación constante.

No

Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, estimular.

¿Apnea, boqueo o FC menor a 100 lpm?

No

¿Respira con dificultad o cianosis persistente?

Sí

VPP.
Monitor de SpO₂.
Considerar monitor ECG.

Colocar en posición y despejar la vía aérea.
Monitor de SpO₂.
O₂ suplementario según sea necesario.
Considerar CPAP.

No

Atención posterior a la reanimación.
Análisis de la reanimación en equipo.

¿FC menor a 100 lpm?

Sí

Verificar movimiento del pecho.
Pasos correctivos de la ventilación si es necesario.
TET o máscara laríngea si es necesario.

No

¿FC menor a 60 lpm?

Sí

Intubar si todavía no se hizo.
Compresiones torácicas.
Coordinación con VPP.
O₂ 100%.
Monitor ECG.

¿FC menor a 60 lpm?

Sí

Adrenalina IV.
Si la FC continúa por debajo de los 60 lpm: considerar hipovolemia, considerar neumotórax.

SpO ₂ preductal objetivo	
1 min	60 % – 65 %
2 min	65 % – 70 %
3 min	70 % – 75 %
4 min	75 % – 80 %
5 min	80 % – 85 %
10 min	85 % – 95 %

Asesoramiento prenatal.
Exposición informativa para el equipo de reanimación y verificación del equipo.

Nacimiento

¿Nacido a término?
¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora?

Si

Permanecer junto a la madre durante la atención de rutina: Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, evaluación constante.

No

Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, estimular.

¿Apnea, boqueo o FC menor a 100 lpm?

No

¿Respira con dificultad o cianosis persistente?

Si

VPP.
Monitor de SpO₂.
Considerar monitor ECG.

Si

Colocar en posición y despejar la vía aérea.
Monitor de SpO₂.
O₂ suplementario según sea necesario.
Considerar CPAP.

A

1 minuto

B



Comportamiento	Ejemplos
Conozca su entorno	<ul style="list-style-type: none"> Realice una verificación del equipo antes de que nazca el recién nacido. Conozca la ubicación del equipo de reanimación y cómo acceder a él. Sepa cómo pedir ayuda y quién está disponible.
Use la información disponible	<ul style="list-style-type: none"> Conozca los antecedentes prenatales e intraparto, incluyendo las complicaciones maternas, los medicamentos maternos y otros factores de riesgo.
Anticípese y planifique	<ul style="list-style-type: none"> Realice una exposición informativa para el equipo previa a la reanimación para asegurarse de que todos los miembros del equipo de reanimación conozcan la situación clínica. Asigne los roles y responsabilidades. Discuta un plan de acción en el caso de que haya complicaciones.
Identifique claramente al líder del equipo de reanimación	<ul style="list-style-type: none"> Identifique al líder del equipo antes del nacimiento. Líderes eficaces <ul style="list-style-type: none"> Expresan las metas claramente. Delegan las tareas de manera adecuada mientras controlan la distribución de la carga de trabajo. Incluyen a otros miembros del equipo de reanimación en la evaluación y la planificación. Piensen "en voz alta". Mantienen la conciencia situacional. Ceden el liderazgo a otro miembro del equipo si deben involucrarse en un procedimiento.
Comuníquese eficazmente	<ul style="list-style-type: none"> Llame a los miembros del equipo de reanimación por su nombre. Comparta la información activamente. Informe a su equipo si identifica un problema, error o preocupación por la seguridad del paciente. Pida los medicamentos por nombre, dosis y vía. Use lenguaje claro y conciso. Use una comunicación en círculo cerrado. Verifique la información. Asegúrese de que los cambios en la información o las evaluaciones se compartan con todos los miembros del equipo de reanimación. Incluya a los familiares en la comunicación si fuera adecuado.
Delegue la carga de trabajo en forma óptima	<ul style="list-style-type: none"> No duplique el trabajo o utilice más recursos de lo necesario. Cambie la asignación de tareas dependiendo del conjunto de destrezas y lo que se necesita en el momento. No permita que una persona se sobrecargue de tareas. No permita que el equipo de reanimación se obsesione con una única tarea.
Dirija su atención de manera inteligente	<ul style="list-style-type: none"> Mantenga la conciencia situacional mediante la frecuente exploración y reevaluación de la situación clínica. Controle mutuamente el desempeño de las destrezas para garantizar la seguridad del paciente.
Use los recursos disponibles	<ul style="list-style-type: none"> Sepa qué personal está disponible. Sepa qué suministros adicionales o especiales están disponibles y cómo acceder a ellos.
Pida ayuda adicional cuando se necesite	<ul style="list-style-type: none"> Anticipe la necesidad de miembros del equipo adicionales de acuerdo con los factores de riesgo y el progreso de la reanimación. Pida ayuda adicional oportunamente. Sepa cómo pedirá ayuda adicional y conozca el proceso para conseguir el tipo de ayuda correcta.
Mantenga una conducta profesional	<ul style="list-style-type: none"> Use una comunicación verbal y no verbal respetuosa. Pida y brinde ayuda activamente. Apoye y promueva el trabajo en equipo. Respete y valore a su equipo de reanimación.

Asesoramiento prenatal.
Exposición informativa para el equipo de reanimación y verificación del equipo.

Nacimiento

¿Nacido a término?
¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora?

Si

Permanecer junto a la madre durante la atención de rutina: Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, evaluación constante.

No

Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, estimular.

A

1 minuto

¿Apnea, boqueo o FC menor a 100 lpm?

No

¿Respira con dificultad o cianosis persistente?

Si

VPP.
Monitor de SpO₂.
Considerar monitor ECG.

Si

Colocar en posición y despejar la vía aérea.
Monitor de SpO₂.
O₂ suplementario según sea necesario.
Considerar CPAP.

B

Factores de riesgo previos al parto

Edad de gestación menor a las 36 0/7 semanas
Edad de gestación mayor o igual a 41 0/7 semanas
Preeclampsia o eclampsia
Hipertensión materna
Embarazo múltiple
Anemia fetal
Polihidramnios

Oligohidramnios
Hidropesía fetal
Macrosomía fetal
Restricción del crecimiento intrauterino
Malformación o anomalías fetales significativas
Sin atención prenatal

Factores de riesgo durante el parto

Parto por cesárea de emergencia
Parto asistido con fórceps o ventosas
Presentación de nalgas u otra presentación anormal
Patrón de frecuencia cardíaca fetal categoría II o III*
Anestesia general en la madre
Terapia materna con magnesio
Desprendimiento de placenta

Hemorragia durante el parto
Corioamnionitis
Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas previas al parto
Distocia de hombros
Líquido amniótico teñido con meconio
Cordón umbilical prolapsado

Calentar

- Calentador precalentado
- Toallas o mantas calientes
- Sensor de temperatura y tapa del sensor para reanimaciones prolongadas
- Gorro
- Bolsa plástica o envoltorio plástico (<32 semanas de gestación)
- Colchón térmico (<32 semanas de gestación)

Despejar la vía aérea

- Pera de goma
- Sonda de succión de 10F o 12F conectada al dispositivo de succión instalado en la pared, fijada a 80 a 100 mm Hg
- Aspirador de meconio

Auscultar

- Estetoscopio

Ventilar

- Flujómetro fijado a 10 l/min
- Mezclador de oxígeno fijado a 21 % (21 %-30 % si son <35 semanas de gestación)
- Dispositivo de ventilación a presión positiva (VPP)
- Máscaras de tamaños adecuados para bebés a término y prematuros
- Sonda de alimentación de 8F y jeringa grande

Oxigenar

- Equipo para proporcionar flujo libre de oxígeno
- Oxímetro de pulso con sensor y tapa
- Tabla de objetivo de saturación de oxígeno

Intubar

- Laringoscopio con hojas rectas, tamaño 0 y tamaño 1 (tamaño 00, opcional)
- Estilete (opcional)
- Tubos endotraqueales (tamaños 2.5, 3.0, 3.5)
- Detector de dióxido de carbono (CO₂)
- Cinta métrica y/o tabla de profundidad de inserción de tubo endotraqueal
- Cinta adhesiva a prueba de agua o dispositivo para asegurar el tubo
- Tijeras
- Máscara laríngea (tamaño 1) y jeringa de 5 ml

Medicar

- Acceso a
- Adrenalina 1:10 000 (0.1 mg/ml)
 - Solución salina normal
 - Suministros para colocar un catéter venoso umbilical de emergencia y administrar medicamentos
 - Electrodo del monitor cardíaco electrónico (ECG) y monitor ECG

Asesoramiento prenatal.
Exposición informativa para el equipo de
reanimación y verificación del equipo.

Nacimiento

¿Nacido a término?
¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora?

Permanecer junto a la madre durante
la atención de rutina: Calentar y
mantener la temperatura normal,
posicionar la vía aérea, despejar las
secreciones si fuera necesario, secar,
evaluación constante.

No

Calentar y mantener la temperatura
normal, posicionar la vía aérea,
despejar las secreciones si fuera
necesario, secar, estimular.

¿Apnea, boqueo o FC
menor a 100 lpm?

No

¿Respira con dificultad
o cianosis
persistente?

Sí

Sí

VPP.
Monitor de SpO₂.
Considerar monitor ECG.

Colocar en posición y despejar la
vía aérea.
Monitor de SpO₂.
O₂ suplementario según sea necesario.
Considerar CPAP.

A

1
minuto

B



Asesoramiento prenatal.
Exposición informativa para el equipo de
reanimación y verificación del equipo.

Nacimiento

¿Nacido a término?
¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora?

Sí

Permanecer junto a la madre durante
la atención de rutina: Calentar y
mantener la temperatura normal,
posicionar la vía aérea, despejar las
secreciones si fuera necesario, secar,
evaluación constante.

No

Calentar y mantener la temperatura
normal, posicionar la vía aérea,
despejar las secreciones si fuera
necesario, secar, estimular.

¿Apnea, boqueo o FC
menor a 100 lpm?

No

¿Respira con dificultad
o cianosis
persistente?

Sí

VPP.
Monitor de SpO₂.
Considerar monitor ECG.

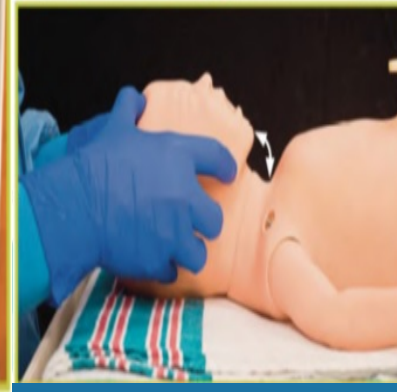
Sí

Colocar en posición y despejar la
vía aérea.
Monitor de SpO₂.
O₂ suplementario según sea necesario.
Considerar CPAP.

A

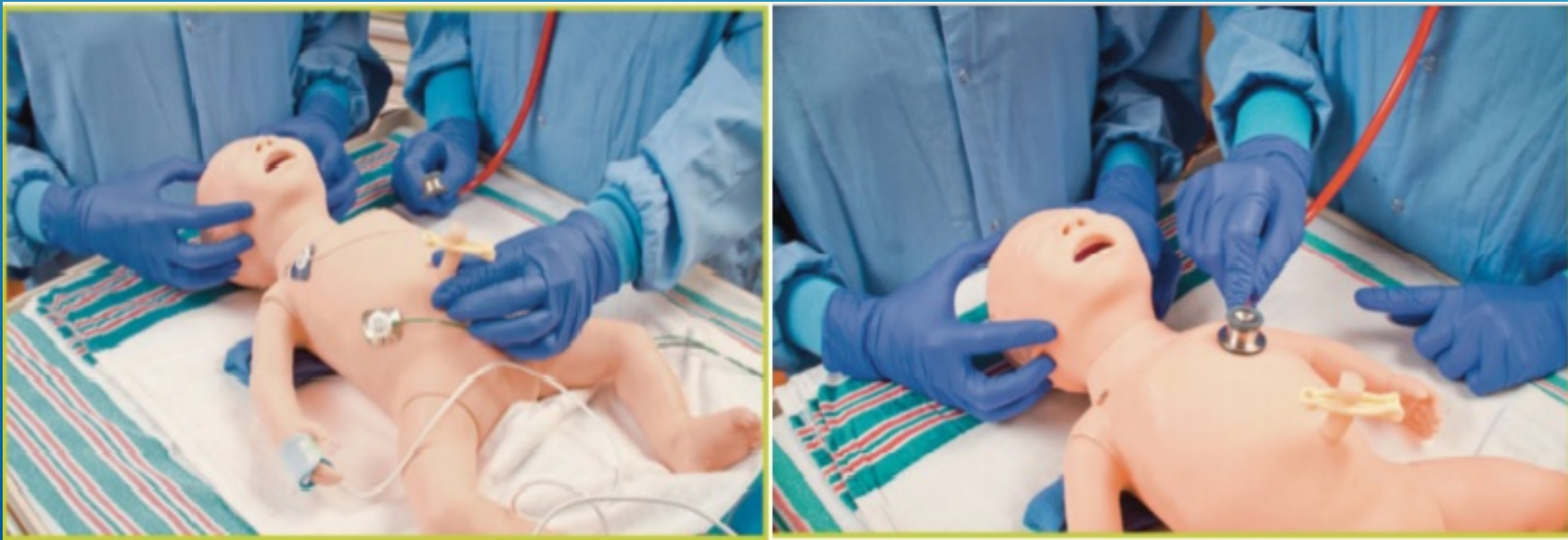
1
minuto

B



¿CÓMO EVALÚA LA RESPUESTA DEL RECIÉN NACIDO A LOS PASOS INICIALES?

- ▶ Recordar los 5 pasos que son: Calentar –Posicionar vía Aérea–Secreciones-Secar-Estimular
- ▶ Respiración: Que no sea entrecortada, que no presente cianosis central, que presente saturación adecuada según la tabla
- ▶ Frecuencia Cardíaca: Estetoscopio – Oximetría de pulso – Monitor ECG



Asesoramiento prenatal.
Exposición informativa para el equipo de reanimación y verificación del equipo.

Nacimiento

¿Nacido a término?
¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora?

Sí

Permanecer junto a la madre durante la atención de rutina: Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, evaluación constante.

No

Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, estimular.

¿Apnea, boqueo o FC menor a 100 lpm?

No

¿Respira con dificultad o cianosis persistente?

Sí

Colocar en posición y despejar la vía aérea.
Monitor de SpO₂.
O₂ suplementario según sea necesario.
Considerar CPAP.

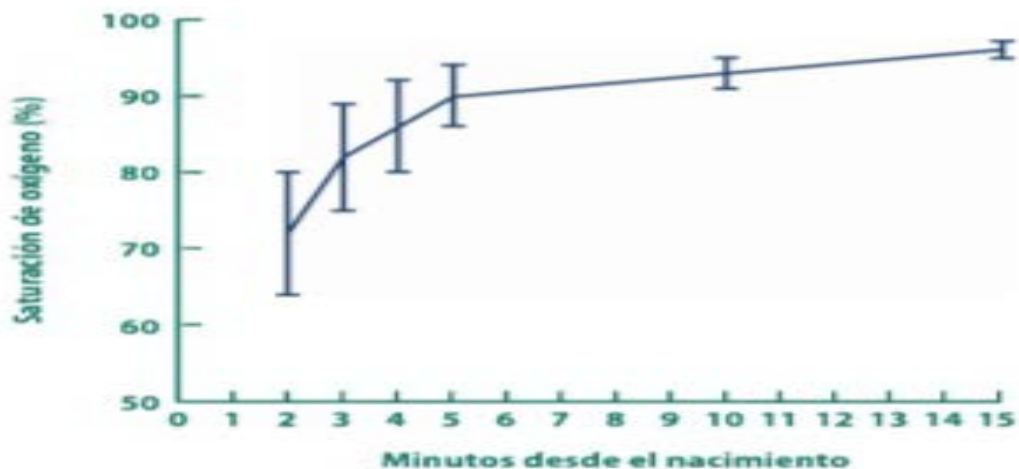
Sí

VPP.
Monitor de SpO₂.
Considerar monitor ECG.

A

1 minuto

B

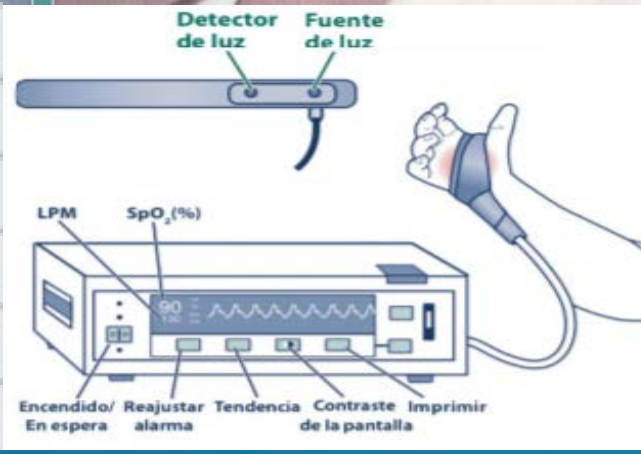


Indicaciones para la oximetría de pulso

- Cuando se prevé la necesidad de reanimación
- Para confirmar su percepción de cianosis central persistente
- Cuando se administra oxígeno suplementario
- Cuando se requiere ventilación a presión positiva



1 min	60 % - 65 %
2 min	65 % - 70 %
3 min	70 % - 75 %
4 min	75 % - 80 %
5 min	80 % - 85 %
10 min	85 % - 95 %



Asesoramiento prenatal.
Exposición informativa para el equipo de reanimación y verificación del equipo.

Nacimiento

¿Nacido a término?
¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora?

Sí

Permanecer junto a la madre durante la atención de rutina: Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, evaluación constante.

No

Calentar y mantener la temperatura normal, posicionar la vía aérea, despejar las secreciones si fuera necesario, secar, estimular.

¿Apnea, boqueo o FC menor a 100 lpm?

No

¿Respira con dificultad o cianosis persistente?

Sí

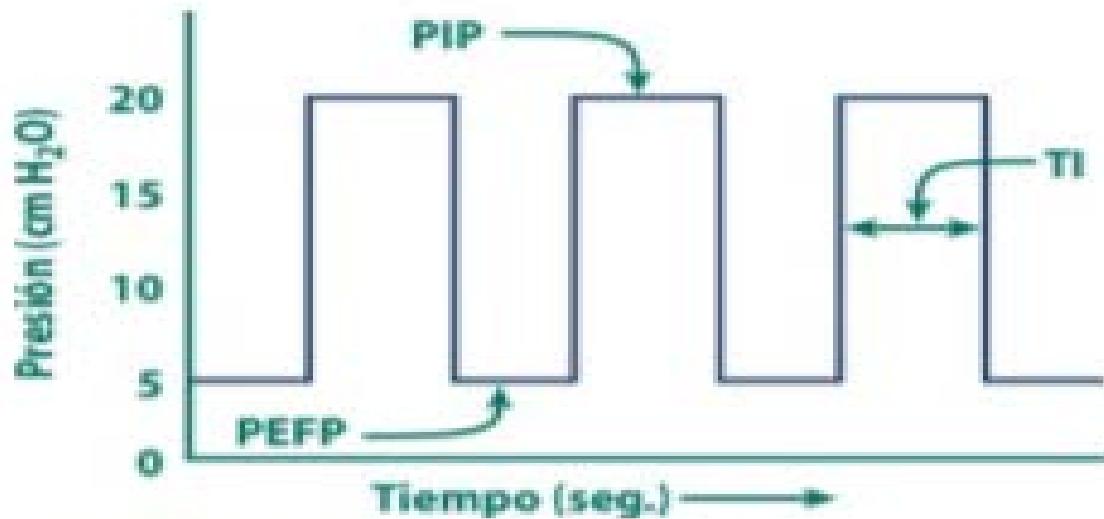
VPP.
Monitor de SpO₂.
Considerar monitor ECG.

Colocar en posición y despejar la vía aérea.
Monitor de SpO₂.
O₂ suplementario según sea necesario.
Considerar CPAP.

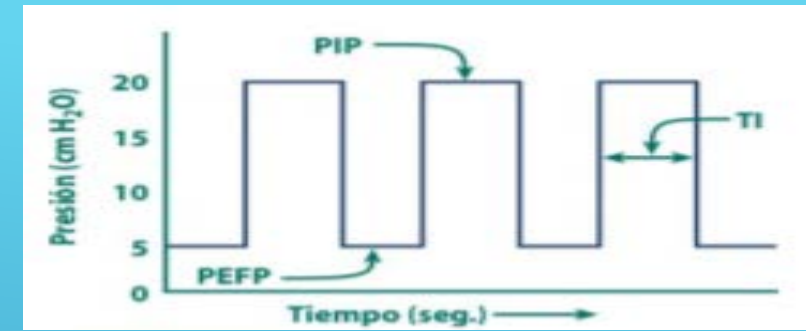
A

1 minuto

B



VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA



- ▶ Presión inspiratoria pico (PIP): La presión más alta administrada con cada respiración
- ▶ Presión positiva al final de la espiración (PEEP): La presión de gas que queda en los pulmones entre respiraciones cuando el bebé está recibiendo respiración asistida
- ▶ Presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP): La presión de gas que queda en los pulmones entre respiraciones cuando el bebé respira espontáneamente
- ▶ Frecuencia: La cantidad de respiraciones asistidas que se administran por minuto
- ▶ Tiempo de inspiración (TI): La duración (segundos) de la fase de inspiración de cada respiración a presión positiva

¿CÓMO SE PREPARA PARA COMENZAR UNA VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA?

- ▶ Elimine las secreciones de las vías aéreas
- ▶ Colóquese junto a la cabeza del bebé
- ▶ Coloque la cabeza y el cuello del bebé en la posición correcta



Indicaciones para la ventilación a presión positiva

- Apnea (no respira)
- Respiración entrecortada
- Frecuencia cardíaca menor a 100 lpm
- Saturación de oxígeno por debajo del rango objetivo a pesar del oxígeno a flujo libre o CPAP

Mascarillas

1) Selección de mascarilla

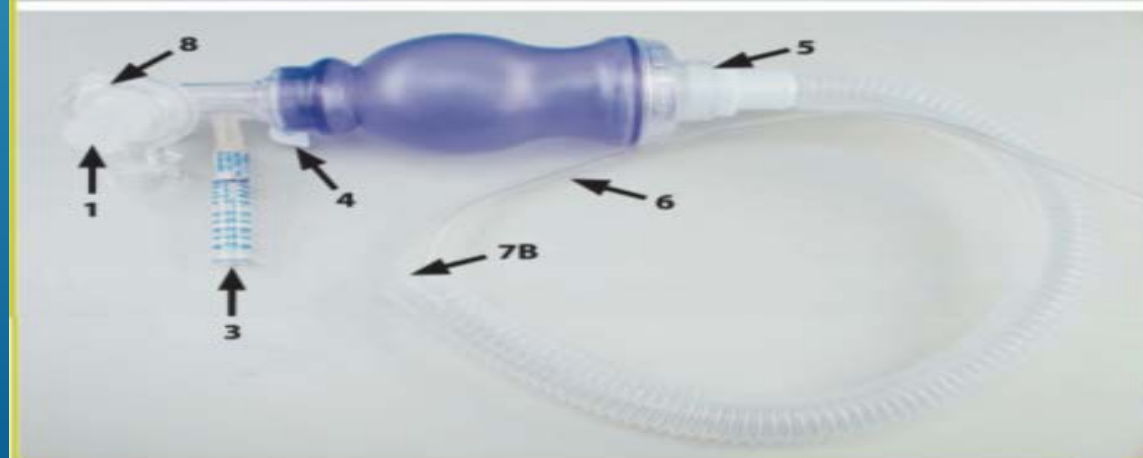
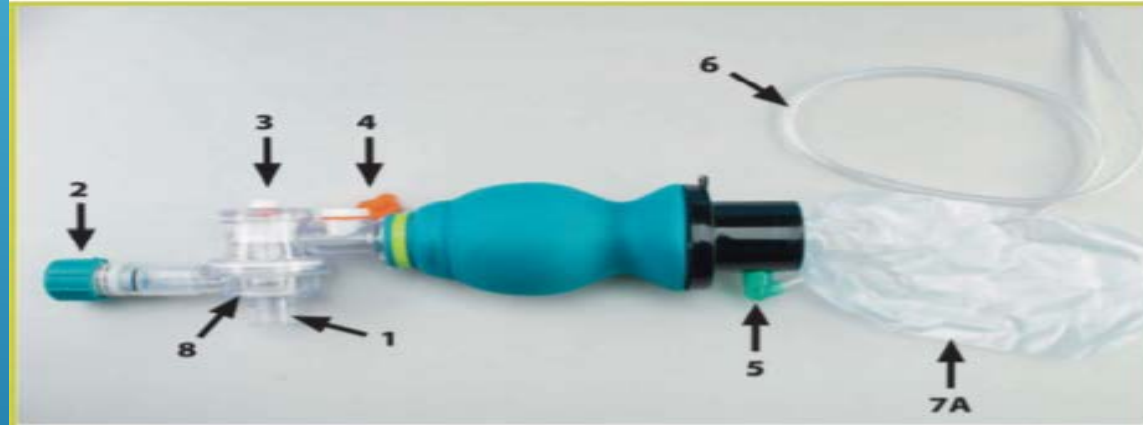
2) Técnica de 1 mano

3) Técnica de 2 manos



BOLSA AUTO INFLABLE

- 1 Salida de gas
- 2 Válvula de PEEP (opcional)
- 3 Manómetro
- 4 Válvula liberadora de presión
- 5 Entrada de gas
- 6 Tubo de gas
- 7 (A) Reservorio de oxígeno (tipo cerrado)
(B) Reservorio de oxígeno (tipo abierto)
- 8 Ensamble de válvula



Prueba de una bolsa autoinflable

Bloquee la máscara o la salida de gas.

- ¿Siente presión contra la mano?
- ¿El manómetro registra la presión cuando usted aprieta la bolsa?
- ¿Se abre la válvula de liberación de presión cuando el manómetro registra una presión de 30 a 40 cm de H₂O?
- ¿La bolsa vuelve a inflarse rápidamente cuando la suelta?

De no ser así,

- ¿Hay alguna fisura o pérdida en la bolsa?
- ¿Falta el manómetro, dejando abierto el sitio de conexión?
- ¿Falta la válvula de liberación de presión o está bloqueada?

BOLSA INFLADA POR FLUJO



- 1 Salida de gas
- 3 Manómetro
- 3 Entrada de gas
- 4 Válvula liberadora de presión (opcional)
- 6 Tubo de gas
- 6 Válvula de control de flujo

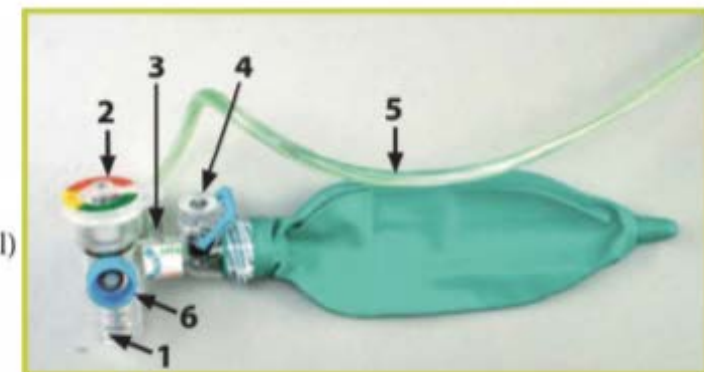


Figura 4A.4. Piezas de una bolsa inflada por flujo

Prueba de bolsa inflada por flujo

Bloquee la máscara o la salida de gas.

- ¿La bolsa se llena correctamente?
- Ajuste la válvula de control de flujo para que lea una PEEP de 5 cm de H₂O.

Apriete la bolsa 40 a 60 veces por minuto.

- ¿La bolsa vuelve a inflarse rápidamente cuando la suelta?
- Ajuste la válvula de control de flujo para que lea 30 a 40 cm de H₂O cuando se aprieta con firmeza.
- Revise para asegurarse de que siga leyendo una presión de 5 cm de H₂O cuando la bolsa no se esté apretando (PEEP).

Si la bolsa no se llena correctamente,

- ¿Hay alguna fisura u orificio en la bolsa?
- ¿La válvula de control de flujo está demasiado abierta?
- ¿El manómetro está conectado?
- ¿El tubo de gas está conectado en forma segura?
- ¿La salida de gas está lo suficientemente bloqueada?



REANIMADOR CON PIEZA EN T



Prueba de un reanimador con pieza en T

Bloquee la salida de gas (paciente) de la máscara o del reanimador con pieza en T sin ocluir la abertura en el tapón del reanimador con pieza en T.

• ¿Se registra una PEEP de 5 cm de H₂O?

Ocluya la abertura en el tapón del reanimador con pieza en T.

• ¿Se registra un pico de presión de 20 a 25 cm de H₂O?

Si la presión no es correcta,

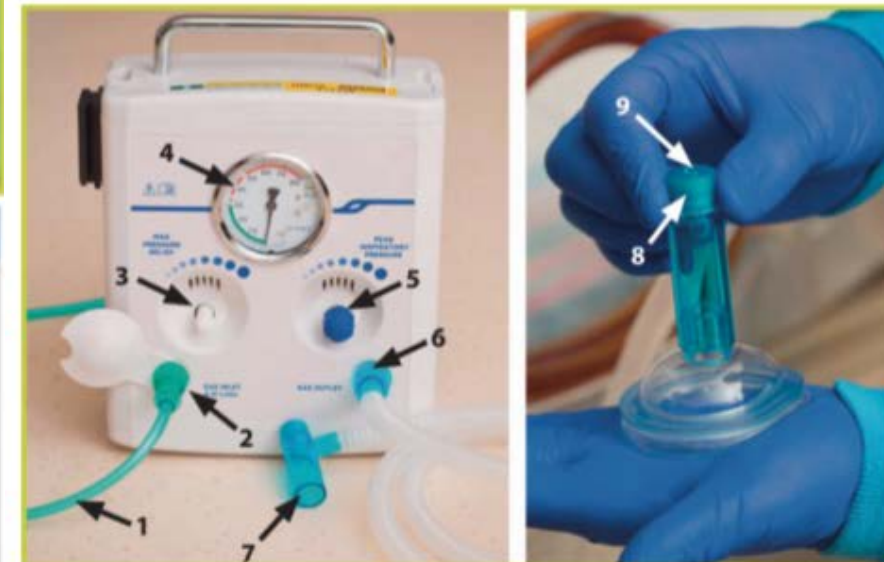
- ¿Está sellada la salida de gas del reanimador con pieza en T?
- ¿Está conectado el tubo de gas con la entrada de gas?
- ¿Es suficiente el flujo de gas?
- ¿Está desconectada la salida de gas (proximal)?
- ¿La presión máxima del circuito, la presión inspiratoria pico o la PEEP están configuradas de manera incorrecta?

C. Reanimador con pieza en T

¿Cuáles son las piezas de un reanimador con pieza en T?

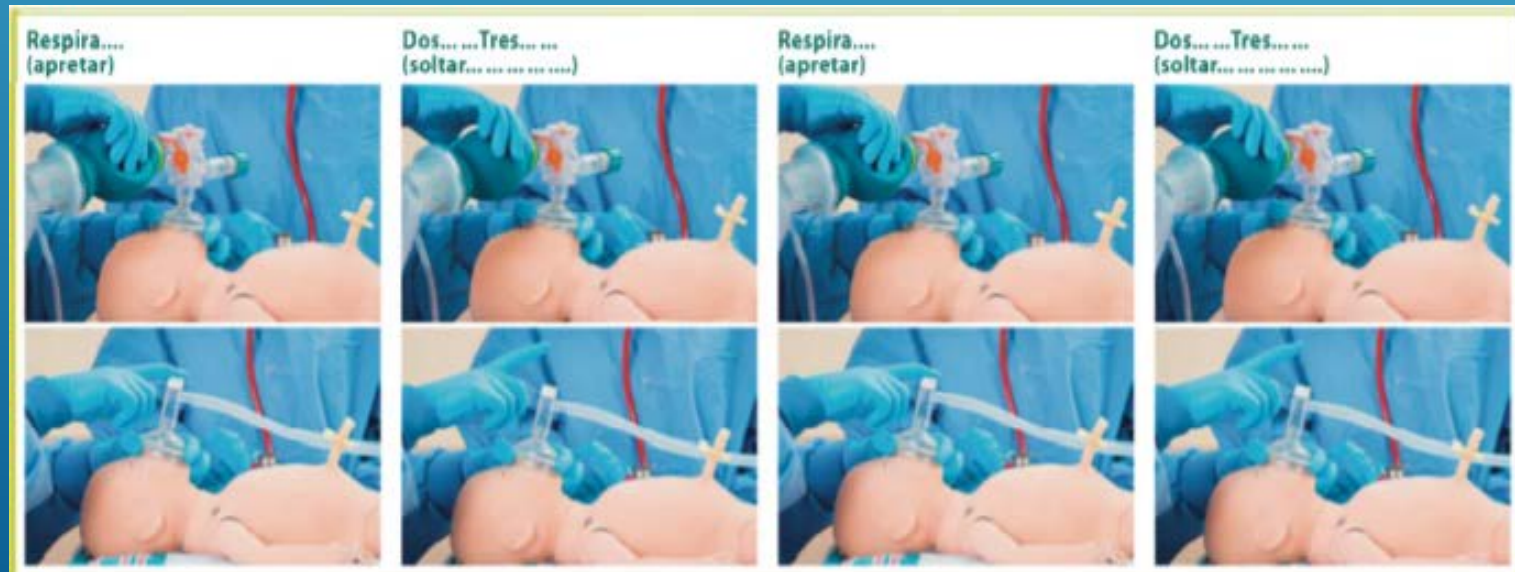
Un reanimador con pieza en T tiene 9 piezas (Figura 4A.8).

- 1 Tubo de gas
- 2 Entrada de gas
- 3 Control de máxima liberación de presión
- 4 Manómetro
- 5 Control de presión inspiratoria
- 6 Salida de gas (proximal)
- 7 Salida de gas (paciente) del reanimador con pieza en T
- 8 Perilla de ajuste de PEEP del reanimador con pieza en T
- 9 Abertura en el tapón del reanimador con pieza en T



¿QUÉ FRECUENCIA DE VENTILACIÓN Y QUE PRESIÓN DEBE USARSE DURANTE LA VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA?

- ▶ Se deben administrar respiraciones a una frecuencia de 40 a 60 respiraciones por minuto.
- ▶ Comience con una PIP de entre 20 y 25 cm de H₂O .
- ▶ Cuando utilizamos PEEP, el ajuste inicial sugerido es de 5 cm de H₂O.
- ▶ El indicador más importante de una VPP exitosa es el aumento de la frecuencia cardíaca



**Primera evaluación
Frecuencia cardíaca después de 15 segundos de VPP**

Aumentando

- Anunciar: "La frecuencia cardíaca está aumentando".
- Continuar la VPP.
- Segunda evaluación de FC después de otros 15 segundos de VPP.

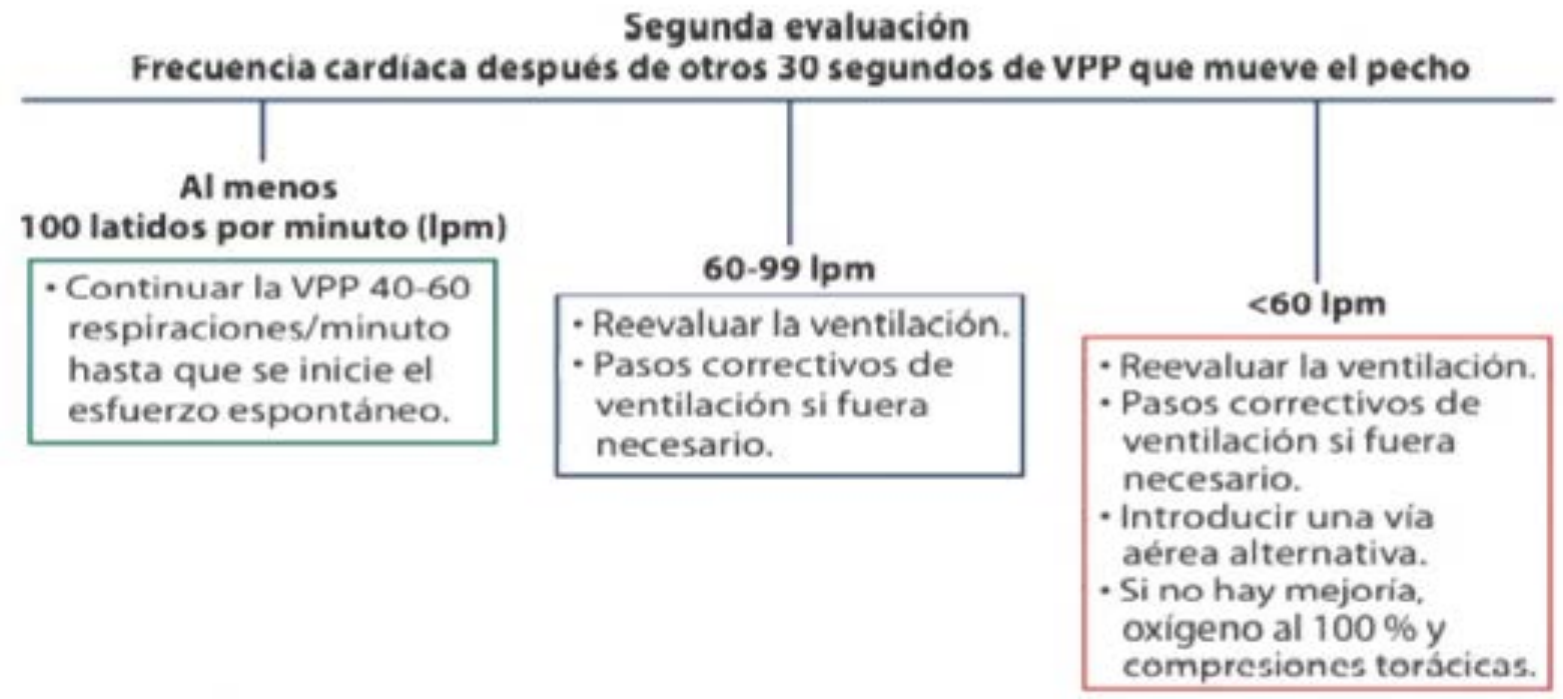
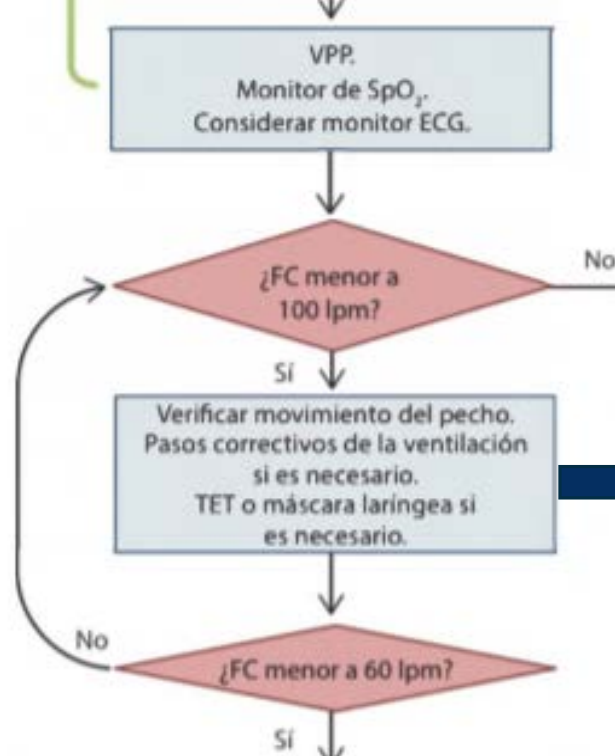
**No está aumentando;
el pecho SÍ se está moviendo**

- Anunciar: "La frecuencia cardíaca NO está aumentando; el pecho SÍ se está moviendo".
- Continuar la VPP que mueve al pecho.
- Segunda evaluación de FC después de otros 15 segundos de VPP que mueve el pecho.

**No está aumentando;
el pecho NO se está moviendo.**

- Anunciar: "La frecuencia cardíaca NO está aumentando; el pecho NO se está moviendo".
- Pasos correctivos de ventilación hasta que se mueva el pecho con VPP.
 - Intubar o máscara laríngea si es necesario.
- Anunciar cuando el pecho se esté moviendo.
- Continuar la VPP que mueve al pecho.
- Segunda evaluación de FC después de otros 30 segundos de VPP que mueve el pecho.

	Pasos correctivos	Acciones
M	Máscara: ajústela.	Vuelva a colocar la máscara. Considere el uso de la técnica de dos manos.
R.	Reubicación de la vía aérea.	Coloque la cabeza en una posición neutral o ligeramente extendida.
<i>Pruebe la VPP y vuelva a evaluar los movimientos del pecho.</i>		
S	Succión en boca y nariz.	Use una pera de goma o un catéter de succión.
O	O: la boca abierta.	Abra la boca y levante la mandíbula hacia adelante.
<i>Pruebe la VPP y vuelva a evaluar los movimientos del pecho.</i>		
P	Presión: aumentela.	Aumente la presión en incrementos de 5 a 10 cm H ₂ O, máximo de 40 cm H ₂ O.
<i>Pruebe la VPP y vuelva a evaluar los movimientos del pecho.</i>		
A	Vía aérea alternativa.	Coloque un tubo endotraqueal o una máscara laríngea.
<i>Pruebe la VPP y evalúe los movimientos del pecho y los sonidos respiratorios.</i>		

B

	Pasos correctivos	Acciones
M	Máscara: ajústela.	Vuelva a colocar la máscara. Considere el uso de la técnica de dos manos.
R.	Reubicación de la vía aérea.	Coloque la cabeza en una posición neutral o ligeramente extendida.
<i>Pruebe la VPP y vuelva a evaluar los movimientos del pecho.</i>		
S	Succión en boca y nariz.	Use una pera de goma o un catéter de succión.
O	O: la boca abierta.	Abra la boca y levante la mandíbula hacia adelante.
<i>Pruebe la VPP y vuelva a evaluar los movimientos del pecho.</i>		
P	Presión: aumentela.	Aumente la presión en incrementos de 5 a 10 cm H ₂ O, máximo de 40 cm H ₂ O.
<i>Pruebe la VPP y vuelva a evaluar los movimientos del pecho.</i>		
A	Vía aérea alternativa.	Coloque un tubo endotraqueal o una máscara laríngea.
<i>Pruebe la VPP y evalúe los movimientos del pecho y los sonidos respiratorios.</i>		

TUBO ENDOTRAQUEAL

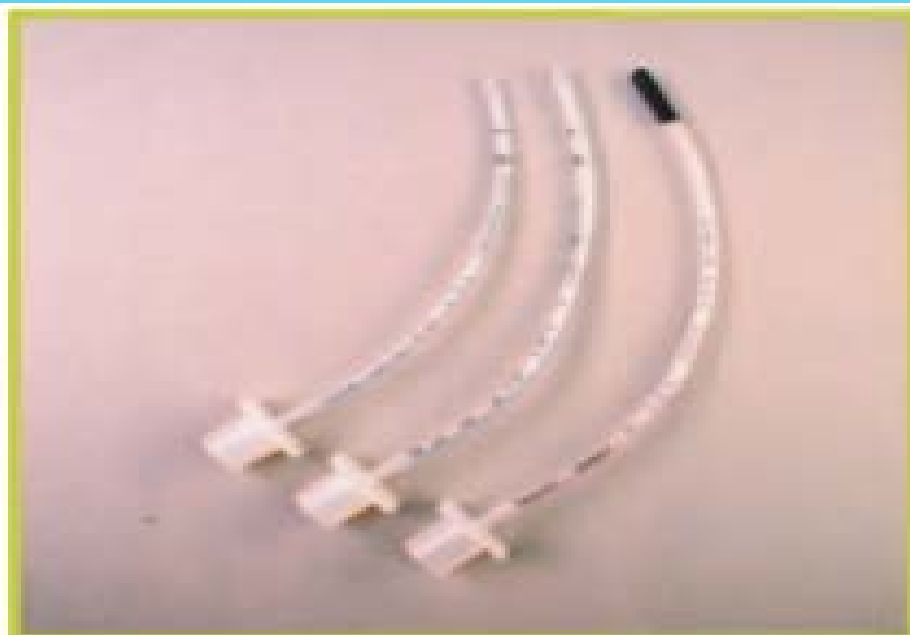
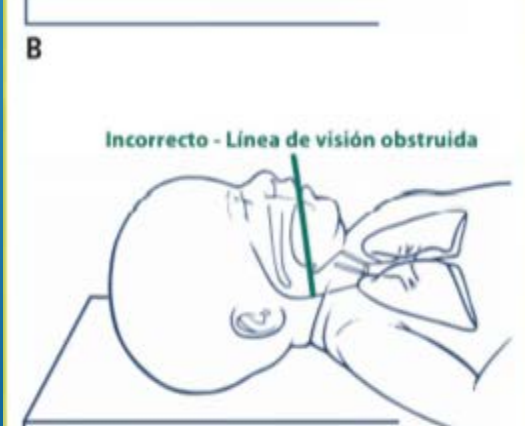
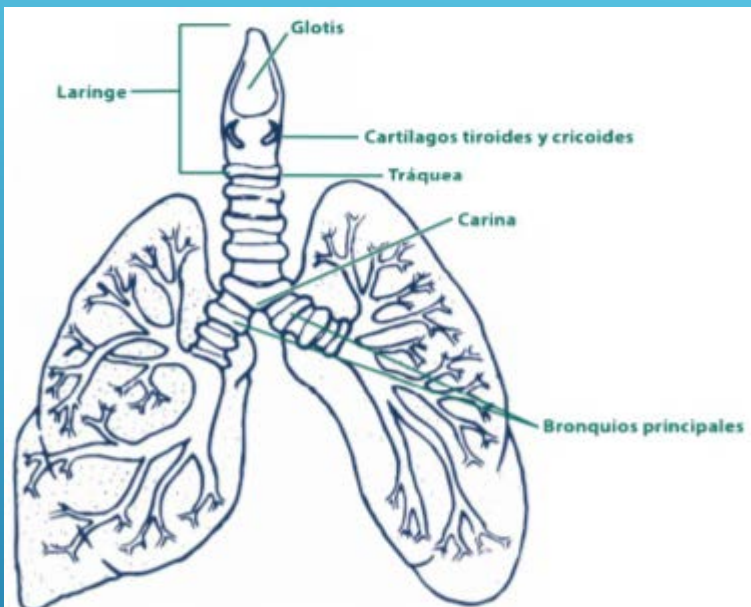
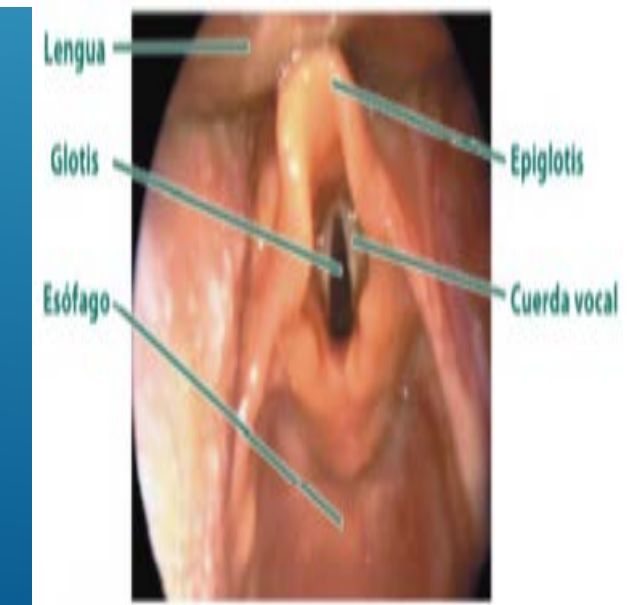


Tabla 5-1. Tamaño del tubo endotraqueal para bebés de varios pesos y tiempos de gestación

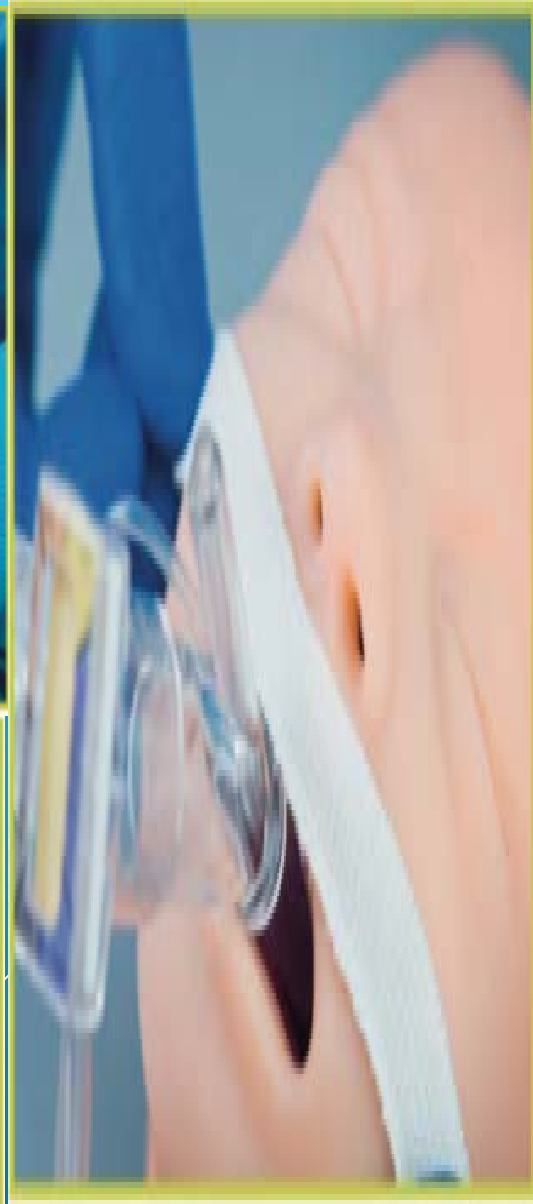
Peso (g)	Tiempo de gestación (semanas)	Tamaño del tubo endotraqueal (mm DI)
Menos de 1000	Menos de 28	2.5
1000 - 2000	28-34	3.0
Más de 2000	Más de 34	3.5

Tabla 5-2. Tamaño del catéter de succión para tubos endotraqueales de diámetros internos variados

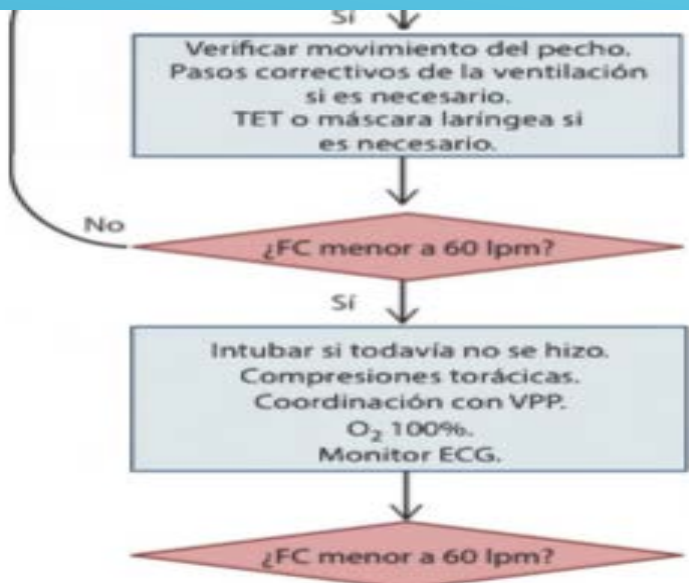
Tamaño del tubo endotraqueal (mm DI)	Tamaño del catéter
2.5	5F o 6F
3.0	6F o 8F
3.5	8F



MASCARA LARÍNGEA

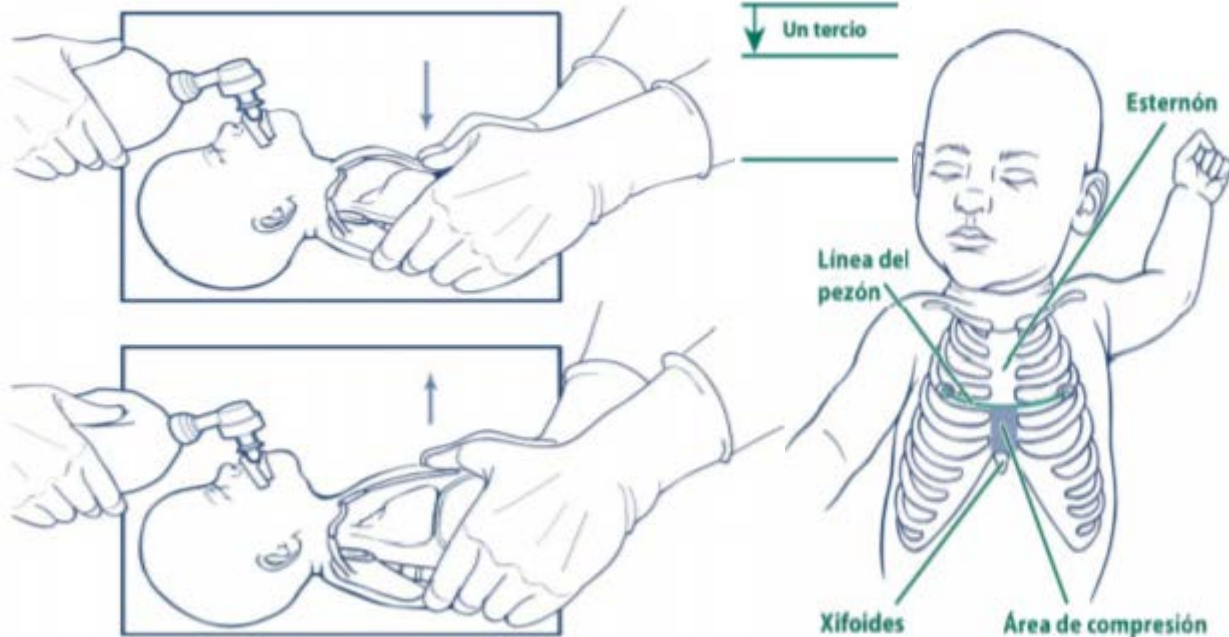


COMPRESIONES TORÁCICAS



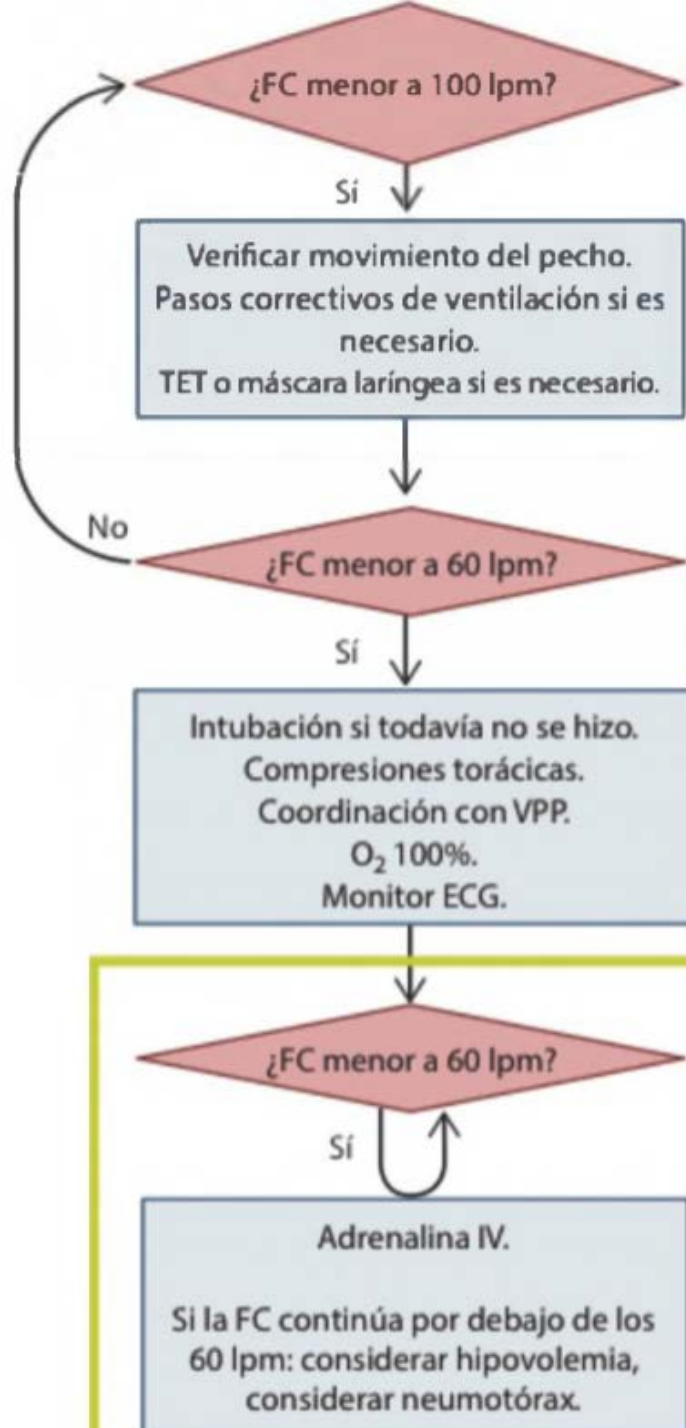
Indicaciones para las compresiones torácicas

- Las compresiones torácicas se indican cuando la frecuencia cardíaca sigue siendo **menor de 60 lpm** luego de al menos 30 segundos de VPP que insufla los pulmones, evidenciado con el movimiento del pecho con la ventilación.
- En la mayoría de los casos, debería haber dado al menos 30 segundos de ventilación a través de un tubo endotraqueal o una máscara laringea correctamente introducidos.



Coordinación de compresiones torácicas y ventilaciones
3 compresiones + 1 ventilación cada 2 segundos





Resumen del expansor de volumen

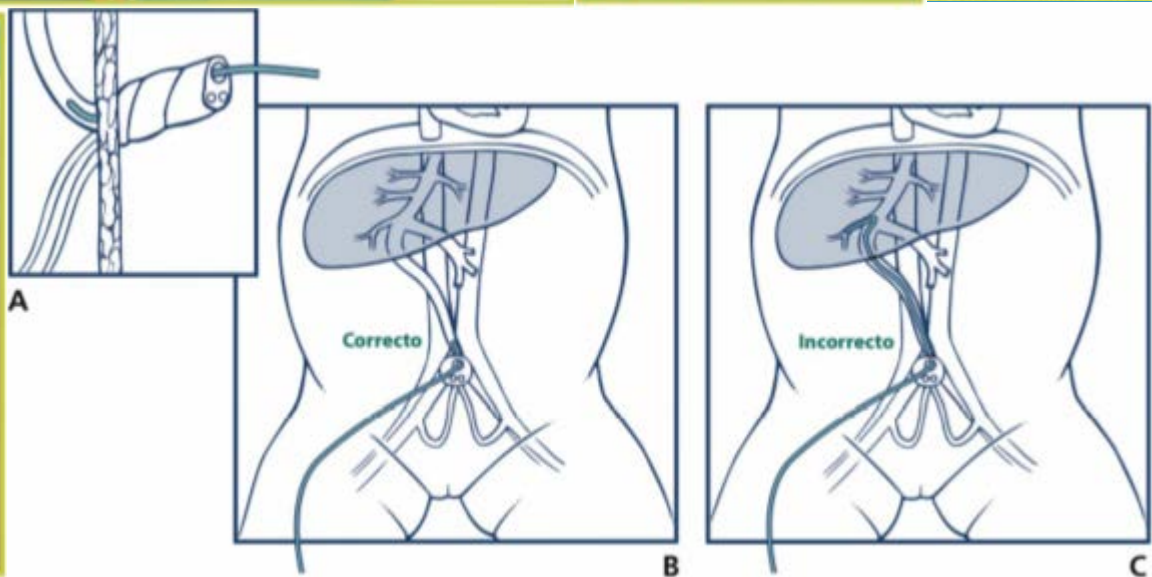
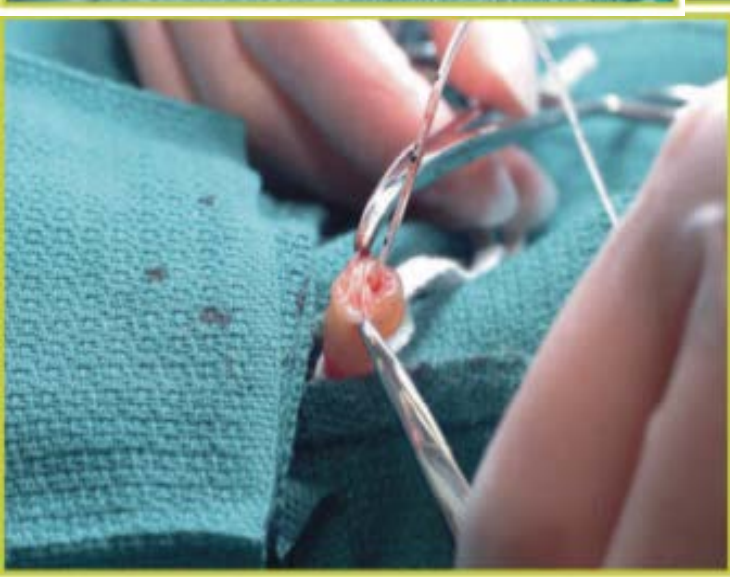
Solución
Solución salina normal (NaCl al 0.9 %)
<i>Anemia sospechada: Glóbulos rojos empacados O negativo</i>
Vía
Intravenosa o intraósea
Preparación
Jeringa de 30 a 60 ml (etiquetada)
Administración
Durante 5 a 10 minutos
<i>(Tenga cuidado con los recién nacidos con menos de 30 semanas de gestación).</i>



Resumen de la adrenalina

Concentración
Adrenalina 1:10 000 (0.1 mg/ml)
Vía
Intravenosa (preferida) o intraósea
<i>Opción:</i> Vía endotraqueal solamente mientras se obtiene un acceso intravenoso o intraóseo
Preparación
Jeringa intravenosa o intraósea de = 1 ml con la etiqueta "Adrenalina-IV"
Jeringa endotraqueal = de 3 a 5 ml con la etiqueta "Adrenalina-solo ET"
Dosis
Intravenosa o intraósea = 0.1 a 0.3 ml/kg
Endotraqueal = 0.5 a 1 ml/kg
Administración
Rápidamente- lo más rápido posible
Intravenosa o intraósea: Lave con 0.5 a 1 ml de solución salina normal
Endotraqueal: Respiraciones VPP para distribuir en los pulmones
Repetir cada 3 a 5 minutos si la frecuencia cardíaca sigue siendo menor de 60 lpm.

Vía Venosa Umbilical



VÍA INTRAÓSEA



TEXTO



Reanimación Neonatal[®]

7ª edición



booksmedicos.org

