

REANIMACION DEL RECIEN NACIDO

El feto en condiciones normales está relativamente hipóxico, durante el trabajo de parto y el parto, por ello se enfrenta al riesgo de asfixia, vinculado fundamentalmente a un aumento en el consumo de oxígeno y la interrupción del intercambio gaseoso.

Sin embargo, tiene numerosos mecanismos compensadores que lo ayudan a protegerse, mayor afinidad de la hemoglobina fetal al oxígeno que la del adulto, mayor capacidad fetal de extraer el oxígeno y mayor resistencia a la acidosis. También tiene mecanismos que compensan la asfixia, que incluyen bradicardia, los llamados "reflejos de buceo", que permiten una distribución preferencial del flujo sanguíneo, es capaz de disminuir el consumo de oxígeno y utilizar la glucólisis anaerobia como mecanismo preferencial de obtener energía.

Cuando la reserva fetal es superada o está disminuída, se produce la asfixia, la cual es definida como una "combinación de hipoxemia, hiper-capnia y acidosis metabólica". Si esta situación no es rápidamente corregida, conduce a la muerte del neonato.

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LA ASFIXIA

CAUSA MATERNA.

- Infecciosa: Amnionitis.
- Respiratoria: Asma. Neumonía.
- Cardíaca: Insuficiencia cardíaca.
- Hematológica: Anemia. Hemoglobinopatías.
- Vascular: Diabetes. Hipertensión arterial. Hipotensión arterial. Lupus eritematoso.
- Uterina: Ruptura. Hipertonía.

CAUSA PLACENTARIA.

- Postmadurez placentaria.
- Placenta previa. Abruption placentae.

CAUSA FETAL.

- Cordón umbilical: Nudos, Prolapso. Trombosis.
- Sanguínea: Anemia.
- Metabólica: Errores congénitos. Aneuploidia.
- Otras: Infección. Hidrops. Malformaciones.

La Academia Americana de Pediatría, enfatiza dos puntos fundamentales para una resucitación exitosa:

- Equipo médico y de enfermería entrenados en la resucitación del recién nacido, con un material adecuado para las maniobras.

—“Comunicación estrecha entre pediatras y obstetras”, para el diagnóstico de embarazo de alto riesgo y para la planificación de la resucitación del neonato una vez identificado.

La reanimación del Recién Nacido puede realizarse en Sala de Partos o en la Sala de Recepción adyacente a ésta, de forma de minimizar el lapso entre el nacimiento y el inicio de la maniobra, estará a cargo del neonatólogo y un ayudante adiestrado para colaborar en el procedimiento.

Una vez producido el nacimiento se plantea la situación de un Recién Nacido deprimido con apnea, con o sin bradicardia o con esfuerzo respiratorio débil o inefectivo. En ausencia de esfuerzo inspiratorio, la frecuencia cardíaca orientará hacia la causa de la depresión.

Mientras que una frecuencia cardíaca normal con vasos de cordón umbilical turgentes orientan hacia la etiología farmacológica de la depresión, una bradicardia severa asociada a palidez cutánea, permite afirmar el origen asfíctico de la depresión.

De todas formas, la depresión farmacológica conduce rápidamente a la asfixia, por lo que deben iniciarse sin demoras las maniobras de reanimación.

El recién nacido deprimido, se traslada a la mesa de recepción. Se aspira orofaringe y narinas, se seca vigorosamente con un campo limpio y seco.

Si en esas maniobras llora enérgicamente, se recolorea y mantiene una frecuencia cardíaca mayor de 100, se coloca con su madre y se procede como con un recién nacido vigoroso al nacer.

Si la depresión persiste, se agrava o no presenta una inspiración espontánea eficaz, se debe ventilar con oxígeno a presión positiva bajo máscara con bolsa autoinflable o pieza bucal.

La ventilación con máscara tiene requisitos para ser efectiva:

—Evitar la hiperextensión de la cabeza del neonato.

—Traccionar la mandíbula hacia adelante.

—Máscara adecuada que asegure una buena adaptación sobre la cara.

La primera insuflación, puede requerir una presión inspiratoria “máxima” de 30 cm. de agua y es recomendable que ésta se prolongue aproximadamente 5 segundos, luego se continúa con presiones menores de 15 a 20 cm. de agua y a una frecuencia de 60 p.m.

La FRECUENCIA CARDIACA INDICA LA EFICACIA DE LA REANIMACION, por lo que debe controlarse, ya sea a través de monitoreo, de auscultación cardíaca o de palpación de los latidos del cordón.

Se estima que en un 90% de los casos puede lograrse una adecuada reanimación con bolsa y máscara.

En aquellos casos que el recién nacido persiste con bradicardia sostenida a pesar de la reanimación con máscara, se procede a la intubación traqueal.

Si durante la reanimación existe una bradicardia persistente, frecuencia cardíaca menor de 60 p.m., se debe iniciar el masaje cardíaco externo rodeando el tórax del neonato con ambas manos, con los pulgares sobre la parte media del esternón, se comprime el precordio 120 ciclos por minuto.

Durante la fase de masaje cardíaco, debe interrumpirse la ventilación asistida a presión positiva por el riesgo de barotrauma. Es aconsejable realizar 1 o 2 ciclos de ventilación y 5 a 7 ciclos de masaje cardíaco en forma alterna hasta que se recupere la frecuencia cardíaca.

FARMACOS

Bicarbonato de Sodio

En la mayoría de los casos, la corrección de la acidosis en el Recién Nacido asfíctico, puede lograrse con una adecuada reanimación respiratoria, no requiriendo la administración de bicarbonato de sodio.

El bicarbonato está indicado clínicamente cuando un recién nacido se encuentra en paro cardíaco o con bradicardia persistente.

La administración del mismo a ciegas no está exenta de riesgos y debe restringirse a los casos más severos y refractarios a las medidas de reanimación.

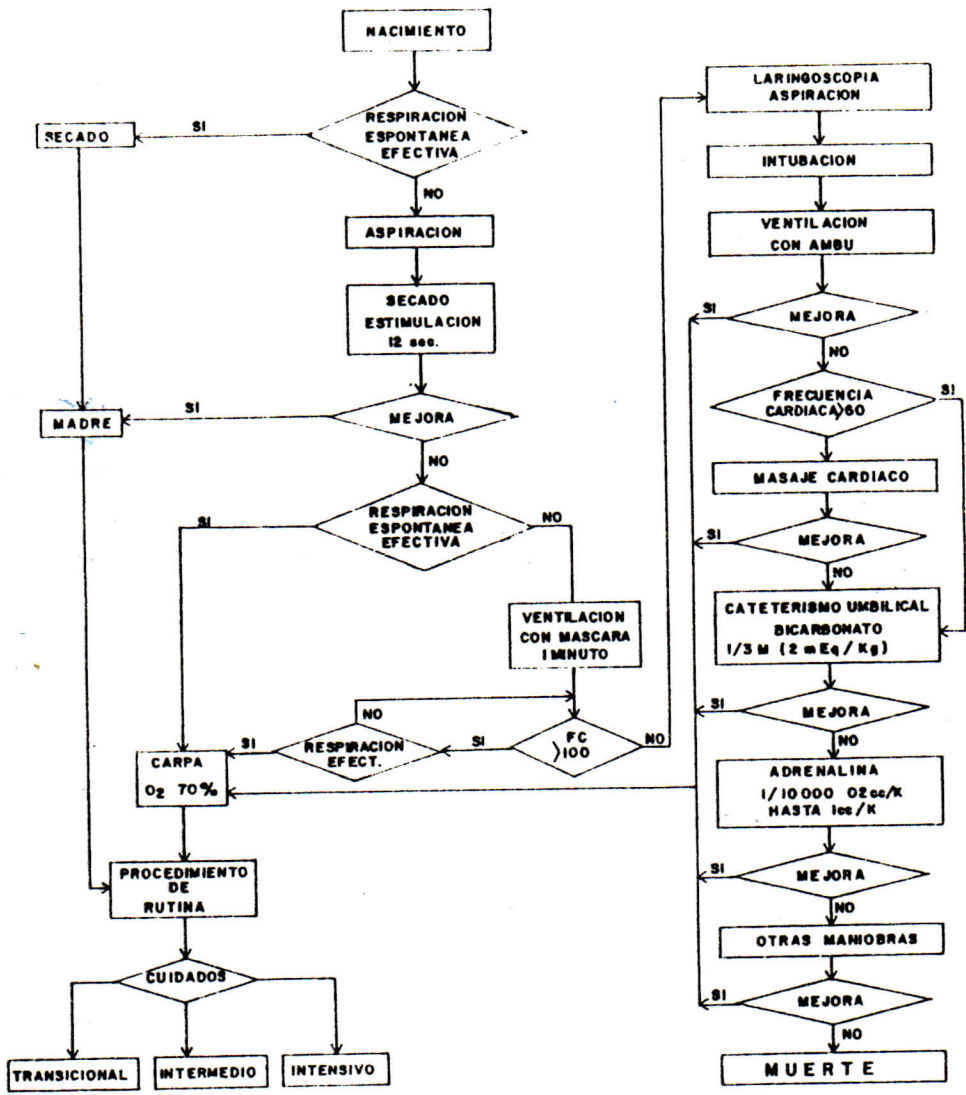
PREVIO A SU ADMINISTRACION DEBE ASEGURARSE HABERSE OBTENIDO UNA ADECUADA VENTILACION.

ADRENALINA

En caso de bradicardia persistente o paro cardíaco, se puede administrar adrenalina 1/10:000 a 0,2 cc/kg que se infunde por vía umbilical. Esta dosis puede repetirse en caso de no obtenerse una respuesta adecuada.

En caso de no haberse colocado vía umbilical, puede administrarse intratraqueal o por punción en el plexo venoso sublingual.

Después de la reanimación exitosa del recién nacido, debe introducirse una sonda de alimentación hasta el estómago y aspirar suavemente las secreciones o el aire retenidos.



Tomado de publicación científica N° 1206 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).

FLUJOGRAMA DE DECISIONES EN EL SECTOR RECEPCION - REANIMACION