



DOCENTE:
DR. IBARRA ORTIZ JORGE

ALUMNO:
KARINA DESIRÉE RUIZ PEREZ

ACTIVIDAD:
MAPA CONCEPTUAL SOBRE CUIDADOS EN EL RECIÉN
NACIDO

MATERIA:
CLÍNICAS PEDIÁTRICA

SEMESTRE:
SEPTIMO

CARRERA:
MEDICINA HUMANA

FECHA DE ENTREGA:
15 DE SEPTIEMBRE, 2025.

CUIDADOS EN EL RECIÉN NACIDO

CUIDADOS INMEDIATOS

CUIDADOS MEDIATOS

¿QUÉ SON?

Es el conjunto de acciones preventivas y terapéuticas que se realizan de manera sistemática al recién nacido durante los primeros minutos posteriores al nacimiento.

Objetivos:

- Asegurar su adecuada adaptación a la vida extrauterina.
- Prevenir complicaciones.
- Detectar oportunamente signos de riesgo o enfermedad.

Factores que afectan la transición:

- Asfisia.
- Choque.
- Drogas depresoras SNC.
- Prematuridad.
- Trauma obstétrico.
- Anemia.
- Malformaciones congénitas.

Asfisia:

- Causa 23% de muertes neonatales.
- 90% transición normal sin ayuda.
- 10% requiere asistencia respiratoria.
- <1% necesita reanimación avanzada.

Fisiología de la asfisia perinatal:

- Mayor tolerancia neonatal: Depósitos de glucógeno en hígado, músculo y cerebro.
- Capacidad del SNC neonatal de usar lactato y cetonas.

Apnea primaria:

- Movimientos respiratorios fetales.
- Alteraciones de la FC.
- Eliminación de meconio.
- Redistribución del flujo sanguíneo.
- Daño multigénico o muerte.

Apnea secundaria:

- Nuevo boquete, sin respuesta a estimulación.
- \downarrow FC, \downarrow pH, \downarrow PaO₂.
- Cianosis, tono conservado.
- Si responde a estimulación, se renicia la respiración.

Complicaciones:

- SNC: encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Riñón: insuficiencia renal.
- Corazón: miocardiopatía hipóxica.
- Pulmón: aspiración de meconio.

Intraparto:

- Cesárea de urgencia.
- Presentación anormal.
- Trabajo de parto acelerado.
- Prolapso de cordón Placenta previa.
- Tetania.
- Sufimiento fetal.

Anteparto:

- Edad materna >35 años.
- Diabetes.
- Toxicomanías materna.
- Preeclampsia.
- Anemia.
- Infección materna.
- Oligo/polihidramnios.
- Gestación múltiple.

Consideraciones previas al parto/cesárea

- Si existen factores de riesgo del embarazo y el parto pueden ser necesarias hasta 4 personas.
- Equipo obstétrico: pediatra/neonatólogo.

REANIMACIÓN NEONATAL

Las metas básicas de la reanimación neonatal son:

- Establecer una vía aérea y mantener una adecuada ventilación y oxigenación.
- Mantener un gasto cardíaco y perfusión óptimos.
- Mantener la temperatura central normal durante este periodo de estabilización.

Evaluación inicial (primeros 30 segundos)

Preguntas clave:

- Embarazo a término?
- ¿Respira o llora?
- ¿Buen tono muscular?
- Si alguna respuesta es negativa: iniciar secuencia de reanimación.

Primeros 30 segundos se debe de realizar:

- Secar la piel con campo precalentado y retirar húmedo.
- Estimulación táctil: frotar espalda o pies suavemente.
- Reposicionar cabeza y dar oxígeno si necesario.

Aspectos clave a evaluar:

- Proporcionar calor: cuna radiante.
- Posición adecuada: cabeza en "ofiateo", campo bajo hombros.
- Despejar vías aéreas: aspirar secreción (perilla de goma).

Evaluación continua (cada 30 seg)

- Esfuerzo respiratorio: torácico, frecuencia y profundidad.
- Frecuencia cardíaca >100 lpm, medir en 6 seg \times 10.
- Oxigenación: color de piel o saturación por oximetría.

Reanimación avanzada del RN

- Apnea y FC <100 lpm tras pasos iniciales.
- Iniciar ventilación con presión positiva (VPP).
- Vigilar saturación de O₂.

Consideraciones especiales:

- Control térmico: Evitar hipotermia, daño cerebral por hipoxia-isquemia.
- Mantener temperatura normal.
- Apariencia del RN prematuro.

Ventilación con presión positiva (VPP)

- Indicaciones: Apnea o jadeo.
- FR <100 lpm aunque esté respirando.
- Cianosis central o saturación baja de oxígeno persistente pese a O₂ al 100%.

Medidas y consideraciones:

- Control de FC, oxímetro y auscultación.
- Oxígeno inicial: RN a término: 21% (aire ambiente).
- RN prematuro: concentración mayor según SpO₂.

Dispositivos posibles:

- Bolsa autoinflable.
- Bolsa inflada por flujo.
- Reanimador en T.

Precauciones:

- Usar máscara adecuada (bordes acolchados, cubrir mentón, boca y nariz, posición de ofiateo).
- Válvula de liberación de presión o manómetro para evitar hiperinsuflación (>30-40 cm H₂O).
- Fuente de gas comprimido para bolsas infladas por flujo o reanimador en T.
- Conexión a mezclador de O₂ para ajustar concentración.

Frecuencia:

- 40-60 respiraciones por minuto (1 cada segundo).
- Contar en voz alta para mantener ritmo: decir "ventila" al presionar y "dos, tres" al soltar.

Presión:

- Inicial: 30-40 cm H₂O.
- Subsecuentes: 15-20 cm H₂O.

Medicamentos

- Adrenalina 1ml IV.
- Indicaciones: FC <60 lpm tras: 30 seg de VPP eficaz.
- 45-60 seg de compresiones torácicas y VPP coordinadas.

Efectos:

- Inotrópico y cronotrópico: aumenta presión arterial.
- Mejora flujo sanguíneo cerebral y miocárdico.

Contraindicaciones:

- Madre consumidora de narcóticos/metadona riesgo de convulsiones o síndrome de abstinencia.
- No se recomienda en fase aguda: primero VPP efectiva y FC >100 lpm.

Expansores de volumen

- 5. salina normal 0.9%, Lactato de Ringer.
- Dosis: 10 mL/kg en 5-10 min; repetir si es necesario.
- Indicaciones: Choque hipovolémico o pérdida sanguínea aguda.

Naclorona

- Indicaciones: RN con depresión respiratoria persistente solo si madre recibió narcóticos en 4 h previas.
- Dosis: 0.1 mg/kg IV.

Bicarbonato de sodio

- No recomendado como fármaco inicial.
- Riesgo: Hiperosmolaridad, \uparrow CO₂ causando acidosis respiratoria y/o deterioro miocárdico y cerebral.

Neumotórax en RN

- Sospechar si: Bradicardia que empeora.
- Disminución de saturación de oxígeno.
- Sonidos respiratorios asimétricos tras reanimación.

Indicaciones:

- SNC inmaduro: poca estimulación respiratoria.
- Pulmones inmaduros: deficiencia surfactante.
- Riesgo de lesión por VPP.

Equipo necesario:

- 2 personas mínimo: Una para comprimir el pecho.
- Otra para ventilar y controlar FC y sonidos respiratorios.

Ciclo de compresiones y ventilación

- 3 compresiones: 1 ventilación (2 seg).
- 120 eventos/min (compresiones).
- Uno-dos-tres y ventila.

Evaluación:

- Revisar FC a los 45-60 seg después de iniciar compresiones coordinadas.
- Suspender compresiones si FC >60 lpm, continuar VPP (40-60 rpm).
- Reducir gradualmente VPP cuando FC >100 lpm y RN respira espontáneamente.

Indicaciones:

- FC <60 lpm después de \geq 30 seg de VPP eficaz.
- Siempre acompañadas de VPP.
- Considerar intubación endotraqueal para asegurar ventilación adecuada.

Técnica de compresión:

- Profundidad: 1/3 del diámetro anteroposterior del pecho.
- Zona: tercio inferior del esternón.
- Técnica preferida: uso de pulgares.
- Técnica alternativa: 2 dedos índice y medio o anular perpendicular al pecho, otra mano sostiene espalda.

Se debe de realizar:

- Iniciar con aire ambiente (21%) y ajustar según SpO₂.

Formas de administración:

- Oxígeno a flujo libre (máscara, reanimador en T, tubo cerca de boca/nariz).
- No recomendado: bolsa autoinflable.
- Si hay dificultad respiratoria o hipoxemia persistente: usar CPAP.

Indicador principal:

- Cianosis central (lengua, torso).

Necesidad de oxígeno suplementario:

- 1 min: 60-65%.
- 2 min: 65-70%.
- 3 min: 70-75%.

Se debe de realizar:

- 4 min: 75-80%.
- 5 min: 80-85%.
- 10 min: 85-95%.

Compresiones torácicas:

- SNC inmaduro: poca estimulación respiratoria.
- Pulmones inmaduros: deficiencia surfactante.
- Riesgo de lesión por VPP.

Equipo necesario:

- 2 personas mínimo: Una para comprimir el pecho.
- Otra para ventilar y controlar FC y sonidos respiratorios.

Ciclo de compresiones y ventilación

- 3 compresiones: 1 ventilación (2 seg).
- 120 eventos/min (compresiones).
- Uno-dos-tres y ventila.

Evaluación:

- Revisar FC a los 45-60 seg después de iniciar compresiones coordinadas.
- Suspender compresiones si FC >60 lpm, continuar VPP (40-60 rpm).
- Reducir gradualmente VPP cuando FC >100 lpm y RN respira espontáneamente.

Indicaciones:

- FC <60 lpm después de \geq 30 seg de VPP eficaz.
- Siempre acompañadas de VPP.
- Considerar intubación endotraqueal para asegurar ventilación adecuada.

Técnica de compresión:

- Profundidad: 1/3 del diámetro anteroposterior del pecho.
- Zona: tercio inferior del esternón.
- Técnica preferida: uso de pulgares.
- Técnica alternativa: 2 dedos índice y medio o anular perpendicular al pecho, otra mano sostiene espalda.

Se debe de realizar:

- Iniciar con aire ambiente (21%) y ajustar según SpO₂.

Formas de administración:

- Oxígeno a flujo libre (máscara, reanimador en T, tubo cerca de boca/nariz).
- No recomendado: bolsa autoinflable.
- Si hay dificultad respiratoria o hipoxemia persistente: usar CPAP.

Indicador principal:

- Cianosis central (lengua, torso).

Necesidad de oxígeno suplementario:

- 1 min: 60-65%.
- 2 min: 65-70%.
- 3 min: 70-75%.

Se debe de realizar:

- 4 min: 75-80%.
- 5 min: 80-85%.
- 10 min: 85-95%.

Compresiones torácicas:

- SNC inmaduro: poca estimulación respiratoria.
- Pulmones inmaduros: deficiencia surfactante.
- Riesgo de lesión por VPP.

Equipo necesario:

- 2 personas mínimo: Una para comprimir el pecho.
- Otra para ventilar y controlar FC y sonidos respiratorios.

Ciclo de compresiones y ventilación

- 3 compresiones: 1 ventilación (2 seg).
- 120 eventos/min (compresiones).
- Uno-dos-tres y ventila.

Evaluación:

- Revisar FC a los 45-60 seg después de iniciar compresiones coordinadas.
- Suspender compresiones si FC >60 lpm, continuar VPP (40-60 rpm).
- Reducir gradualmente VPP cuando FC >100 lpm y RN respira espontáneamente.

Indicaciones:

- FC <60 lpm después de \geq 30 seg de VPP eficaz.
- Siempre acompañadas de VPP.
- Considerar intubación endotraqueal para asegurar ventilación adecuada.

Técnica de compresión:

- Profundidad: 1/3 del diámetro anteroposterior del pecho.
- Zona: tercio inferior del esternón.
- Técnica preferida: uso de pulgares.
- Técnica alternativa: 2 dedos índice y medio o anular perpendicular al pecho, otra mano sostiene espalda.

Se debe de realizar:

- Iniciar con aire ambiente (21%) y ajustar según SpO₂.

Formas de administración:

- Oxígeno a flujo libre (máscara, reanimador en T, tubo cerca de boca/nariz).
- No recomendado: bolsa autoinflable.
- Si hay dificultad respiratoria o hipoxemia persistente: usar CPAP.

Indicador principal:

- Cianosis central (lengua, torso).

Necesidad de oxígeno suplementario:

- 1 min: 60-65%.
- 2 min: 65-70%.
- 3 min: 70-75%.

Se debe de realizar:

- 4 min: 75-80%.
- 5 min: 80-85%.
- 10 min: 85-95%.

Compresiones torácicas:

- SNC inmaduro: poca estimulación respiratoria.
- Pulmones inmaduros: deficiencia surfactante.
- Riesgo de lesión por VPP.

Equipo necesario:

- 2 personas mínimo: Una para comprimir el pecho.
- Otra para ventilar y controlar FC y sonidos respiratorios.

Ciclo de compresiones y ventilación

- 3 compresiones: 1 ventilación (2 seg).
- 120 eventos/min (compresiones).
- Uno-dos-tres y ventila.

Evaluación:

- Revisar FC a los 45-60 seg después de iniciar compresiones coordinadas.
- Suspender compresiones si FC >60 lpm, continuar VPP (40-60 rpm).
- Reducir gradualmente VPP cuando FC >100 lpm y RN respira espontáneamente.

Indicaciones:

- FC <60 lpm después de \geq 30 seg de VPP eficaz.
- Siempre acompañadas de VPP.
- Considerar intubación endotraqueal para asegurar ventilación adecuada.

Técnica de compresión:

- Profundidad: 1/3 del diámetro anteroposterior del pecho.
- Zona: tercio inferior del esternón.
- Técnica preferida: uso de pulgares.
- Técnica alternativa: 2 dedos índice y medio o anular perpendicular al pecho, otra mano sostiene espalda.

Se debe de realizar:

- Iniciar con aire ambiente (21%) y ajustar según SpO₂.

Formas de administración:

- Oxígeno a flujo libre (máscara, reanimador en T, tubo cerca de boca/nariz).
- No recomendado: bolsa autoinflable.
- Si hay dificultad respiratoria o hipoxemia persistente: usar CPAP.

Indicador principal:

- Cianosis central (lengua, torso).

Necesidad de oxígeno suplementario:

- 1 min: 60-65%.
- 2 min: 65-70%.
- 3 min: 70-75%.

Se debe de realizar:

- 4 min: 75-80%.
- 5 min: 80-85%.
- 10 min: 85-95%.

Compresiones torácicas:

- SNC inmaduro: poca estimulación respiratoria.
- Pulmones inmaduros: deficiencia surfactante.
- Riesgo de lesión por VPP.

Equipo necesario:

- 2 personas mínimo: Una para comprimir el pecho.
- Otra para ventilar y controlar FC y sonidos respiratorios.

Ciclo de compresiones y ventilación

- 3 compresiones: 1 ventilación (2 seg).
- 120 eventos/min (compresiones).
- Uno-dos-tres y ventila.

Evaluación:

- Revisar FC a los 45-60 seg después de iniciar compresiones coordinadas.
- Suspender compresiones si FC >60 lpm, continuar VPP (40-60 rpm).
- Reducir gradualmente VPP cuando FC >100 lpm y RN respira espontáneamente.

Indicaciones:

- FC <60 lpm después de \geq 30 seg de VPP eficaz.
- Siempre acompañadas de VPP.
- Considerar intubación endotraqueal para asegurar ventilación adecuada.

Técnica de compresión:

- Profundidad: 1/3 del diámetro anteroposterior del pecho.
- Zona: tercio inferior del esternón.
- Técnica preferida: uso de pulgares.
- Técnica alternativa: 2 dedos índice y medio o anular perpendicular al pecho, otra mano sostiene espalda.

Se debe de realizar:

- Iniciar con aire ambiente (21%) y ajustar según SpO₂.

Formas de administración:

- Oxígeno a flujo libre (máscara, reanimador en T, tubo cerca de boca/nariz).
- No recomendado: bolsa autoinflable.
- Si hay dificultad respiratoria o hipoxemia persistente: usar CPAP.

Indicador principal:

- Cianosis central (lengua, torso).

Necesidad de oxígeno suplementario:

- 1 min: 60-65%.
- 2 min: 65-70%.
- 3 min: 70-75%.

Se debe de realizar:

- 4 min: 75-80%.
- 5 min: 80-85%.
- 10 min: 85-95%.

Compresiones torácicas:

- SNC inmaduro: poca estimulación respiratoria.
- Pulmones inmaduros: deficiencia surfactante.
- Riesgo de lesión por VPP.

Equipo necesario:

- 2 personas mínimo: Una para comprimir el pecho.
- Otra para ventilar y controlar FC y sonidos respiratorios.

Ciclo de compresiones y ventilación

- 3 compresiones: 1 ventilación (2 seg).
- 120 eventos/min (compresiones).
- Uno-dos-tres y ventila.

Evaluación:

- Revisar FC a los 45-60 seg después de iniciar compresiones coordinadas.
- Suspender compresiones si FC >60 lpm, continuar VPP (40-60 rpm).
- Reducir gradualmente VPP cuando FC >100 lpm y RN respira espontáneamente.

Indicaciones:

- FC <60 lpm después de \geq 30 seg de VPP eficaz.
- Siempre acompañadas de VPP.
- Considerar intubación endotraqueal para asegurar ventilación adecuada.

Técnica de compresión:

- Profundidad: 1/3 del diámetro anteroposterior del pecho.
- Zona: tercio inferior del esternón.
- Técnica preferida: uso de

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez y Martínez, R. (2018). Pediatría: Salud y enfermedad del niño y del adolescente (8.^a ed.). Manual Moderno.