



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Reanimación neonatal

Parcial: 2°

Nombre de la Materia: Pediatría

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del solar Villareal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

6° semestre

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación. Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando esa término (37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación logaranticen. La mejor manera de asegurar que camos asistir un recién nacido de bajo riesgo es valorar que el embarazo ha transcurrido normalmente, haciendo especial hincapié en las situaciones de riesgo.

ATENCIÓN INMEDIATA

Mantener el ambiente con una temperatura entre 26 – 28o C -Anticipar siempre la posibilidad de una reanimación, con la preparación adecuada tanto del personal de salud interviniente (equipo médico y enfermería) como de todos los insumos e equipos médicos necesarios, listos y prestos para ser utilizados en la reanimación neonatal. -La mayoría de los RN necesitan sólo cuidados básicos en el parto y después del mismo. -Luego del nacimiento, colocar al RN sobre el vientre de su madre, secarlo con una toalla o compresa limpia, seca y previamente entibiada, luego remover la toalla mojada y cubrir nuevamente al RN con otra seca. -NO retirar el unto sebáceo ni secar las manos del RN. -Colocar al RN desnudo, siempre que esté completamente activo y reactivo en posición prona en contacto piel a piel cerca del pecho de la madre. -Cubrir a ambos con una manta limpia y seca. Colocar al RN una gorra de algodón, para evitar la hipotermia. -Para facilitar el apego precoz, el contacto piel a piel se debe iniciar al nacimiento y continuar al menos por una hora después del mismo. Evite las interrupciones. Descubra únicamente las partes del cuerpo del RN que deban recibir cuidados y controles. -Si la madre precisa cuidados urgentes, el contacto piel a piel lo puede realizar el padre o la persona de confianza de la madre. -Verificar y dejar registrado la hora del nacimiento. -Pinzar y cortar el cordón umbilical en forma oportuna una vez que deje de latir. El momento oportuno para ligar el cordón de los RN, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado, está aplanada y sin pulso (aproximadamente entre 1 a 3 minutos después del nacimiento). Después que las pulsaciones del cordón hayan cesado, proceder a pinzarlo (utilizar 2 pinzas) y cortarlo, bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza. La ligadura del cordón se realiza a 2 cm de la piel con un clamp umbilical idealmente. Si se utiliza hilo de algodón, realizar doble ligadura con 2 nudos y 2 vueltas, seccionando a 1 cm de la ligadura con tijera estéril o bisturí; luego realizar la desinfección del muñón umbilical con clorhidrato de clorhexidina al 0,5 - 1 % o alcohol rectificado al 70% en caso de no contar con la clorhexidina. -Hay situaciones en donde la ligadura del cordón deberá realizarse inmediatamente, las mismas son expuestas más adelante en este capítulo. -Verificar la presencia de 2 arterias y 1 vena umbilical, en caso de faltar algún vaso dejar constancia del hallazgo y solicitar ecografía abdominal con énfasis en vías urinarias. Favorecer la termorregulación, manteniendo el contacto piel con piel con su madre, cubriendo el cuerpo del RN con una manta o compresa o toalla limpia, seca y previamente entibiada. Colocar al RN una gorra de algodón, luego del secado, en los primeros minutos de vida. -Aspirar las secreciones del RN sólo en caso necesario. No es necesario aspirar el líquido amniótico claro existente en la cavidad nasofaríngea (boca y/o nariz) en forma rutinaria, si el RN ha iniciado y mantiene un buen esfuerzo respiratorio. Todo el tracto respiratorio tiene líquido amniótico en el momento de nacer y es reabsorbido naturalmente por mecanismos fisiológicos durante los primeros minutos de vida. Al realizar la aspiración se aumenta el tono vagal, pudiendo producir bradicardia refleja, y enlenteciendo del incremento fisiológico de la saturación de oxígeno (SpO2). Asegurar y apoyar el inicio de la respiración del RN mediante la estimulación con el secado suave. Observar si inicia movimientos respiratorios. -Si no inicia la respiración o respira en forma irregular y/o superficial, pedir ayuda si se encuentra solo, ligar y cortar el cordón umbilical rápidamente e iniciar los pasos iniciales de la reanimación, idealmente bajo una fuente de calor. -Contar la frecuencia cardíaca (FC) en los primeros segundos después del nacimiento mediante la palpación de los pulsos

arteriales del cordón umbilical o la auscultación de los latidos cardiacos. El cordón umbilical normal es eréctil con una vena ingurgitada y dos arterias con pulsos palpables. El cordón flácido o con pulsos débiles o bradicardia es anormal y con frecuencia se debe a asfixia fetal. -Evaluar el Test de Apgar del RN al minuto y a los cinco minutos de vida, mientras está con su madre, sin interrumpir el apego.

REANIMACIÓN DEL RECIEN NACIDO

El programa de Reanimación Neonatal, ayuda a aprender las habilidades cognitivas, técnicas y de trabajo en equipo que se necesita para reanimar y estabilizar a los recién nacidos. Si bien la mayoría de los recién nacidos realizan la transición cardiorrespiratoria a la vida extrauterina sin intervención, muchos necesitaran asistencia para comenzar a respirar y unos pocos necesitaran una intervención importante. Después del nacimiento, aproximadamente del 4% al 10 % de los recién nacidos a término y prematuros tardíos recibirán ventilación a presión positiva(VPP), mientras que solamente de 1 a 3 de cada 1000 recibirá compresiones torácicas o medicamentos de emergencia.

La mayoría de los riesgos descritos tienen como resultado el nacimiento de un neonato, antes de tiempo. Los bebés prematuros tienen características anatómicas y fisiológicas, que los hacen diferentes de los recién nacidos de término. Algunas de estas características son: -Sus pulmones son deficientes en surfactante y más difíciles de ventilar. -Su piel es delgada y permeable, tienen una superficie corporal más extensa y muy poco tejido graso subcutáneo, le hacen más susceptibles de perder calor. -Son más propensos de nacer con una infección. -Su cerebro tiene mucha fragilidad capilar y puede sangrar muy fácilmente durante los períodos de estrés. Éstas y otras características únicas presentes en los prematuros, son un reto durante el proceso de reanimación, por lo que debe tenerse consideraciones especiales a este grupo de recién nacidos. La valoración del Test del Apgar es un método objetivo de cuantificar la condición del recién nacido y es útil para obtener información acerca del estado general y de la reacción a la reanimación. Sin embargo, la reanimación debe iniciarse antes que se otorgue la valoración. La valoración de Apgar por lo común se asigna al minuto de vida y nuevamente a los cinco minutos de vida. Cuando la valoración de Apgar es menor de 7, se debe asignar una valoración adicional cada 5 minutos hasta por 20 minutos. El tiempo transcurrido durante un procedimiento de reanimación neonatal es de vital importancia para asegurar, no solo la supervivencia, sino la integridad neurológica del niño(a) y una vida de calidad. Cuanto más tiempo se utilice para iniciar una reanimación el deterioro neurológico es mayor.

- 1- ¿Es una gestación de término? 2- ¿Tiene buen tono muscular? Los RN de término (>37 semanas de gestación), presentan un buen tono muscular, manteniendo las piernas y brazos en flexión. La pérdida de tono muscular o flaccidez se observa en los RN con una condición grave al nacer. 3- ¿Está respirando y llorando? El RN debe respirar espontáneamente y llorar en forma vigorosa. Si no respira (apnea), o tiene respiración “boqueante o gasping” (movimientos inspiratorios superficiales e inefectivos), los tejidos no recibirán el oxígeno necesario y esto puede ocasionar secuelas neurológicas severas e irreversibles. Si la respuesta es SÍ a las 3 preguntas, se debe esperar para el pinzamiento y sección del cordón umbilical, hasta que deje de latir, lo cual ocurre aproximadamente entre los 1 a 2 minutos,

después del nacimiento del RN. En este tiempo el bebé será puesto sobre el abdomen de la madre en contacto piel a piel, para realizar los PASOS INICIALES: -Secar suavemente todo el cuerpo, excepto las manos, con una compresa seca, tibia y limpia. -Estimular al RN, al mismo tiempo que se lo seca. -Aspirar secreción de boca y nariz sólo si la misma produce obstrucción de las vías aéreas o dificulta la respiración o es líquido meconial fluido. - Posicionar adecuadamente la cabeza y el cuello para facilitar la respiración. -Proveer calor (manteniendo el contacto piel a piel con la madre y cubriendo el cuerpo del RN con una compresa seca y tibia). Si la respuesta a una de las PREGUNTAS 2 y/o 3 es NO, se procederá a la ligadura y sección inmediata del cordón umbilical, debiéndose llevar al RN bajo una fuente de calor como ser una cuna radiante o servocuna, para que el RN reciba una o más de las siguientes secuencias de acciones: A. PASOS INICIALES: Proveer calor para favorecer la termorregulación, poner al RN en posición de olfateo, aspirar las vías aéreas si el RN no respira adecuadamente, secar y estimular. B. Ventilar y oxigenar. C. Iniciar masaje cardiaco. D. Administrar adrenalina y/o expansores de volumen. Se recomienda diferir el pinzamiento del cordón umbilical entre 30 y 60 segundos en los RN prematuros vigorosos para favorecer la transfusión placentaria y ayudar con la prevención de la anemia de la prematuridad. Realizar el pinzamiento inmediato sólo si la vida o la integridad del RN está en riesgo y requiere de intervenciones médicas inmediatas (que no pueden ser postergadas más de 30 segundos), las cuales serían dificultadas por un pinzamiento diferido.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de atención neonatal 2da. Edición - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Diciembre, 2016
- Cuidados generales del recién nacido sano E.Doménech*,N.González*yJ.Rodríguez-Alarcón** *Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife) Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.