

Material Imprimible

Curso RCP y primeros auxilios en niños y lactantes

Módulo RCP y DEA

Contenidos:

- Reanimación cardiopulmonar: características, historia y definiciones. ¿Cómo y cuándo practicarla?
- Desfibrilador externo automático: características, utilización, diferenciación entre DEA pediátrico y para adultos. Ley 27.159 en Argentina
- Maniobra de Heimlich

Reanimación cardiopulmonar

Es importante recordar que los primeros auxilios abarcan diversas situaciones, y el uso de la **reanimación cardiopulmonar** (RCP) se reserva para casos específicos, como el paro cardiorespiratorio, que ocurre cuando una persona no presenta pulso ni respiración. Por lo tanto, es fundamental realizar una evaluación primaria adecuada para determinar si se requiere esta técnica.

Un niño requiere RCP si no está respirando correctamente, no responde a estímulos externos o carece de pulso. Es por eso que es crucial estar preparados para aplicar esta técnica en el momento necesario.

Además de la RCP, es importante considerar el uso de un desfibrilador automático externo (DEA) en caso de paro cardíaco, cuando las fibras del corazón entran en fibrilación. ¿Por qué decimos esto? Porque el DEA tiene como objetivo desfibrilar el músculo cardíaco para restablecer su ritmo normal.

Para determinar si un niño necesita RCP, se puede observar si su pecho se eleva al respirar, lo que indica una respiración adecuada. También se puede acercar el oído a su boca para escuchar la respiración y verificar si responde a estímulos verbales, sumado a que tenemos que comprobar si el niño tiene pulso, tal como hemos estudiado anteriormente.

En caso de que el niño esté inconsciente y no esté respirando, es crucial contactar de inmediato al 107 o al SAME para poder brindar ayuda lo más pronto posible.

Ahora bien. La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia que se realiza cuando una persona deja de respirar o su corazón deja de latir. Por ende, la RCP es esencial para salvar vidas.

Es fundamental aclarar que existen dos tipos de paro: el respiratorio y el cardíaco. En primer lugar, se produce el paro respiratorio, donde el niño deja de respirar, lo que provoca la falta de oxígeno y, como consecuencia, el corazón deja de latir, dando lugar al paro cardíaco. Cuando ambos están presentes, se denomina paro cardiorrespiratorio.

Conozcamos juntos sobre la historia de la RCP. Dicha técnica se desarrolló a finales de los años 50 e inicios de los 60, combinando la respiración boca a boca y las compresiones torácicas.

El doctor James Elam y Peter Safar describieron por primera vez la ventilación boca a boca y sus ventajas, y si bien esta técnica ya se mencionaba en la Biblia, no se utilizó hasta mediados del siglo XX.

Por otro lado, los doctores Kouwenhoven, Knickerbocker y Jude descubrieron los beneficios de las compresiones torácicas mediante experimentos con animales y posteriormente con humanos. La combinación de ambas técnicas se estableció en 1960, dando origen a la RCP moderna.

Asimismo, fue Asmund Laerdal quien fabricó el primer maniquí, llamado Resusci Anne, que se empezó a utilizar desde entonces.

Desde la década de 1960, la enseñanza de la Reanimación Cardiopulmonar ha sido fundamental, y Resusci Anne se ha convertido en un símbolo de esperanza y vida para millones de personas.

Pero... ¿cómo se realiza la técnica? Podemos decir que la RCP es un procedimiento que consiste en realizar compresiones en el pecho hasta que llegue la asistencia médica.

Anteriormente se realizaba la respiración boca a boca, pero se ha dejado de llevar a cabo, ya que se ha demostrado que solo las compresiones pueden salvar vidas.

Por dicho motivo, la Cruz Roja tiene un lema que dice: "Solo con tus manos salvas una vida".

La Cruz Roja Argentina ha respaldado el Proyecto de Ley presentado ante la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina, que fue promovido por el Dr. López Rosetti en colaboración con instituciones de renombre.

Dicho proyecto fue convertido en ley en el año 2012, y su objetivo es que todos los programas educativos de escuelas secundarias, tanto públicas como privadas, a nivel nacional, tengan cursos de capacitación en Técnicas de Reanimación Cardiopulmonar.

¿Y qué ocurre con la reanimación cardiopulmonar pediátrica? Este es un procedimiento de emergencia que se lleva a cabo cuando un niño deja de respirar o de tener latidos cardíacos. Allí, el objetivo principal del socorrista es identificar si el niño está experimentando un paro cardiorrespiratorio, sustituir las funciones respiratorias y circulatorias a través de compresiones, y garantizar el flujo de sangre oxigenada hacia el cerebro y otros órganos vitales. Dichas compresiones deben continuar hasta que el niño recupere la respiración y los latidos cardíacos, o hasta que llegue asistencia médica.

Una vez que se determina que el niño no tiene pulso, se comienza con las compresiones colocando las manos en el pecho del niño, debajo del esternón.

Algunas causas que podrían requerir la realización de RCP en un niño incluyen lesiones, asfixia, ahogamiento, descargas eléctricas, hemorragias graves, traumatismos craneales u otras lesiones serias, enfermedades pulmonares, intoxicaciones y sofocaciones. Además, es importante estar atento a ciertos síntomas que indican la necesidad de RCP, como la falta de respiración, paro cardíaco o pérdida de conocimiento.

Una cuestión importante a tener en cuenta es que en RCP pediátrica, la frecuencia de las compresiones también se adapta a la edad, pero en general se recomienda mantener entre 100 y 120 compresiones por minuto en todos los grupos de edad, incluidos los lactantes (menores de 1 año) y los niños pequeños (de 1 a 8 años).

Lo que sí varía es la técnica de las compresiones:

- En lactantes se usan dos dedos en el centro del pecho si hay un solo reanimador. Si hay dos reanimadores, se recomienda el método de ambos pulgares rodeando el tórax. Realizar compresiones a una profundidad de aproximadamente 4 cm o $\frac{1}{3}$ del diámetro del tórax.
- En niños se usa una mano o ambas manos (según el tamaño del niño y del reanimador), a una profundidad de unos 5 cm o también $\frac{1}{3}$ del diámetro del tórax.

En cuanto a las ventilaciones, si bien como mencionamos anteriormente no son obligatorias, son altamente recomendadas en niños, ya que los paros cardiorrespiratorios en pediatría suelen tener origen respiratorio.

Para llevar a cabo las compresiones torácicas, se deben seguir los siguientes pasos:

- descubrir el pecho del niño
- quitar la ropa para dejar el pecho al descubierto
- colocar el talón de una mano en el centro del esternón
- poner el talón de la otra mano sobre el primero
- entrelazar los dedos
- y presionar el tórax del niño hacia abajo de forma firme y rápida.

Para poder observar y aprender la técnica adecuada, se sugiere que revisen los videos proporcionados en el material complementario, tanto para la técnica en niños como en lactantes. Esto les permitirá familiarizarse con el procedimiento de manera más efectiva.

¿Cómo y cuándo practicar la RCP en los lactantes?

Se considera **lactante** a los niños desde el nacimiento hasta el primer año de vida. Los signos vitales en este incluyen la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal.

En lactantes de 1 a 11 meses, la frecuencia cardíaca normal es de 80 a 160 latidos por minuto, mientras que en niños de 1 a 2 años es de 80 a 130 latidos por minuto, siempre verificando el pulso radial o apical.

En cuanto a la frecuencia respiratoria, en lactantes de 0 a 1 año, se considera normal un rango de 30 a 60 respiraciones por minuto, mientras que en niños de 1 a 2 años el rango se ajusta un poco, y suele estar entre 24 y 40 respiraciones por minuto.

En relación con la temperatura corporal, en condiciones normales, un lactante debe mantener una entre 36.5 °C y 37.5 °C. Es importante vigilarla, ya que estos son más propensos a desajustes térmicos. Misma temperatura para los niños.

Para tomar el pulso de un bebé, se puede seguir estos pasos: Colocar al bebé boca arriba con un brazo doblado y la mano del bebé a la altura de la oreja. Luego, palpar el pulso en la zona de la muñeca, siguiendo la línea del pulgar hasta encontrar el pulso radial. En los recién nacidos, es más fácil encontrar el pulso apical en el vértice izquierdo del pecho. En caso de emergencia, es crucial evaluar si el bebé está respirando.

Para realizar la maniobra de RCP en recién nacidos, se deben utilizar los dedos índice y mayor de una mano para presionar el pecho del bebé. En niños más grandes, se puede aplicar presión con el talón de una sola mano, asegurándose de que los movimientos y compresiones sean efectivos. Si no se detecta pulso ni respiración, se debe iniciar la RCP colocando al bebé con cuidado boca arriba sobre una superficie rígida o sosteniéndolo firmemente.

Si se encuentran en una situación en la que una persona no está respirando normalmente, reacciona de manera inusual o no responde, es crucial comenzar la reanimación cardiopulmonar (RCP) de inmediato. No olviden pedir a alguien que llame a los servicios de emergencia y solicite un desfibrilador externo automático (DEA). Si están solos, realicen dos minutos de RCP, llamen a emergencias y continúen con las maniobras hasta que llegue ayuda médica.

Alternen entre dos insuflaciones cortas para elevar el pecho del bebé y compresiones hasta que este se mueva o llegue la ayuda médica. Durante las compresiones, realicen 30 de forma continua a un ritmo de 100 a 120 por minuto.

Es importante recordar que en bebés, la insuflación no es esencial y se pueden realizar solo compresiones.

Después de cinco ciclos, reevalúen al bebé y continúen con las compresiones si no muestra signos de recuperación.

Ahora bien. En muchas de las bibliografías encontrarán que se describen dos técnicas principales de compresión en RCP para bebés. Estas son conocidas como técnica A y técnica B.

En la Técnica A, se colocan los dedos índice y medio en el centro del esternón, entre los pezones, sin presionar en el extremo del esternón. Se aplica presión hacia abajo, comprimiendo 4 cm de profundidad, y se continúa la maniobra sin interrupción.

Por su parte, la Técnica B se lleva a cabo con ambas manos. Se toma al bebé del pecho y se presiona con los pulgares en el centro del esternón, manteniendo la técnica de forma constante hasta que llegue la ayuda médica.

En caso de que el bebé no presente respiración normal, tos o movimientos, es necesario repetir el ciclo de RCP hasta que se recupere o llegue la ayuda médica. Si el bebé comienza a respirar por sí mismo, se debe colocar en la posición lateral de recuperación y seguir evaluando su estado hasta que llegue la ayuda necesaria. Esta posición lateral es útil, por ejemplo, si el niño se ha atragantado y necesita vomitar.

Aunque actualmente no se requiere, a continuación les compartiremos la técnica para realizar las insuflaciones correctamente (respiración boca a boca). En primer lugar, se debe inclinar suavemente la cabeza del bebé hacia atrás para evitar cerrar la vía aérea en lugar de abrirla. Si el bebé no está respirando, no se debe comprimir la nariz con los dedos. Se recomienda realizar una ventilación de aproximadamente un segundo, soplando suavemente hasta que el pecho se eleve claramente.

En el caso de niños pequeños, se aconseja inclinarle la frente hacia atrás y elevar su mentón con las manos. Luego, tapar ambas fosas nasales con los dedos índice y pulgar, y soplar dos veces suavemente, con una duración de un segundo cada una.

Es importante no inhalar demasiado aire antes de soplar. Además, se debe realizar compresiones en el esternón con el talón de una mano, asegurándose de que descienda al menos 5 cm.

Por último diremos que para prevenir la necesidad de realizar RCP en niños, es fundamental tomar medidas para evitar accidentes. Algunos consejos útiles incluyen enseñarles sobre la seguridad en el hogar, enseñarles a nadar, instruirlos sobre cómo comportarse cerca de los autos y andar en bicicleta de manera segura, así como enseñarles a cruzar calles de forma adecuada.

Además, es esencial cumplir con las normativas sobre el uso de sillas de retención para niños en vehículos, según las leyes vigentes en cada país y municipio, sumado a que siempre tienen que utilizar cinturones de seguridad.

Asimismo, y fundamentalmente, nunca se debe subestimar las capacidades de un niño; siempre es mejor asumir que pueden moverse y manipular objetos más de lo que uno piensa.

También debemos identificar las posibles situaciones de riesgo para ellos, ya que suelen jugar, trepar y correr, y debemos elegir juguetes adecuados para la edad del niño, evitando aquellos que sean pesados, frágiles o que puedan representar un riesgo de asfixia para los más pequeños.

A su vez, tenemos que crear un entorno seguro y vigilar de cerca a los niños, especialmente alrededor del agua y cerca de los muebles, ya que los accidentes son una de las principales causas de muerte en niños. A esto se suma prestar atención a los enchufes eléctricos, hornos, estufas y botiquines donde se guardan los medicamentos.

Desfibrilador externo automático

Un desfibrilador externo automático es un dispositivo portátil que se utiliza para restaurar el ritmo cardíaco en personas que han sufrido un paro cardíaco súbito, especialmente cuando el corazón entra en una arritmia letal como la fibrilación ventricular.

El DEA analiza el ritmo del corazón automáticamente, indica si es necesario aplicar una descarga eléctrica para restablecer un ritmo cardíaco efectivo, y guía al usuario con instrucciones de voz y visuales paso a paso.

Este es automático, es decir, la persona no necesita experiencia médica para usarlo; es seguro, ya que no permite aplicar una descarga si no es necesaria; y es rápido y vital, puesto que cuanto antes se use, mayores son las posibilidades de supervivencia (idealmente en los primeros 3 a 5 minutos).

Se encuentran en lugares públicos como aeropuertos, centros comerciales, estadios, escuelas, oficinas y gimnasios, y suele estar en una caja o vitrina marcada con un símbolo de corazón con un rayo.

Como dijimos, el uso de desfibriladores automáticos es crucial para restablecer el ritmo cardíaco en casos de paro cardíaco, tanto en niños como en adultos. Sin embargo, es importante tener en cuenta las diferencias en la utilización de un DEA pediátrico y uno para adultos.

Por ejemplo, al utilizar un DEA en adultos, se deben seguir ciertos pasos, como encender el dispositivo, colocar las almohadillas en el pecho de la persona y seguir las instrucciones proporcionadas. En el caso de los niños, la colocación de las almohadillas, también conocidas como parches, es la siguiente: la primera almohadilla se tiene que ubicar a la derecha del esternón, debajo de la clavícula, y la segunda almohadilla en la pared torácica izquierda, aproximadamente a 5 centímetros debajo de la axila izquierda.

Si el tórax es muy pequeño (en el caso de los lactantes) y los parches podrían tocarse, tendremos que colocar uno en el centro del pecho (esternón) y el otro en la espalda, entre los omóplatos.

Es fundamental recordar que ante un paro cardíaco, se debe contactar al 107 y realizar reanimación cardiopulmonar (RCP) sin importar si hay un DEA disponible. En el caso de niños mayores de un año, es posible utilizar un desfibrilador, pero es esencial emplear parches pediátricos para ajustar la energía suministrada.

Ahora nos preguntamos... ¿se puede utilizar el DEA en niños menores a un año? La respuesta es que no se recomienda, a menos que no haya otra opción disponible, el equipo esté específicamente diseñado para uso pediátrico, y el socorrista esté debidamente entrenado.

¿Por qué decimos esto? Porque en bebés menores de un año, las causas del paro cardíaco suelen ser diferentes a las de los adultos (más relacionadas con problemas respiratorios o traumatismos que con arritmias). Además, su corazón es muy pequeño y frágil, por lo que una descarga estándar puede causar más daño que beneficio si no se ajusta adecuadamente.

Asimismo, es crucial tener en cuenta que los niveles de energía aplicados no son los mismos para adultos y niños. Para niños de 1 a 8 años, se aconseja el uso de desfibriladores con atenuador de dosis. En caso de no contar con uno, se puede emplear un desfibrilador estándar con parches para adultos.

Los parches que incluyen estos dispositivos varían en tamaño según si son para niños o adultos. Los parches para adultos son más grandes, mientras que los parches para niños son más pequeños y se adaptan a su morfología.

Se recomienda que los parches tengan un diámetro de 4,5 cm para lactantes (menores de un año) y niños que pesen menos de 10 kg, y de 8 a 12 cm para niños que pesen más de 10 kg (mayores de un año). Aunque no se ha establecido un tamaño ideal, es importante asegurar una adecuada separación entre los electrodos.

Se pueden distinguir tres grupos con sus respectivos parches:

- Grupo 1: lactantes (menores de 1 año) = parche pediátrico
- Grupo 2: niños (de 1 a 8 años) = parche pediátrico.
- Grupo 3: niños (mayores de 8 años) = parche adulto, para personas que pesen más de 25 kg

La forma de colocar el desfibrilador en niños es similar a la de los adultos. En caso de que los electrodos sean demasiado grandes y exista riesgo de arco eléctrico, se puede colocar un parche en la espalda debajo de la escápula izquierda y otro en la parte delantera a la izquierda del esternón. Los parches pediátricos vienen con instrucciones de colocación, al igual que los parches para adultos.

Las almohadillas de los electrodos de los adultos poseen una descarga de mayor intensidad que la de los niños. Sin embargo, no todos los desfibriladores incluyen almohadillas para niños. Algunos desfibriladores especiales vienen con un botón que permite cambiar automáticamente al modo pediátrico, para ajustar la intensidad de la descarga y prevenir posibles daños al paciente.

Podemos decir entonces que la energía de descarga en niños y lactantes es distinta a la de los adultos. En niños de 1 a 8 años, se recomienda el uso de desfibriladores con atenuador de dosis de energía para garantizar una carga eléctrica segura. En caso de no contar con uno, se podrá enviar una carga normal con parche adulto.

Una cuestión esencial a considerar es que no hay evidencia que respalde o desaconseje el uso de un DEA en niños menores de 1 año. Además, la experiencia en el uso de DEA con atenuador de dosis en niños menores de 1 año es limitada.

Los paros cardíacos pueden ocurrir repentinamente, por lo que es crucial contar con el dispositivo adecuado a mano para salvar la vida de la persona afectada. Aunque pueda resultar sorprendente, los niños también pueden sufrirlos; no obstante, es menos común.

Bajo las instrucciones del desfibrilador, únicamente en situaciones donde sea imprescindible administrar una descarga, el dispositivo DEA emitirá una alerta. Allí es crucial garantizar que nadie entre en contacto con la víctima durante la aplicación del choque.

La **Ley 27.159** de Argentina, sancionada en 2015 y reglamentada en 2022 mediante el Decreto 402/2022, establece un Sistema de Prevención Integral de Eventos por Muerte Súbita en espacios públicos y privados de acceso público.

Dichos lugares son:

- estaciones de transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo
- aeropuertos
- establecimientos comerciales con más de 2.500 m²
- lugares públicos con más de 2.000 personas
- instalaciones deportivas
- clubes
- centros comunitarios
- gimnasios
- hospitales
- centros de atención primaria
- centros de día
- residencias para personas mayores
- residencias para niños
- consultorios médicos
- casinos
- instituciones educativas de todos los niveles
- centros comerciales con más de 1.000 personas
- locales de entretenimiento
- cines y teatros
- salones de eventos
- y discotecas con más de 1.000 personas

Su objetivo principal es reducir la morbilidad súbita de origen cardiovascular mediante la implementación de medidas preventivas y de respuesta inmediata en lugares con alta concurrencia de personas.

Sus principales disposiciones son las siguientes:

- **Instalación obligatoria de Desfibriladores Externos Automáticos:** Los espacios públicos y privados de acceso público con una concentración o circulación diaria superior a 1.000 personas deben contar con al menos un DEA.
- **Capacitación del personal:** Los responsables de estos espacios deben capacitar a su personal en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y en el uso del DEA, asegurando que siempre haya alguien disponible para actuar en caso de emergencia
- **Exención de responsabilidad:** Las personas que intervengan en una emergencia utilizando un DEA, conforme a las disposiciones de la ley, no serán responsables civil, penal ni administrativamente por sus acciones.
- **Costos:** Los gastos derivados de la implementación de estas medidas en espacios privados de acceso público estarán a cargo de sus propietarios.
- **Sanciones por incumplimiento:** Las infracciones a la ley pueden ser sancionadas con apercibimientos, publicación de la resolución sancionatoria en medios de difusión masiva y multas que varían entre \$1.000 y \$100.000, susceptibles de ser aumentadas en caso de reincidencia

El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad encargada de la aplicación de la ley y su reglamentación. Además, se creó un Registro Nacional de Desfibriladores Externos Automáticos, que funcionará en el ámbito del Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, con el objetivo de georreferenciar y hacer un seguimiento del funcionamiento de los DEA instalados.

La muerte súbita representa un problema de salud pública significativo, ya que más del 70% de los casos ocurren en ámbitos extrahospitalarios. La implementación de esta ley busca empoderar a la comunidad para actuar de manera efectiva ante estas situaciones, aumentando las posibilidades de supervivencia mediante una respuesta rápida y adecuada.

Maniobra de Heimlich

Esta maniobra es un procedimiento de primeros auxilios empleado para desbloquear las vías respiratorias de un niño que se ha atragantado.

Tanto los adultos, los niños como los bebés pueden atragantarse con un objeto o alimento, lo que puede obstruir el paso de oxígeno a los pulmones. No obstante, es especialmente peligroso en los lactantes, ya que aún no tienen la capacidad de protegerse o comprender lo que les está sucediendo, y en los más pequeños, quienes tienden a llevarse a la boca objetos que encuentran a su alcance. Por esta razón, es fundamental mantener los juguetes y objetos pequeños fuera de su alcance y tener precaución con alimentos como maní, aceitunas y pasas.

En caso de que alguien se atragante, es crucial actuar rápidamente para prevenir la asfixia, y si la persona no puede expulsar el objeto atorado, se debe realizar la maniobra de Heimlich.

En el caso de los bebés, si están balbuceando, llorando, hablando o tosiendo, es probable que tengan una obstrucción parcial y no sea necesario aplicar la maniobra de Heimlich. En esta situación, es importante permitir que el bebé tosa naturalmente, evitando golpearle la espalda o darle agua, ya que esto podría empeorar la obstrucción. Sin embargo, si el bebé no logra expulsar el objeto y no puede comunicarse, toser o llorar, entonces es necesario realizar la maniobra de Heimlich.

Al experimentar una obstrucción en la garganta que dificulta la respiración, es común que la persona se agarre el cuello y presente enrojecimiento en la cara y el cuello. El gesto de llevar las manos al cuello se conoce como la señal universal de asfixia y es identificable tanto en niños como en adultos, e incluso en bebés. Es importante observar detenidamente los movimientos y la postura de la persona para determinar qué está ocurriendo.

En caso de encontrarse solo o con personas que desconocen cómo ayudar, se puede actuar de la siguiente manera: abrazar a la persona desde atrás y debajo de los brazos. Si se trata de un niño más bajo, es recomendable arrodillarse para estar a su altura; si es más alto, se puede subir a una silla para alcanzar la altura necesaria. Posteriormente, se debe colocar una mano en forma de puño con cuatro dedos por encima del ombligo, en la línea media del estómago, y la otra mano sobre el puño. Inclinar el cuerpo ligeramente hacia adelante, simulando la posición de vomitar, para facilitar la expulsión del objeto extraño, y aplicar presión en el abdomen hacia atrás y hacia arriba. Repetir esta maniobra hasta que se elimine la obstrucción.

En caso de que la persona se desmaye mientras está atragantada, se debe colocar boca arriba y realizar 5 compresiones en la boca del estómago. Es crucial evaluar si la persona responde y respira. Si la obstrucción persiste, se debe repetir el procedimiento. Si después de tres repeticiones la persona no responde y su rostro se torna azul, se debe iniciar la RCP controlando el pulso y la respiración.

En relación al cuidado de los niños, especialmente los menores de 3 años, es importante evitar que corran, jueguen o caminen con comida o juguetes en la boca, como chupetines y caramelos. Asimismo, se debe tener precaución para que estos no ingieran alimentos que puedan causar atragantamiento fácilmente, como salchichas, nueces, caramelos duros o pegajosos, pochoclos y maníes.

En el caso de los adolescentes y adultos, el riesgo de atragantamiento suele estar relacionado con comer demasiado rápido o ingerir porciones de alimentos muy grandes.

En resumen, los signos de peligro de un verdadero caso de atragantamiento incluyen la incapacidad para llorar o hacer ruido, tos débil e improductiva, sonidos suaves o silbidos, dificultad para respirar con retracción de las costillas y el pecho, color azulado en la piel y pérdida de conocimiento si la obstrucción no se resuelve.

Es importante tener en cuenta que estos pasos no deben llevarse a cabo si el bebé está tosiendo con fuerza o llorando intensamente, ya que podrían empeorar la situación.