



Reanimación cardiopulmonar neonatal

Actualización 2025

(Adaptación oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría de las Guías 2025

AHA/AAP–ILCOR)

Área de Trabajo en Reanimación Neonatal, Comité de Estudios Feto-Neonatales,
Sociedad Argentina de Pediatría

Coordinadores: Guadalupe Albornoz Crespo, Jesica Otaño, Lucila Scotto

Autores: Guadalupe Albornoz Crespo, Jesica Otaño, Lucila Scotto, Juan Pablo Berazategui, Agustín Bernatzky, Yanina Boidi, Lucrecia Bossi, Carola Capelli, Adriana Castro, Susana Gutiérrez, Laura Konikoff, Gonzalo Mariani, Carlos Maure, Karina Mohando, Romina Molina, Gastón Pérez, Cecilia Rabasa, Paula Santos, Etelvina Soria, Jorge Zapata

Publicación: 01 de junio de 2026

RESUMEN

La reanimación neonatal constituye una intervención crítica y tiempo-dependiente cuyo objetivo es garantizar una adecuada transición cardiorrespiratoria al nacimiento. Las actualizaciones coordinadas por el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) permiten armonizar la evidencia científica disponible y plasmarlas en recomendaciones aplicables globalmente. En 2025, la American Heart Association (AHA), la American Academy of Pediatrics (AAP) y la European Resuscitation Council (ERC) publicaron la actualización del soporte vital neonatal, incorporando cambios conceptuales y organizacionales relevantes (1,2). El Área de Trabajo en Reanimación Neonatal, perteneciente al Comité de Estudios Fetoneonatales (C.E.F.E.N), de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) realiza la adaptación de las recomendaciones internacionales 2025, comparando los cambios en relación a la versión 2020 y contextualiza su implementación en el sistema sanitario argentino. Para ello, se realizó una revisión narrativa estructurada de las guías AHA/AAP 2025 (1), del consenso ILCOR 2025 (2), de las Guías ERC 2025 (3) y de la evidencia disponible y se analizaron modificaciones en grados de recomendación según niveles de evidencia y componentes organizacionales. Se introduce el modelo “Cadena de cuidados del recién nacido”, formaliza el cuidado post-reanimación como eslabón estructural, refuerza la monitorización fisiológica precoz y clarifica la duración de reanimación sin respuesta (1–3). En conclusión, la actualización 2025 representa una evolución conceptual más que técnica, enfatizando continuidad asistencial, organización sistémica y seguridad del paciente. La SAP adapta estas recomendaciones al contexto argentino.

INTRODUCCIÓN

La adecuada transición cardiorrespiratoria al nacimiento incluye la expansión pulmonar, la reducción de la resistencia vascular pulmonar y el cierre progresivo de los cortocircuitos fetales. Cuando estos mecanismos fallan, puede producir hipoxia progresiva con bradicardia secundaria y compromiso hemodinámico (1).

Entre el 5% y el 10% de los recién nacidos (RN) requieren asistencia para iniciar la respiración y aproximadamente el 1% necesita intervenciones avanzadas que incluyen compresiones torácicas y administración de fármacos (1). La intervención más determinante continúa siendo la ventilación efectiva precoz.

La actualización 2025 publicada por la AHA y la AAP, basada en el consenso ILCOR, introduce el modelo “Cadena de cuidado del RN”, que integra prevención prenatal, activación del equipo, estabilización, cuidado post-reanimación y recuperación como un continuo asistencial (1,2). Las Guías ERC 2025 adoptan un marco conceptual similar (3). En comparación con 2020, los cambios no representan una modificación sustancial del algoritmo clásico, sino una profundización en cinco dimensiones centrales:

1. Sistematización del cuidado como proceso continuo (1).
2. Integración formal del cuidado post-reanimación (1,3).
3. Mayor énfasis en monitorización fisiológica precoz (1–3).
4. Definición sobre el tiempo límite en la duración de la reanimación sin respuesta (1).
5. Incorporación del algoritmo durante la internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales (3).

La Sociedad Argentina de Pediatría presenta esta adaptación oficial con el objetivo de contextualizar estas recomendaciones al sistema sanitario argentino y promover estándares homogéneos de calidad y seguridad. Por otro lado, se incluye como material

complementario el algoritmo actualizado de RCP adaptado al contexto argentino (Anexo 1).

MARCO METODOLÓGICO: CLASE DE RECOMENDACIÓN Y NIVEL DE EVIDENCIA

Las recomendaciones incluidas en este documento adoptan la metodología utilizada por la American Heart Association (AHA), la American Academy of Pediatrics (AAP) y el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) para clasificar la fuerza de las recomendaciones y la calidad de la evidencia científica disponible (1,2).

Clases de recomendación (Class of Recommendation, COR)

La Clase de Recomendación refleja la validez con la que una intervención debería implementarse en la práctica clínica, considerando el balance entre beneficio y riesgo, así como la calidad global de la evidencia.

- Clase I: Existe evidencia y/o consenso general de que el procedimiento o tratamiento es beneficioso, útil y efectivo. La intervención debe realizarse.
- Clase IIa: La evidencia favorece la utilidad o eficacia. Es razonable realizar la intervención.
- Clase IIb: La utilidad es menos probada por la evidencia. Puede considerarse su implementación.
- Clase III: No se recomienda la intervención. Puede clasificarse como: Sin beneficio o daño potencial. Esta clasificación permite diferenciar intervenciones obligatorias de aquellas opcionales o desaconsejadas.

Nivel de evidencia (Level of Evidence, LOE)

El Nivel de Evidencia describe la calidad, cantidad y tipo de estudios que sustentan la recomendación.

En las guías 2025 se utilizan las siguientes categorías (1–3):

- Nivel A: Evidencia de alta calidad proveniente de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis robustos.

- Nivel B-R: Evidencia moderada proveniente de estudios aleatorizados con limitaciones.
- Nivel B-NR: Evidencia moderada proveniente de estudios no aleatorizados bien diseñados.
- Nivel C-LD: Evidencia limitada proveniente de estudios observacionales o datos con limitaciones metodológicas.
- Nivel C-EO: Opinión de expertos basada en consenso cuando la evidencia directa es insuficiente.

Es importante destacar que una recomendación Clase I puede estar sustentada en Nivel C-EO cuando existe consenso clínico fuerte pese a evidencia limitada, situación frecuente en neonatología debido a restricciones éticas y metodológicas para realizar ensayos clínicos.

Consideraciones para la interpretación en el contexto argentino: La clase de recomendación y el nivel de evidencia no necesariamente reflejan la disponibilidad de recursos en todos los entornos. Por ello, en cada apartado se incluye un “Comentario SAP” que contextualiza la aplicabilidad en el sistema sanitario argentino, especialmente en entornos con recursos heterogéneos.

1. ANTICIPACIÓN Y PREPARACIÓN PARA LA REANIMACIÓN

La actualización 2025 consolida un cambio conceptual central: la reanimación neonatal comienza antes del nacimiento. El modelo “Cadena de Cuidado del RN” incorpora formalmente la anticipación prenatal y la organización del equipo como eslabones estructurales del cuidado (1,2).

1.1 Evaluación prenatal del riesgo

La identificación de factores de riesgo perinatales permite anticipar necesidad de intervención, movilizar recursos humanos adecuados y eventualmente derivar a centros de mayor complejidad. La fisiopatología de la transición neonatal puede alterarse por asfixia intraparto, prematuridad, infección, restricción del crecimiento o anomalías estructurales.

Evidencia actual: Las guías AHA/AAP 2025 establecen que en todo nacimiento debe estar presente al menos un profesional capacitado en ventilación con presión positiva y que, ante factores de riesgo, debe activarse un equipo con entrenamiento avanzado (1). El consenso ILCOR 2025 mantiene esta recomendación basada en consenso de expertos (2).

No se identificaron ensayos clínicos nuevos que modifiquen la recomendación 2020; el cambio en 2025 es conceptual y organizacional.

Comparación 2020 vs 2025: En 2020 se introduce la evaluación prenatal como una recomendación operativa sin marco sistémico formal. En 2025 existe una integración explícita de la evaluación neonatal como primer eslabón de la cadena de cuidado (1).

Recomendación vigente: Debe haber al menos un profesional entrenado en ventilación a presión positiva (VPP) en todo nacimiento. Clase I – Nivel C-EO (1).

Comentario SAP: En Argentina persiste gran heterogeneidad en cobertura perinatal. Se recomienda:

- Fortalecer la regionalización perinatal.
- Garantizar cobertura de las CONE (condiciones obstétricas y neonatales esenciales) en maternidades nivel II y III.
- Implementar protocolos de activación anticipada en partos de riesgo.

1.2 Estructurado previo al nacimiento

La comunicación estructurada mejora el desempeño del equipo y reduce errores en situaciones críticas.

Evidencia actual: La AHA/AAP 2025 incorpora explícitamente la planificación estructurada (briefing) previo al nacimiento como componente de calidad y seguridad (1). ERC 2025 también enfatiza la organización del equipo como parte del proceso de atención (3). La evidencia proviene de estudios observacionales y simulación clínica; no existen ensayos aleatorizados.

Comparación 2020 vs 2025: En 2020 el concepto era implícito; en 2025 se formaliza dentro del modelo organizacional.

Recomendación vigente: Se sugiere realizar una planificación estructurada en nacimientos con riesgo anticipado. Clase IIa – Nivel C-EO (1).

Comentario SAP: Se recomienda:

- Implementar la lista de verificación estructurada institucional (Anexo 2)
- Registrar cumplimiento como indicador de calidad.
- Incorporar entrenamiento en comunicación crítica.

2. MANEJO DEL CORDÓN UMBILICAL

2.1 La ligadura oportuna del cordón

La ligadura oportuna permite transfusión placentaria adicional, mejora volumen circulante y reduce necesidad de transfusión de glóbulos rojos en prematuros.

Evidencia actual: Las guías ERC 2025 recomiendan ligadura oportuna (≥ 60 segundos) en RN vigorosos, tanto término como prematuros, salvo contraindicación (3). AHA/AAP 2025 mantiene esta recomendación (1). La evidencia incluye metaanálisis que demuestran reducción de hemorragia intraventricular y necesidad de transfusión de glóbulos rojos en prematuros.

Comparación 2020 vs 2025: La modificación del 2025 es el aumento del tiempo de ligadura recomendado en prematuros sin requerimientos de reanimación, equiparando al RNT y RNPT, con un tiempo recomendable para la ligadura ≥ 60 segundos. A su vez, se integra la ligadura del cordón dentro de la cadena de cuidado (1).

Recomendación vigente: Se recomienda la ligadura oportuna ≥ 60 segundos en RNT y RNPT vigorosos. Clase I – Nivel A (prematuros); Nivel B-NR (término) (1,3).

Comentario SAP: Debe implementarse en forma universal y, el tiempo real de la ligadura, debe quedar incluido en los registros institucionales (historia de partos, historia clínica).

2.2 Ordeñe del cordón

La técnica de ordeñe consiste en presionar y deslizar los dedos sobre el cordón, aún unido a la placenta, hacia el RN con el objetivo de acelerar la transfusión placentaria y aumentar el volumen sanguíneo. Este procedimiento se puede asociar a aumento de riesgo de hemorragia intraventricular en prematuros.

Evidencia actual: Tanto la AHA/AAP 2025, como la ERC 2025 recomiendan no realizar ordeño en <28 semanas (1,3). Sin embargo, refieren que RN no vigorosos a término y prematuros tardíos ≥ 35 semanas, el ordeño del cordón puede ser razonable comparado con el pinzamiento inmediato (Clase de Recomendación IIb, Nivel de Evidencia B-R) y lo definen como una alternativa razonable si no se puede realizar pinzamiento diferido en prematuros entre 28 y 36.6 semanas.

Comparación 2020 vs 2025: La recomendación negativa es más categórica en 2025.

Recomendación vigente: No se recomienda ordeño del cordón en <28 semanas. Clase III (daño potencial) – Nivel B-R (1,3).

Comentario SAP: Dado a que la evidencia actual es limitada y a las dificultades de implementación en el contexto argentino, la SAP no adopta actualmente el ordeño como práctica estándar, y considera que la ligadura oportuna sigue siendo la intervención prioritaria en RN a cualquier edad gestacional.

3. PASOS INICIALES Y TERMORREGULACIÓN

3.1 Control térmico

La hipotermia neonatal se asocia a mayor mortalidad, hemorragia intraventricular y acidosis metabólica.

Evidencia actual: AHA/AAP 2025 refuerza que la temperatura debe mantenerse entre 36,5°C y 37,5°C durante estabilización (1). Las guías ERC 2025 también enfatizan la monitorización activa (3). No hay nuevos ensayos clínicos respecto a 2020.

Comparación 2020 vs 2025: Mayor integración como indicador de calidad en 2025. Las recomendaciones actuales amplían el rango de EG para el uso de bolsa plástica a menores de 34 semanas. Previamente se limitaba su uso a menores de 32 semanas.

Recomendación vigente

Mantener la temperatura corporal en normotermia (36,5–37,5°C). Clase I – Nivel B-NR (1).

En <34 semanas: bolsa plástica sin secado previo. Clase I – Nivel A (1).

Comentario SAP: Se recomienda:

- Registro obligatorio de temperatura al ingreso a la UCIN.
- Auditoría trimestral de registros de temperatura (eventos de hipotermia registrados en prematuros para mejora de calidad).
- Disponibilidad universal de envoltura plástica en prematuros. Enfatizamos la importancia de no secar a estos RN.

3.2 Aspiración y posicionamiento

La aspiración rutinaria puede estimular el reflejo vagal induciendo bradicardia y, además, demora el inicio de la ventilación.

Evidencia actual: Se desaconseja la aspiración rutinaria en RN vigorosos (1,3).

Comparación 2020 vs 2025: Sin cambios en indicación; 2025 refuerza evitar intervenciones innecesarias.

Recomendación vigente: No realizar aspiración rutinaria. Clase III (sin beneficio) – Nivel B-R (1).

Comentario SAP: Adherimos a la recomendación vigente.

4. MONITOREO FISIOLÓGICO

4.1 Evaluación de frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca es el principal indicador de una respuesta adecuada a una ventilación efectiva.

Evidencia actual: AHA/AAP y la ERC 2025 reconocen que el ECG proporciona medición más rápida y precisa que la auscultación (1,3).

Comparación 2020 vs 2025: Se enfatiza la utilización del ECG durante la reanimación en la recomendación 2025.

Recomendación vigente: Se recomienda disponer de ECG para recepción del RN. Clase IIa – Nivel B-NR (1).

Comentario SAP: Consideramos también, que el uso de ECG es la mejor elección para obtener una medición rápida y precisa de la FC.

4.2 Oximetría de pulso preductal

La monitorización adecuada con la saturación preductal permite la titulación racional del uso de oxígeno.

Evidencia actual: Se mantienen saturaciones objetivo por minuto de vida (1).

Recomendación vigente: Se recomienda el uso de la oximetría preductal en todo RN que requiere soporte respiratorio o que se anticipe que lo pueda necesitar. Clase I – Nivel B-NR (1). Se omite en la tabla de saturación de referencia el primer minuto como consecuencia de la ligadura oportuna del cordón, ya que la medición de tiempo para alcanzar la saturación adecuada se empieza a calcular desde que el RN nace y continúa conectado a la placenta.

Comentario SAP: Se debe garantizar la disponibilidad de sensores neonatales en todas las salas de parto, independientemente del nivel de atención y de la complejidad del centro asistencial, considerándose un estándar de cuidado del RN.

5. VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN

La ventilación efectiva continúa siendo la intervención determinante en la reanimación neonatal. La mayoría de las alteraciones de la transición al nacimiento son de origen respiratorio, y se presenta con bradicardia secundaria a hipoxia progresiva. Tanto la actualización AHA/AAP 2025 como las guías ERC 2025 mantienen este principio central (1,3).

5.1 Indicaciones para iniciar ventilación con presión positiva (VPP)

La apnea primaria y la respiración inefectiva son causas frecuentes de deterioro neonatal inmediato. La ventilación precoz revierte la hipoxia, aumenta la frecuencia cardíaca y previene progresión a paro circulatorio.

Evidencia actual: Las guías 2025 mantienen la indicación de iniciar VPP si:

- El RN no respira o presenta respiración inefectiva.
- La frecuencia cardíaca es <100 latidos por minuto tras pasos iniciales (1).

No se identificaron nuevos ensayos que modifiquen estos umbrales.

Comparación 2020 vs 2025: Sin cambios en criterios de inicio. En 2025 se enfatiza evitar demoras en la ventilación dentro del primer minuto de vida (1).

Recomendación vigente: Iniciar VPP si apnea o frecuencia cardíaca <100 lpm. Clase I – Nivel B-R (1).

Comentario SAP: Se recomienda:

- Registrar tiempo de inicio de ventilación.
- Establecer como meta institucional ventilación efectiva antes del minuto de vida.
- Incorporar e iniciar un cronómetro visible en sala en todos los nacimientos, dado que no siempre se puede anticipar la necesidad de reanimación.

5.2 Dispositivos para VPP

El control adecuado de presión inspiratoria y PEEP es fundamental para evitar volutrauma, especialmente en prematuros.

Evidencia actual: La evidencia comparativa entre el reanimador en T y la bolsa autoinflable continúa siendo de baja certeza. El reanimador en T permite mejor control de presión inspiratoria y PEEP, aunque la evidencia actual no es concluyente en relación a la disminución de la mortalidad o displasia broncopulmonar (2,3).

Comparación 2020 vs 2025: No se modifican recomendaciones, pero en el 2025 se enfatiza el control fisiológico más que el dispositivo en sí para alcanzar las metas (1).

Recomendación vigente: Se sugiere uso de reanimador en T cuando esté disponible. Clase IIb – Nivel C-LD (1,3). La bolsa autoinflable debe mantenerse como respaldo de la ventilación.

Comentario SAP: Se sugiere garantizar al menos un reanimador en T en todas las salas de recepción, requisito para la reanimación del prematuro. El uso y manejo de la PEEP debe formar parte de una capacitación estructurada.

Rotación de roles y cronometría en VPP: Además, se recomienda la rotación del operador que realiza la VPP cada 2 minutos como máximo, dado que la fatiga física impacta en la calidad de la técnica (sellado de la máscara, presión aplicada, frecuencia). El uso del cronómetro visible desde el inicio del nacimiento facilita la organización del equipo y el control de los tiempos de rotación (7,8,9).

5.3 Presión positiva al final de espiración (PEEP)

La PEEP previene colapso alveolar y favorece establecimiento de capacidad residual funcional.

Evidencia actual: ERC 2025 recomienda iniciar con PEEP de 5–6 cm H₂O en prematuros (3). No hay nuevos ensayos respecto a 2020.

Comparación 2020 vs 2025: Sin cambios en esta recomendación (3).

Recomendación vigente: Administrar PEEP durante VPP en prematuros. Clase I – Nivel C-LD (1,3).

Comentario SAP: Se enfatiza la necesidad de ventilar con PEEP a prematuros <32 semanas.

5.4 Concentración inicial de oxígeno

La hiperoxia induce estrés oxidativo; la hipoxia prolongada aumenta el riesgo de lesión neurológica.

Evidencia actual: Las guías de AHA/AAP 2025 recomiendan:

- En ≥ 35 semanas: comenzar con F_{iO_2} de 0.21 (aire ambiente) (Clase IIb, Nivel C-LD). Esta recomendación se basa en metaanálisis que sugieren que iniciar con F_{iO_2} 0.21 comparado con 1.0 puede reducir la mortalidad a corto plazo.
- Entre 32 y 34.6 semanas: Puede ser razonable comenzar con F_{iO_2} 0.21 a 0.30 de oxígeno (Clase 2b, Nivel C-LD)
- En <32 semanas: Comenzar con F_{iO_2} 0.3 a 1.0 de oxígeno (Clase IIb, Nivel C-LD). Este cambio refleja evidencia reciente de un metaanálisis de datos individuales que encontró que en prematuros <32 semanas, el oxígeno inicial alto (F_{iO_2} 0.9-1.0) se asoció con menor mortalidad comparado con oxígeno inicial bajo (F_{iO_2} 0.21-0.30) (1).

Las guías ERC 2025 simplifican esta recomendación:

- ≥ 32 semanas que necesitan soporte respiratorio: comenzar con F_{iO_2} 0.21.
- <32 semanas: comenzar con F_{iO_2} 0.30 de O_2 (3).

Comparación 2020 vs 2025: Los umbrales se modifican en la recomendación del 2025 según las sociedades. Se hace hincapié en la importancia de titular el oxígeno para alcanzar objetivos de saturación de oxígeno en todos los RN que reciben soporte respiratorio (Clase de Recomendación 1, Nivel de Evidencia C-EO).

Recomendación vigente: Iniciar VPP con concentración de oxígeno según edad gestacional y titular guiado por oximetría de pulso preductal para alcanzar los objetivos de saturación por minuto de vida establecidos. Clase IIb – Nivel C-LD (1,3).

Comentario SAP: Debido a que la evidencia sobre el uso de oxígeno al inicio de la reanimación continúa siendo limitada y considerando el daño secundario asociado tanto a la hipoxia como a la hiperoxia, recomendamos iniciar la ventilación con:

- RN \geq 32 semanas 0.21
- RN < 32 semanas 0.30

Evitar saturación de oxígeno menor a 80% y la bradicardia a los 5 minutos en menores de 28 semanas. Evitar uso empírico del oxígeno con FiO₂ de 1.0. Recomendamos la titulación rápida del oxígeno para alcanzar los objetivos de saturación.

5.5 Vía aérea alternativa

La ventilación inefectiva puede deberse a fuga alrededor de la interfaz, obstrucción de la vía aérea o técnica inadecuada, lo que compromete la entrega efectiva de presión y volumen al RN. Se considera razonable el uso de la videolaringoscopia para la intubación, cuando se encuentre disponible.

Evidencia actual: La ERC 2025 refuerza el uso de máscara laríngea como alternativa válida cuando la ventilación con máscara facial resulta inefectiva (3).

Asimismo, la ERC 2025 destaca la utilidad de la videolaringoscopia para la intubación en casos de vía aérea dificultosa, con mayores tasas de éxito global y en el primer intento de intubación.

Comparación 2020 vs 2025: En 2025 se refuerza la recomendación de utilizar los dispositivos supraglóticos. También se considera razonable la utilización de la videolaringoscopia cuando se encuentre disponible.

Recomendación vigente: Considerar vía aérea alternativa si la frecuencia cardíaca no aumenta luego de realizar los pasos correctivos. Clase I – Nivel C-LD (1,3).

Considerar el uso de videolaringoscopia cuando se encuentre disponible. Clase IIa. Diversos ensayos aleatorizados muestran mayor tasa de éxito global en intubación (LOE B) y mayor eficacia en el primer intento (LOE A). Se requiere de entrenamiento específico del personal.

Comentario SAP: Recomendamos fuertemente disponer de manera universal de máscara laríngea en las salas de recepción. Considerar el uso de videolaringoscopia para mejorar las tasas de éxito en la intubación al primer intento (3). Su implementación requiere entrenamiento específico del personal. Cada servicio deberá evaluar los costos asociados de su implementación.

6. COMPRESIONES TORÁCICAS

6.1 Indicaciones

La bradicardia persistente <60 lpm refleja compromiso circulatorio severo y es la indicación para iniciar las compresiones torácicas.

Evidencia actual: En las guías actualizadas del 2025 se mantienen indicaciones de iniciar compresiones si FC <60 lpm tras 30 segundos de ventilación efectiva evidenciada con la elevación del tórax independientemente si se realiza con tubo endotraqueal o máscara laríngea (1).

Comparación 2020 vs 2025: Sin modificaciones en relación al 2020.

Recomendación vigente: Iniciar compresiones si FC <60 tras ventilación efectiva. Clase I – Nivel B-NR (1).

Comentario SAP: Se debe verificar que se está realizando una correcta ventilación con el paciente intubado o con máscara laríngea antes de iniciar compresiones. Si la FC <60 lpm se debe iniciar con compresiones torácicas.

6.2 Técnica y relación compresión-ventilación

Racional: El RN presenta etiología respiratoria predominante, por lo que la ventilación es prioritaria. El método recomendado para las compresiones torácicas es la técnica de dos pulgares con las manos rodeando el tórax, mientras los pulgares comprimen el esternón. El tórax debe descender un tercio de la altura del tórax (1,3).

Evidencia actual: Se mantiene relación 3:1 y técnica de dos pulgares (1,3).

Recomendación vigente: Relación compresión:ventilación: 3:1 con técnica de dos pulgares. Clase I – Nivel C-LD (1).

Comentario SAP: Entrenamiento anual obligatorio en técnica correcta.

Rotación de roles y cronometría en compresiones torácicas: Se recomienda la rotación del operador que realiza las compresiones torácicas cada 2 minutos como máximo. La evidencia en simulación neonatal demuestra deterioro significativo de la calidad de las compresiones y aumento de fatiga fisiológica a partir de los 72 a 156 segundos de compresión continua, independientemente del método utilizado. La cronometría activa de toda la reanimación —con cronómetro visible desde el nacimiento— es esencial para organizar la rotación de roles, controlar los tiempos de intervención y documentar con precisión la secuencia de maniobras (7,8,9).

7. ADRENALINA Y ACCESO VASCULAR

7.1 Indicaciones de adrenalina

Racional: La adrenalina está indicada cuando la frecuencia cardíaca permanece <60 latidos por minuto a pesar de 60 segundos de compresiones torácicas y ventilación adecuada.

Evidencia actual: AHA/AAP 2025 mantiene indicación tras compresiones y ventilación efectivas (1). El intervalo recomendado es cada 3 a 5 minutos para dosis adicionales de adrenalina.

Comparación 2020 vs 2025: No hay cambios.

Recomendación vigente: Adrenalina IV 0,01–0,03 mg/kg. Clase I – Nivel B-NR (1).

Comentario SAP: Priorizar acceso venoso umbilical para la administración de adrenalina.

8. EXPANSIÓN DE VOLUMEN

8.1 Indicaciones

Racional: Indicado ante la sospecha de hipovolemia (hemorragia fetal, desprendimiento placentario).

Evidencia actual: No se identifican cambios respecto a 2020 (1).

Recomendación vigente: Cristaloides 10 mL/kg IV ante sospecha de hipovolemia. Clase IIb – Nivel C-EO (1).

Comentario SAP: Evitar expansión empírica sin evidencia clínica. Realizar expansión lenta ante sospecha de hipovolemia.

9. CUIDADOS POST-REANIMACIÓN

La actualización 2025 formaliza el cuidado post-reanimación como eslabón estructural dentro de la cadena de cuidado (1).

9.1 Monitoreo integral

Racional: El retorno de frecuencia cardíaca no implica recuperación fisiológica completa.

Evidencia actual: Las guías AHA/AAP 2025 enfatizan monitoreo respiratorio, hemodinámico y metabólico continuo tras reanimación avanzada (1). La ERC 2025 coincide (3).

Comparación 2020 vs 2025: En 2020 el cuidado post-reanimación era recomendado pero no estructurado como eslabón independiente.

Recomendación vigente: Monitoreo continuo en UCIN de todo RN que requirió compresiones cardíacas o fármacos. Clase I – Nivel C-EO (1).

Comentario SAP: Protocolizar traslado inmediato a UCIN y una lista de cotejo de estabilización.

10. DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOPATÍA HIPOXICO ISQUÉMICA, HIPOTERMIA TERAPÉUTICA Y NEUROPROTECCIÓN POST-REANIMACIÓN

10.1 Identificación precoz de Encefalopatía Hipóxico-isquémica (EHI)

Racional: La EHI constituye una emergencia neurológica neonatal tiempo-dependiente. La lesión cerebral secundaria (excitotoxicidad, inflamación, estrés oxidativo) progresa durante horas posteriores al insulto hipóxico-isquémico, motivo por el cual la ventana terapéutica para neuroprotección es limitada. La reanimación avanzada, el compromiso hemodinámico y la necesidad de ventilación son marcadores de mayor riesgo de EHI y obligan a vigilancia neurológica estrecha en las primeras horas.

Evidencia actual: Las guías AHA/AAP 2025 integran explícitamente el cuidado post-reanimación y la evaluación neurológica temprana como parte de la “Cadena de cuidados del RN” (1). ERC 2025 refuerza la necesidad de control térmico y monitoreo en el período de transición y estabilización (3). La evidencia de hipotermia terapéutica proviene de ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis que muestran reducción de muerte o discapacidad en EHI moderada-grave en RN de término y cercanos al término (4,5).

Comparación 2020 vs 2025: El criterio clínico y la indicación no se modifican sustancialmente. El cambio 2025 es la formalización del post-reanimación como eslabón estructural, con mayor peso en detección y derivación rápida (1,3).

Recomendación vigente: Se recomienda evaluar de manera sistemática signos de encefalopatía en todo RN que requirió reanimación avanzada y organizar derivación a centro con complejidad para evaluar la indicación de hipotermia terapéutica. Clase I – Nivel C-EO (1).

Comentario SAP: En Argentina, la implementación debe integrarse a la regionalización perinatal:

- “Código EHI” institucional con criterios de activación.
- Traslado neonatal activo con control térmico y monitoreo.
- Registro estandarizado (HIE-AR) para auditoría de oportunidad (tiempo a inicio de enfriamiento).

10.2 Hipotermia terapéutica: indicación y ventana terapéutica

Racional: La hipotermia terapéutica (33–34 °C por 72 h) reduce la cascada de lesión secundaria y mejora resultados neurológicos si se inicia dentro de una ventana temprana.

Evidencia actual: Ensayos fundamentales demostraron beneficio en RN con EHI moderada o grave (4,5). Las guías AHA/AAP 2025 mantienen la indicación de hipotermia terapéutica para RN elegibles en centros con capacidad adecuada (1). ERC 2025 respalda el control térmico estricto y continuidad asistencial (3).

Comparación 2020 vs 2025: No cambia el cuándo (indicación), cambia el cómo a nivel sistémico: 2025 enfatiza integración con traslado, monitoreo y cuidado post-reanimación (1).

Recomendación vigente: Se recomienda hipotermia terapéutica en RN ≥ 35 semanas con EHI moderada-grave, iniciada dentro de las primeras horas de vida, en centros con capacidad de monitoreo y soporte integral. Clase I – Nivel A (4,5) y adopción en guías (1).

Comentario SAP:

- No iniciar hipotermia en centros sin monitorización continua y soporte ventilatorio/ hemodinámico.
- Priorizar tiempo a enfriamiento como indicador (meta institucional: inicio <6 h).
- Evitar “enfriamiento improvisado” sin protocolo (riesgo de complicaciones).

10.3 Hipotermia terapéutica en entornos con recursos limitados

Racional: En ausencia de soporte integral, el enfriamiento puede aumentar complicaciones (arritmias, coagulopatía, inestabilidad hemodinámica) y no reproducir los beneficios observados en ensayos controlados.

Evidencia actual: ILCOR/AHA/AAP 2025 y ERC 2025 abordan la necesidad de contexto organizacional y capacidad del sistema para sostener cuidados post-reanimación (1–3). La evidencia fuera de entornos con recursos completos es inconsistente; por ello se recomienda precaución.

Comparación 2020 vs 2025: Mayor visibilización del tema “recursos limitados” en el marco de cadena de cuidado (1–3).

Recomendación vigente: Se recomienda que la hipotermia terapéutica se implemente solo donde existan recursos adecuados para sostener monitoreo y soporte integral. Clase I – Nivel C-EO (1–3).

Comentario SAP: Definir red regional de centros “capaces de enfriar”, con transporte activo protocolizado.

11. REANIMACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)**11.1 Alcance y particularidades**

Racional: La reanimación en UCIN difiere de la sala de partos: la etiología de la descompensación suele ser sepsis, shock, neumotórax, falla ventilatoria, arritmia, hemorragia o causas metabólicas. La disponibilidad de vía aérea avanzada y monitoreo invasivo modifica la estrategia diagnóstica y terapéutica.

Evidencia actual: Las guías ERC 2025 reconocen explícitamente que las recomendaciones de soporte vital neonatal pueden ser aplicables durante la internación en la unidad neonatal, especialmente en prematuros o pacientes con patología respiratoria (3). AHA/AAP 2025 sostiene el enfoque sistémico de continuidad (1). El NRP 9ª edición desarrolla algoritmos de estabilización y reevaluación fisiológica para escenarios hospitalarios (6).

Comparación 2020 vs 2025: SAP ya había incorporado “reanimación en UCIN” como capítulo propio en su versión previa; 2025 alinea internacionalmente este enfoque, validando su inclusión institucional (3).

Recomendación vigente: Se recomienda aplicar el algoritmo de reanimación adaptado a etiología probable e integrar diagnóstico de causas reversibles durante la reanimación en UCIN. Clase IIa – Nivel C-EO (1,3,6).

Comentario SAP

- Protocolizar “código paro UCIN” con roles.
- Integrar listas de verificación de causas reversibles (hipoxia, hipovolemia, neumotórax, sepsis, obstrucción de vía aérea, disfunción de vía venosa, alteraciones metabólicas).
- Simulación in situ periódica de eventos críticos de UCIN.
- Implementar tarjetas de medicación como ayudas cognitivas en la emergencia.

11.2 Monitorización avanzada en UCIN durante reanimación

Racional: La monitorización avanzada permite detectar precozmente causas reversibles y medir respuesta fisiológica real (por ejemplo, capnografía para ventilación, ECG continuo, presión invasiva si existe).

Evidencia actual: Las guías 2025 refuerzan el monitoreo como componente de seguridad del paciente (1–3). En UCIN, la disponibilidad de herramientas hace razonable su uso, aunque la evidencia comparativa es limitada.

Comparación 2020 vs 2025: Se incrementa la formalización del monitoreo dentro del enfoque sistémico en 2025 (1).

Recomendación vigente: Se sugiere utilizar ECG continuo y monitorización fisiológica disponible durante reanimación en UCIN. Clase IIa – Nivel C-EO (1,3).

Comentario SAP: La 3.^a edición del Manual de Reanimación Neonatal de la SAP cuenta con un capítulo de Reanimación en la UCIN con su propio algoritmo. En esta edición se actualiza el algoritmo haciendo hincapié en el momento del cambio de RCP neonatal a Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS). Se sugiere como corte las 44 semanas de edad corregida y los antecedentes de cardiopatía congénita o patologías de riesgo de paro cardiorrespiratorio de origen cardiovascular.

12. PRONÓSTICO Y DURACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

12.1 Decisiones sobre continuidad o suspensión de maniobras

Racional: La duración de la reanimación sin respuesta se asocia con peor pronóstico, pero existen sobrevivientes con resultados neurológicos variables. La decisión de continuar o suspender debe integrar fisiología, etiología probable, edad gestacional, respuesta a intervenciones, contexto y valores familiares.

Evidencia actual: La AHA/AAP 2025 establece que, si pese a reanimación eficaz no se detecta frecuencia cardíaca, puede considerarse discutir redirección de cuidados alrededor de 20 minutos, enfatizando el proceso de decisión individualizada y compartida (1). Este enfoque se alinea con la integración de comunicación y cuidado post-reanimación dentro de la cadena (1).

Comparación 2020 vs 2025: En 2020 la discusión existía, pero 2025 la hace más explícita en términos de decisión compartida, integración familiar y marco sistémico (1).

Recomendación vigente: Si no hay respuesta (ausencia de frecuencia cardíaca) pese a reanimación neonatal efectiva y completa, puede considerarse la redirección de cuidados alrededor de los 20 minutos, con evaluación individualizada y participación familiar. Clase IIb – Nivel C-EO (1).

Comentario SAP

- Documentar calidad de reanimación: ventilación efectiva, tiempos, dosis, vía de fármacos.
- Protocolo institucional para comunicación con la familia.
- Considerar comité institucional en casos complejos.

12.2 Comunicación y ética clínica en decisiones críticas

Racional: La decisión de continuidad/suspensión tiene alto impacto emocional y ético. La calidad comunicacional disminuye daño psicológico y mejora comprensión del evento.

Evidencia actual: La ERC 2025 integra comunicación con padres dentro del cuidado (3). La AHA/AAP 2025 refuerza el enfoque de sistemas y familia (1).

Comparación 2020 vs 2025: Mayor integración de la dimensión comunicacional en 2025 (1,3).

Recomendación vigente: Se recomienda comunicación estructurada y documentación clara durante decisiones críticas. Clase I – Nivel C-EO (1,3).

Comentario SAP: Incorporar entrenamiento en comunicación crítica en cursos SAP y simulación con paciente estandarizado.

13. PRESENCIA FAMILIAR DURANTE LA REANIMACIÓN

Racional: La presencia familiar durante procedimientos críticos se vincula con medicina centrada en la familia, transparencia asistencial y reducción de incertidumbre. En neonatología, el nacimiento es un evento altamente emocional y la separación abrupta puede incrementar un trauma psicológico.

Evidencia actual: Las ERC 2025 incluyen comunicación con padres como parte del cuidado y del período de recuperación (3). AHA/AAP 2025 integra el enfoque sistémico que incluye a la familia dentro del proceso asistencial (1). La evidencia específica en sala de partos es limitada; sin embargo, estudios observacionales en entornos críticos sugieren menos eventos adversos cuando existen protocolos y roles definidos.

Comparación 2020 vs 2025: En 2020 el tema no aparecía con esta formalización. En 2025 se reconoce dentro del marco de atención centrada en la familia (1,3).

Recomendación vigente: Puede considerarse presencia familiar durante la reanimación neonatal cuando el equipo esté entrenado y exista protocolo institucional. Clase IIa – Nivel C-EO (1,3).

Comentario SAP: Implementación progresiva:

- Protocolo escrito.
- Rol asignado para acompañamiento.
- Criterios de inclusión/exclusión.
- Registro en historia clínica.

Discusión ampliada: La presencia familiar es una práctica razonable cuando el sistema está preparado. El beneficio potencial incluye mejor comprensión del evento, reducción de incertidumbre y mayor satisfacción. El riesgo potencial se relaciona con interferencia o impacto emocional; por ello la implementación debe ser gradual y protocolizada, priorizando la seguridad del paciente y el desempeño del equipo (1,3).

14. DISCUSIÓN COMPARATIVA EXTENDIDA 2020 VS 2025

La actualización 2025 del soporte vital neonatal no produce una modificación sustancial. La secuencia troncal —evaluación inicial, ventilación, compresiones y fármacos— permanece esencialmente estable, coherente con la fisiopatología neonatal y con la evidencia acumulada de que la mayoría de los eventos críticos se originan por falla respiratoria. Sin embargo, reducir la actualización 2025 a “sin cambios” sería un error conceptual: el aporte 2025 es principalmente sistémico, organizacional y de precisión fisiológica. En otras palabras: no cambia el *qué hacer* en términos de pasos, pero cambia de manera relevante *cómo, cuándo, con qué apoyos y en qué marco de cuidado* se implementan estos pasos.

El primer gran eje diferenciador es la formalización del modelo “Cadena de Cuidado del RN”. En 2020, aunque existían recomendaciones sobre preparación del equipo, control térmico y estabilización, la guía se percibía predominantemente como un algoritmo técnico centrado en la sala de partos. En 2025, la cadena de cuidado se transforma en un marco explícito que conecta prevención prenatal, activación temprana del equipo, ejecución técnica, cuidado post-reanimación, recuperación y seguimiento. Este enfoque tiene consecuencias prácticas: obliga a pensar la reanimación como un proceso continuo en lugar de un evento aislado; y desplaza el foco hacia el rendimiento del sistema. En países con heterogeneidad estructural como Argentina, este punto es central: la evidencia no se implementa por “decisión individual” sino por diseño de procesos, capacitación, recursos y auditoría.

El segundo eje es la integración del cuidado post-reanimación como eslabón estructural. En 2020, el post-reanimación era relevante, pero quedaba en un plano secundario o implícito. En 2025, se reconoce que el retorno de la frecuencia cardíaca o la recuperación de la ventilación, no equivalen a estabilidad fisiológica, y que el período inmediato posterior es una fase crítica donde se consolidan o se pierden beneficios.

Esto incluye control térmico preciso, prevención de hipoglucemia, soporte ventilatorio dirigido por objetivos, monitoreo continuo y decisiones rápidas de traslado. La formalización de este eslabón es particularmente importante para el sistema argentino, donde el tiempo de traslado y la disponibilidad de UCIN de alta complejidad pueden condicionar resultados en patologías tiempo-dependientes, como la encefalopatía hipóxico-isquémica.

El tercer eje es la precisión del monitoreo fisiológico. La tendencia 2025 consolida el uso más temprano y sistemático de herramientas como el electrocardiograma para frecuencia cardíaca continua y la oximetría preductal para la titulación del oxígeno. En 2020 estas herramientas estaban presentes, pero en 2025 se integran con mayor peso dentro de una lógica de “medición objetiva” para guiar decisiones. Este cambio tiene un efecto cultural: reduce el margen de evaluación subjetiva (por ejemplo, coloración cutánea) y promueve decisiones basadas en parámetros reproducibles. La consecuencia esperable es doble: por un lado, mejora la estandarización; por otro, exige inversión en equipamiento y entrenamiento del personal. En Argentina, donde la disponibilidad de ECG en sala de partos aún es variable, 2025 funciona como catalizador para priorizar su incorporación en maternidades de mayor complejidad.

El cuarto eje es el uso racional del oxígeno. Si bien los umbrales de inicio (aire ambiente en término y 0.21–0.30 en prematuros) no son esencialmente distintos de 2020, 2025 refuerza el enfoque de titulación fina guiada por saturación. Evita prácticas empíricas, como iniciar con FiO_2 de 1.0 en ausencia de indicación. Este “no cambio” aparente, en realidad, consolida una línea: la hiperoxia es un daño prevenible. En sistemas con brechas de recursos, el desafío no es solo conceptual sino operativo: contar con mezcladores de oxígeno, capacitación en titulación y oximetría funcional.

El quinto eje es la vía aérea alternativa y la escalada ordenada. ERC 2025 refuerza el rol de la máscara laríngea y la posibilidad de incorporarla como una alternativa efectiva

ante ventilación con máscara facial ineficaz, especialmente en RN de mayor edad gestacional. Esto dialoga con una realidad educativa: la intubación neonatal es una habilidad de alta complejidad con curva de aprendizaje exigente, y la reducción de oportunidades clínicas puede disminuir la eficacia de la competencia. La incorporación progresiva de dispositivos supraglóticos puede aumentar la seguridad del paciente, al ofrecer una alternativa rápida y efectiva. Siempre que exista entrenamiento y disponibilidad.

Un sexto eje, de enorme relevancia institucional, es la formalización del uso de los principios del soporte vital neonatal durante la internación en UCIN. La SAP había anticipado esto incorporándose como capítulo propio dentro de la tercera edición del manual: la reanimación en UCIN no es idéntica a sala de partos, pero comparte fundamentos. ERC 2025 reconoce explícitamente esta aplicabilidad, lo que valida el enfoque SAP y favorece su estandarización. En UCIN, el algoritmo debe integrarse a diagnóstico etiológico (sepsis, neumotórax, shock, obstrucción de tubo endotraqueal, alteraciones metabólicas) y al uso de monitorización avanzada.

El séptimo eje es el pronóstico y la duración de la reanimación. AHA/AAP 2025 explicita que, ante ausencia de frecuencia cardíaca pese a reanimación efectiva, puede considerarse la redirección de cuidados alrededor de 20 minutos, enfatizando individualización y decisión compartida. En 2020 este debate existía, pero en 2025 lo inserta con mayor claridad en el marco de comunicación, familia y sistemas. La implicancia para Argentina es la necesidad de protocolos institucionales: documentar la calidad de la reanimación, asegurar que la ventilación fue efectiva, que los tiempos se cumplieron y que las decisiones se comunicaron adecuadamente a la familia.

Finalmente, 2025 integra con más claridad la dimensión familiar. La presencia familiar durante la reanimación y la comunicación con los padres pasan a formar parte del cuidado, siempre que existan condiciones organizacionales para implementarlo sin

comprometer desempeño técnico. Esto representa un cambio cultural: la reanimación deja de ser exclusivamente “acto técnico” para convertirse en “acto clínico integral”, donde la seguridad del paciente incluye también la seguridad emocional familiar y la transparencia asistencial.

En síntesis, la actualización 2025 representa una evolución conceptual: de un algoritmo técnico centrado en sala de partos hacia un modelo de cadena de cuidado neonatal, donde la excelencia depende tanto de la técnica como del sistema. Para SAP, el desafío es lograr que esta recomendación se implemente en Argentina: regionalización, equipamiento adecuado, formación continua, enseñanza con simulación, práctica deliberada e indicadores. Ese es el verdadero “cambio 2025”: no lo que el reanimador hace con sus manos, sino cómo el sistema asegura que eso ocurra correctamente, a tiempo, y con continuidad hasta la recuperación.

CONCLUSIONES

La actualización 2025 consolida la estabilidad del algoritmo central de reanimación neonatal y profundiza un cambio conceptual hacia la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. La SAP adopta estas recomendaciones y propone su implementación progresiva en Argentina mediante protocolos institucionales, capacitación, enseñanza con simulación y auditoría.

REFERENCIAS

1. Lee HC, Strand ML, Finan E, Illuzzi J, Kamath-Rayne BD, Kapadia V, et al. Part 5: Neonatal Resuscitation: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics*. 2025. doi:10.1542/peds.2025-074352.
2. International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Neonatal Life Support: 2025 Consensus on Science With Treatment Recommendations. 2025.
3. Hogeveen M, Monnelly V, Binkhorst M, Cusack J, Fawke J, Kardum D, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Newborn Resuscitation and Support of Transition of Infants at Birth. *Resuscitation*. 2025;215:110766. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110766.
4. Shankaran S, Laptook AR, Ehrenkranz RA, et al. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic–ischemic encephalopathy. *N Engl J Med*. 2005;353:1574–1584. doi:10.1056/NEJMoa051491.
5. Azzopardi DV, Strohm B, Edwards AD, et al. Moderate hypothermia to treat perinatal asphyxial encephalopathy (TOBY): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374:606–614. doi:10.1016/S0140-6736(09)60944-3.
6. Weiner GM, Zaichkin J, eds. *Textbook of Neonatal Resuscitation (NRP)*. 9th ed. American Academy of Pediatrics; 2025.
7. Li ES, Cheung PY, O'Reilly M, Aziz K, Schmölder GM. Rescuer fatigue during simulated neonatal cardiopulmonary resuscitation. *J Perinatol*. 2015;35(2):142–145. doi:10.1038/jp.2014.165.
8. Enriquez D, Meritano J, Shah BA, Song C, Szyld E. Fatigue during chest compression using a neonatal patient simulator. *Am J Perinatol*. 2018;35(8):796–800. doi:10.1055/s-0037-1620231.

9. Sandhu T, Szyld EG, Anderson MP, Shah BA. Effect of rotating providers on chest compression performance during simulated neonatal cardiopulmonary resuscitation. PLoS ONE. 2022;17(3):e0265072. doi:10.1371/journal.pone.0265072.

Afiliaciones de los autores: Clínica y Maternidad Suizo Argentina (GAC), Hospital Juan P. Garrahan (JO, LS,SG,CR), Sanatorio Anchorena San Martín (JPB), Hospital Italiano de Buenos Aires (AB,LK,GM), Universidad Austral (YB), Maternidad Ramón Sarda (LB,GP), Hospital Universitario Austral (CC,KM), Hospital Evita (AC), Clínica Universitaria Reina Fabiola (CM), Hospital Alejandro Posadas (RM), Sanatorio Juncal (OS), Hospital Público Materno Infantil de Salta (ES), Hospital Cuenca Alta (JZ)

ANEXOS

Algoritmo de Reanimación Neonatal en Sala de Partos 2026

Planificación estructurada



Asesoramiento prenatal
Planificación de la recepción/Reunión informativa del equipo
Control del equipamiento

Nacimiento



INICIO DEL RELOJ

TEMPERATURA AMBIENTE A 24-26°

¿Gestación ≥ 35 semanas?
¿Respira o llora?
¿Buen Tono?

Si

Ligadura oportuna de cordón
Contacto piel a piel

Proporcionar calor, secar, asegurar vía aérea

Evaluación RN
Internación conjunta

No

Evaluar momento de ligadura de cordón

Proporcionar calor, secar y estimular, asegurar vía aérea permeable. **No aspirar de rutina**

Evaluar respiración y FC

Dificultad respiratoria/
persistencia de cianosis/
FC ≥ 100

Monitorizar SpO₂ preductal, administrar FiO₂ según tabla†, considerar CPAP

Quejido o apnea o FC < 100

Proveer Ventilación Efectiva con **Reanimador pieza en T o bolsa autoinflable con PEEP con máscara facial o ML₁***
Monitorización de SpO₂ preductal†
Considerar monitor ECG

FC ≥ 100 y Respiración normal

Cuidados post reanimación
Información a los padres
Completar registros

FC < 100

NO

SI
Asegurar/corregir maniobras de ventilación, **considerar ML o TET₂**

FC < 60

FC ≥ 60

VPP₃ con TET o ML con FiO₂ 1 + CT₄ durante 60 s **coordinados 3:1**. Evaluar CUV₅-IO₆

FC < 60

FC ≥ 60

VPP con TET o ML, FiO₂ 1 + CT + **adrenalina EV₇/IO cada 3-5min.**

FC < 60

FC ≥ 60

Consideraciones especiales₈

Informar a la familia
Evaluar el tiempo de reanimación
Reflexión del equipo

FiO₂ de inicio VPP
RN > 32 s iniciar FiO₂ 0,21
RN ≤ 32 s iniciar FiO₂ 0,30

PIM inicial:
RN > 32s 25-30 mmHg
RN ≤ 32s 20-25 mmHg

† Rango de saturación preductal del recién nacido

2 minutos	65%-70%
3 minutos	70%-75%
4 minutos	75%-80%
5 minutos	80%-85%
10 minutos	85%-95%

- 1-ML: máscara Laríngea
- 2-TET: Intubación endotraqueal
- 3-VPP: Ventilación a Presión Positiva
- 4-CT: Compresiones Torácicas
- 5-CUV: Canalización umbilical venosa
- 6-IO: Intraósea
- 7-EV: Endovenosa
- 8-Consideraciones especiales: evaluar ventilación inadecuada, hipovolemia, neumotórax, malformaciones congénitas, etc.

AYUDA PEDIR CONSIDERAR

TITULAR OXÍGENO SEGÚN RANGO DE SATURACION

TEMPERATURA LA CONTROL DE

Comité de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)
Área de Trabajo de RCP Neonatal

Lista de verificación estructurada para anticipación y preparación en reanimación neonatal

Institución:	Fecha: ___/___/___	Hora: ____:____	Lugar de recepción: (UTPR/Quirófano)
Cantidad de profesionales que participan de la recepción:	Líder del equipo:	Nombre y Apellido RN	Edad Gestacional

Planificación Estructurada de la Recepción del RN — (Adaptación SAP a las Guías AHA/AAP–ILCOR 2025)

INSTRUCCIONES:

Completar **ANTES** del nacimiento.

Tildar cada ítem verificado.

Consignar en «**Observaciones**» cualquier hallazgo relevante.

IMPORTANTE: En caso de **urgencia, priorizar** secciones D (**equipamiento**) y E (**roles**).

✓	ÍTEM DE VERIFICACIÓN	DETALLE / ACCIÓN REQUERIDA
A. CONTEXTO CLÍNICO MATERNO		
<input type="checkbox"/>	Edad gestacional confirmada	Eco de primer trimestre / FUM corroborada. Consignar en sem + días (ej: 34+2).
<input type="checkbox"/>	Patología materna activa	Diabetes gestacional / preeclampsia / infección materna / corioamnionitis / fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
<input type="checkbox"/>	Medicación materna reciente	Opioides <4 h del parto, sulfato de magnesio, betabloqueantes, antibióticos intraparto.
<input type="checkbox"/>	Serología materna relevante	HIV / HBsAg / Chagas / VDRL / Toxoplasmosis. Resultado documentado o pendiente .
<input type="checkbox"/>	Corticoides antenatales (prematuros)	Ciclo completo / incompleto / no recibido. Fecha de última dosis.
<input type="checkbox"/>	Tipo y vía de parto previsto	Parto vaginal / cesárea programada / cesárea de urgencia. Causa.

⚠ Corioamnionitis / fiebre materna: elevar alerta. Preparar acceso vascular neonatal y cobertura antibiótica neonatal.

B. CONDICIÓN FETAL Y FACTORES DE RIESGO

<input type="checkbox"/>	Monitoreo fetal intraparto	CTG categoría I / II / III. Desaceleraciones tardías o prolongadas. Pérdida de bienestar fetal.
<input type="checkbox"/>	Líquido amniótico	Claro / meconio fluido / meconio espeso. Oligohidramnios / polihidramnios.
<input type="checkbox"/>	Presentación y fetal	Cefálica / podálica / transversa. Procidencia de cordón / circular.
<input type="checkbox"/>	Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)	Flujos Doppler IP AU / ductus venoso alterados. Bajo peso para EG esperado.
<input type="checkbox"/>	Anomalías estructurales conocidas	Hernia diafragmática / cardiopatía / malformación pulmonar / anomalías de vía aérea.
<input type="checkbox"/>	Gemelaridad o parto múltiple	Nº fetos / corionicidad. Orden de nacimiento. ¿Pueden llegar juntos? ¿Hay 2 equipos?
<input type="checkbox"/>	Hidropesía fetal	Inmune / no inmune. Causa identificada. Grupo y factor RN potencial.

⚠ Meconio espeso + depresión neonatal: aspiración de orofaringe. NO aspiración traqueal de rutina (Clase III, 2025).

⚠ Hernia diafragmática / anomalía de vía aérea: NO ventilar con máscara. Anticipar intubación electiva.

C. PREMATUREZ: RIESGO DIFERENCIAL

<input type="checkbox"/>	EG en zona de viabilidad (< 24–25 sem)	Consensuar plan de reanimación con familia. Documentar ANTES del nacimiento.
<input type="checkbox"/>	Prematurez extrema < 28 semanas	Bolsa plástica, colchón térmico, sala $\geq 23^{\circ}\text{C}$, gorro. NO ordeñar cordón.
<input type="checkbox"/>	Prematurez < 34 semanas	Bolsa plástica SIN secar. Sensor oximetría preductal. Ligadura diferida ≥ 60 s si estable.
<input type="checkbox"/>	Plan de surfactante definido	Disponibilidad confirmada. Criterios de administración precoz o INSURE acordados.

⚠ < 28 semanas: NO ordeñe del cordón (Clase III daño potencial, ILCOR 2025). Priorizar ligadura diferida ≥ 60 s.

D. EQUIPAMIENTO Y RECURSOS DE REANIMACIÓN

<input type="checkbox"/>	Fuente de calor radiante	Encendida. Temperatura ajustada. Servo-control disponible.
<input type="checkbox"/>	Bolsa plástica / envoltura térmica	Disponible para ≤ 34 sem. No secar al RN antes de envolver.
<input type="checkbox"/>	Mezclador O ₂ + flujómetro	Funcional.

		RN EG > 32 sem FiO ₂ inicial: 0.21 (término). RN EG ≤ 32 sem FiO ₂ 0.30 y titular rápidamente según objetivo de saturación preductal logrado.
<input type="checkbox"/>	Oxímetro de pulso preductal	Sensor neonatal. Tabla de saturaciones de referencia a la vista.
<input type="checkbox"/>	Reanimador en T (o bolsa autoinflable)	PIP/PEEP calibrados. Máscara apropiada para EG.
<input type="checkbox"/>	Equipo de intubación completo	Laringoscopio hoja 0/00. TET apropiado + tamaño alternativo. Estiletes. Cinta.
<input type="checkbox"/>	Videolaringoscopio (si se encuentra disponible)	Considerar en < 28 sem, anomalía de vía aérea, o equipo con menor experiencia.
<input type="checkbox"/>	Máscara laríngea	Para ≥ 34 sem: alternativa si VPP ineficaz y falla de intubación.
<input type="checkbox"/>	Monitoreo ECG en sala de partos	Electrodos neonatales. Monitor encendido y calibrado. Primera medición en <60 s.
<input type="checkbox"/>	Adrenalina 1:10.000 preparada	IV 0.01–0.03 mg/kg / ET 0.05–0.1 mg/kg. Jeringas identificadas y rotuladas.
<input type="checkbox"/>	Solución fisiológica 0.9% para expansión	10 ml/kg si hay hipovolemia. Precargado o de acceso inmediato.
<input type="checkbox"/>	Caja de canalización con catéter umbilical para acceso venoso	Disponible. Solución fisiológica 0.9%.
<input type="checkbox"/>	Glucómetro / tira reactiva	Para glucemia en período postreanimación inmediata.

⚠ **TODO** el equipamiento debe estar **PROBADO** antes del nacimiento, **NO SOLO** “disponible en el servicio”.

E. EQUIPO HUMANO: ROLES Y COMPETENCIAS

<input type="checkbox"/>	Líder del equipo designado	Nombre explícito. Responsable de decisiones y comunicación.
<input type="checkbox"/>	Responsable de vía aérea / ventilación	Competencia verificada en VPP e intubación. Posición: cabecera.
<input type="checkbox"/>	Responsable de compresiones torácicas	Técnica 2 pulgares con manos envolventes. Plan de relevo definido.
<input type="checkbox"/>	Responsable de acceso vascular y fármacos	Catéter umbilical / vía IO. Diluciones conocidas.
<input type="checkbox"/>	Comunicación con familia asignada	Miembro designado. No interfiere con maniobras.
<input type="checkbox"/>	Cronómetro visible y activado al nacimiento	Registrar: inicio VPP, inicio compresiones, dosis de adrenalina.

⚠ Equipo < 3 personas: redistribuir **ROLES EXPLICITAMENTE** antes del nacimiento.

F. PLAN DE MANEJO DEL CORDÓN UMBILICAL

<input type="checkbox"/>	En todo RN de CUALQUIER edad gestacional	Ligadura oportuna ≥ 60 seg. Contacto piel a piel si es factible. Evitar tracción siempre.
--------------------------	---	--

⚠ **NO** debe realizarse **ORDEÑE** en ninguna edad gestacional
 ⚠ Si requiere maniobras de reanimación **URGENTE** y mantener cordón **ÍNTEGRO** es **IMPOSIBLE**: pinzamiento **INMEDIATO** y traslado a cuna.

G. COMUNICACIÓN Y PLAN DE ACTUACIÓN

<input type="checkbox"/>	Briefing verbal completado	Todos los miembros conocen: diagnóstico, EG, riesgo principal, plan inicial.
<input type="checkbox"/>	Plan de derivación / traslado definido	UCIN de destino identificada. Teléfono de referencia disponible.
<input type="checkbox"/>	Comunicación con obstetricia confirmada	Coordinación sobre tipo y momento del parto. Señales de alerta acordadas.
<input type="checkbox"/>	Familia informada	Diagnóstico prenatal explicado. Presencia familiar: sí / no / condicionada a protocolo.
<input type="checkbox"/>	Plan de hipotermia terapéutica anticipado	EHI moderada-grave RN EG \geq 35sem con factores de riesgo. Ser centro con programa de hipotermia terapéutica o pertenecer a red de derivación . El Inicio debe ser con ≤ 6 h del nacimiento.

⚠ Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) contemplado (extrema prematurez / anomalía letal): **DEBE** estar documentado y consensuado **ANTES** del nacimiento.
 Es una decisión clínica (y ética) consensuada en la que se establece **no iniciar o retirar determinadas medidas de soporte vital** cuando se considera que prolongarían el sufrimiento sin aportar beneficio real al paciente.
 La LET prenatal significa que, antes del nacimiento, el equipo médico, junto con la familia, acuerda y documenta que: a) **No se realizará reanimación** en sala de partos (o será limitada), b) **No se iniciarán** medidas invasivas de soporte vital (VM, drogas vasoactivas, RCP, etc.), c) El enfoque será **paliativo y de confort**: calidez, analgesia, contención familiar, acompañamiento

OBSERVACIONES Y CONTINGENCIAS:

Completado por: Firma:	Hora de finalización del briefing: ____:____
-------------------------------	--



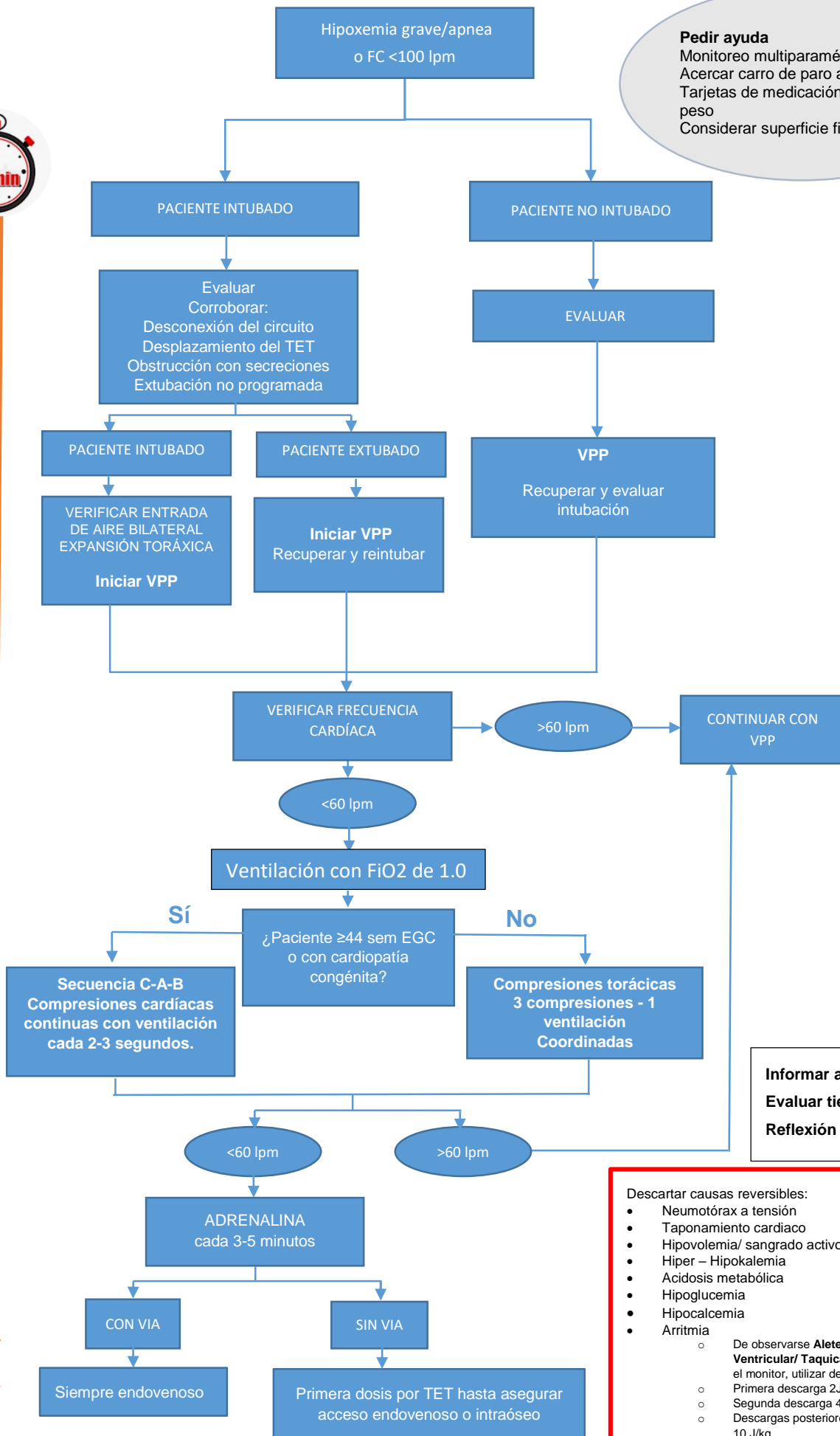
NOTA DE IMPLEMENTACIÓN

Este Anexo puede reproducirse libremente para uso institucional. Se recomienda su laminado o plastificado para uso en sala de partos. El cumplimiento debe registrarse en la historia clínica del recién nacido como indicador de calidad del proceso de reanimación (SAP 2026). La actualización periódica de este documento estará a cargo del Área de Trabajo en Reanimación Neonatal del Comité de Estudios Feto-Neonatales.

ALGORITMO DE RCP EN LA UCIN 2026

Pedir ayuda

Monitoreo multiparamétrico
Acercar carro de paro a la unidad
Tarjetas de medicación según peso
Considerar superficie firme/tabla



Cambiar los roles cada 2 minutos o ante cansancio

Informar a la familia
Evaluar tiempo de reanimación
Reflexión del equipo

Descartar causas reversibles:

- Neumotórax a tensión
- Taponamiento cardíaco
- Hipovolemia/ sangrado activo
- Hiper - Hipokalemia
- Acidosis metabólica
- Hipoglucemia
- Hipocalcemia
- Aritmia
 - De observarse **Aleteo auricular/Fibrilación Ventricular/ Taquicardia ventricular sin pulso** en el monitor, utilizar desfibrilador:
 - Primera descarga 2J/kg - retornar RCP
 - Segunda descarga 4J/kg - retornar RCP
 - Descargas posteriores >4J/kg hasta un máximo de 10 J/kg

Rx tórax y laboratorio POCUS