2118844 - 2192559
comunicaciones@atulado.co
www.atulado.co
Carrera 51 D No 62-42
Av. Juan del Corral. Medellín - Colombia

Los primeros 60 segundos

Enrique Ma. Velásquez V.
Profesor Neonatología
Universidad de Antioquia

El bebé viene de un ambiente térmico perfecto!, hagamos todo lo que se nos ocurra para mantener un ambiente exterior lo más parecido al uterino. En ILCOR 2015 son enfáticos en hacer lo posible para conservar la temperatura mediante algunos mecanismos a disposición como: Incrementar la temperatura de sala de partos, usar el contacto piel a piel con la madre, usar lámparas de calor radiante, mantas o colchones térmicos, gasas y demás aditamentos precalentados; si se requiere, envolver hasta el cuello en plástico y gorro aún a recién nacidos sanos luego de secarlos, para evitar la hipotermia durante la transición de la vida uterina a la extrauterina (1 a 2 horas).

Si por alguna condición neonatal debe usar gases, que sean húmedos y tibios; los procedimientos como intubación, canalizar vena, masaje cardiaco etcétera, hacerlos en ambientes térmicos controlados. Debemos ser observadores y sensibles respecto a detectar los riesgos de hipotermia para el bebé como el aire acondicionado, ventiladores, ventanas, corrientes, ropa húmeda o fría, todo lo que esté en contacto con el bebé y esté más frio que él, le robará calor.

Para el recién nacido sano y el no asfixiado enfermo, mantener la temperatura entre 36.5 y 37.5 °C hasta la estabilización. Evitar en todos la hipertermia (mayor a 38 °C). Al nacer, evaluar siempre 3 variables, edad gestacional, tono y si respira o llora. En los primeros segundos de vida no pierda tiempo con peso, color o frecuencia cardíaca. En los primeros 30 segundos de vida, los objetivos primordiales son, primero, que

Co-financiado con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Macroproyecto "Desarrollo de soluciones en CTI para Telesalud en el Departamento de Antioquia".
Convenio específico 140C-2014

empiece a respirar y evitar que se enfríe!; esto se logra controlando su entorno térmico, secándolo y estimulándolo simultáneamente (es decir se estimula secándolo), el resto vendrá por añadidura, como por ejemplo, que tenga una buena frecuencia cardíaca. A todo bebé le debemos proveer calor, sea con la madre o bajo lámpara de calor radiante, debemos secarlo, retirar las compresas húmedas, posicionamos la cabeza para que respire tranquilo y lo estimulamos para que respire; ¡¡No aspire de rutina!!, ni permita que lo aspiren de rutina!!. Es frecuente ver al instrumentador o al obstetra o a la enfermera, auxiliar, médico o al personal encargado de sala de partos, aspirar compulsivamente al bebé con sondas de aspiración, "como si destaquearan una cañería". Es nuestro deber no permitir estas conductas intervencionistas que solo aumentan las complicaciones, como por ejemplo, estímulo vagal que ocasiona bradicardia y cianosis que nos lleva a desencadenar erróneamente la secuencia de reanimación, iniciando una innecesaria ventilación con presión positiva (VPP), en medio de un ambiente estresante, con implementos inadecuados, no neonatales, ocasionando bradicardia, cianosis, llanto de la madre, personal de salud corriendo a solucionar problemas evitables, etcétera. Al final, es todo producido por un reflejo vagal que puede durar segundos o incluso minutos, persistiendo la bradicardia a pesar de la VPP, lo cual aumenta el estrés, provocando que el médico aumente la presión y la frecuencia de la VPP, llegue a dar estímulos inadecuados, masaje cardiaco, adrenalina etcétera, luego al recuperarse del reflejo vagal y recuperar la frecuencia cardíaca, queda con dificultad respiratoria, pues con todo estos eventos desafortunados, se hizo un neumotórax, todo evitable si no se hubiese iniciado la aspiración innecesaria o mal hecha al nacer!!.

A los 30 segundos se han definido muchas cosas; el puntaje de Apgar no tiene nada

UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
CANAL U
Parque de la Vida
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

Co-financiado con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Macroproyecto "Desarrollo de soluciones en CTI para Telesalud en el Departamento de Antioquia".
Convenio específico 140C-2014

2118844 - 2192559
comunicaciones@atulado.co
www.atulado.co
Carrera 51 D No 62-42
Av. Juan del Corral. Medellín - Colombia

que ver en la toma de decisiones en reanimación cardiopulmonar y se debe medir al minuto y a los cinco minutos de vida y se sigue midiendo cada 5 minutos hasta los 20 minutos mientras el puntaje sea menor a 7, pues tiene algún valor pronóstico.

A los 30 segundos de vida, valoramos la respiración y la frecuencia cardiaca (FC); si la FC es menor a 100, hay apnea o jadeo, iniciamos ventilación con presión positiva (VPP), ponemos el Oxímetro de pulso en la mano derecha y llamamos inmediatamente a otro reanimador. Las guías 2015, expresan que la clínica (auscultación, palpar el cordón, etcétera) no es un método confiable de evaluar la FC, lo que ha llevado a hacer intervenciones o reanimaciones avanzadas innecesarias. Recomiendan buscar un método más confiable y seguro de tomar la FC y recomiendan que es razonable usar el electrocardiograma (ECG) de 3 derivaciones (LOE C-LD, Class IIb), pues fue más rápido y confiable en mostrar la FC que la clínica o la Oximetría y con el agravante que esta última subestimó el valor de la FC respecto al ECG. Creo que no es por la clínica en sí, si no que no hacemos el conteo de la FC como debe ser, con más dedicación, adjudicando roles, usando todos los métodos disponibles, estetoscopio, palpación de cordón, sentir o ver el latido o un ecotone enguantado o replicando con el dedo en el exterior lo que se oye, contando por 6 segundos el número de latidos y multiplicarlo por 10, responsabilizando a alguien que haga el conteo, seamos creativos y más estrictos con el método de conteo, pues creo que mientras nos adaptamos a la recomendación del EKG de 3 derivaciones, no deberíamos desconfiar en lo realizado por décadas como lo es la clínica; el llamado de atención es válido por las intervenciones innecesarias al sobrediagnosticar bradicardia donde no la hay, es decir, asegúrese del valor de la FC por el método que sea!!; personalmente percibo engorroso, costoso, distractor, centrado en la tecnología y contaminador, todo el

Co-financiado con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Macroproyecto "Desarrollo de soluciones en CTI para Telesalud en el Departamento de Antioquia".
Convenio específico 140C-2014

proceso de limpiar la piel, poner transductores, conectar los electrodos, cableado, etcétera y esperar que el monitor lea para tomar una decisión y peor aún cuando los parches son más grandes que el tórax del bebé; de todas formas todo cambio genera incomodidad y resistencia, pero no cabe duda que es más confiable y rápida la medición de la FC. Esperemos el desarrollo, evolución y adaptación a la recomendación y la evaluación de la herramienta, pues tampoco hay estudios de los beneficios o complicaciones de su implementación.

Retomemos, a los 30 segundos o antes decidió iniciar VPP. Para ello se utiliza esta diatriba: ventila, dos, tres, ventila, dos, tres, ventila (oprime), dos, tres, (oprime), dos, tres, (oprime) …, con este método se da una frecuencia aproximada de 40-60 por minuto, pero familiarícese con el ritmo y el sonido que lleve ese ritmo; a veces se usa un metrónomo o una canción famosa, búsquela. Practíquelo en un ambiente controlado (centro de simulación u otro). Normalmente con 5 a 10 ventilaciones el paciente responde, si sigue con una FC menor a 100, reevalúe con el acróstico MR SOPA. Recuerde, si es a término o es pretérmino y no tiene mezclador de Oxígeno y aire, inicie con FiO2 al 21%. Si tiene mezclador y es pretérmino menor de 35 semanas, inicie con FiO2 al del 21 al 30% y varíe la FiO2 acorde al pulsoxímetro; Recuerde que la hiperoxia y la hipoxia juegan un papel primordial en la patología neonatal. Intente mantener la saturación acorde a los tiempos descritos en el algoritmo. No caiga en el error histórico de ir al 100% de saturación a cualquier costo y recuerde además que el feto está en un ambiente hipóxico y solo a los 5 minutos de vida la saturación está alrededor de 80-85% y a los 10 minutos entre 85-95%.

Retomemos, llevamos 5 a 10 VPP y persiste con FC <100, revalúe, pues la gran mayoría de las veces es un error al dar VPP. Para ello se usa el acróstico Mr. SOPA.

UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
CANAL U
Parque de la Vida
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

Co-financiado con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Macroproyecto "Desarrollo de soluciones en CTI para Telesalud en el Departamento de Antioquia".
Convenio específico 140C-2014

2118844 - 2192559
comunicaciones@atulado.co
www.atulado.co
Carrera 51 D No 62-42
Av. Juan del Corral. Medellín - Colombia

M(mascarilla) **R**(reposición) **S**(succión) **O**(open mouth) **P**(presión) **A**(vía aérea alternativa). Pero ya han pasado los primeros 60 segundos. Consulte el video y la ayuda rápida, MR. SOPA. Recuerde que la FC es el indicador más útil y rápido de una eficiente VPP y los prematuros especialmente, mejoran la FC sin mostrar grandes cambios en el movimiento del tórax derivado de la VPP.

UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
CANAL U
Parque de la Vida
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

Co-financiado con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Macroproyecto "Desarrollo de soluciones en CTI para Telesalud en el Departamento de Antioquia".
Convenio específico 140C-2014