



Nombre del alumno: Juan Carlos Bravo Rojas.

Nombre de la materia: Clínica pediátrica

Parcial: 1°

Nombre del tema: Cuidados mediatos e inmediatos

Nombre del Docente: Dr. Jorge Ibarra Ortiz

Nombre de la licenciatura: Medicina humana.

Semestre: 7°

Fechas: 11/09/2025 Tapachula, Chis.

CUIDADOS DEL RN

CUIDADOS INMEDIATOS

EVALUACIÓN INICIAL

MEDICAMENTOS EN REANIMACIÓN NEONATAL

Vías de administración

- Principal: vena umbilical
- Alternativa: vía intraósea (si hay personal capacitado)
- Temporal: vía traqueal (solo mientras se logra acceso venoso)

Principales fármacos

- Indicada si FC < 60 lpm tras VPP + compresiones
- Dosis IV: 0.01–0.03 mg/kg (solución 1:10 000)
- Repetir cada 3–5 min si no hay respuesta
- Vía traqueal: dosis mayor (0.5–1 mL/kg)

Evaluación continua:

Adrenalina
Respiración, FC (>100 lpm), coloración/oxigenación

Según respuesta:

- Respira bien → cuidados rutinarios
- Dificultad respiratoria o cianosis → oxígeno libre o CPAP
- Apnea o FC <100 → VPP, posible intubación
- FC <60 → compresiones + adrenalina

Expansores de volumen

- Indicados si hay sospecha de hipovolemia
- Soluciones: salina 0.9% o lactato de Ringer
- Dosis: 10 mL/kg en 5–10 min

Naloxona

- Solo si madre recibió narcóticos < 4 h antes del parto
- Dosis: 0.1 mg/kg IV (IM aceptable pero más lenta)
- Contraindicada si madre usa metadona o narcóticos crónicos

Bicarbonato de sodio

- No recomendado en fase aguda
- Riesgo de acidosis respiratoria y daño miocárdico

VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA (VPP)

- Indicaciones:
- Apnea o jadeo
- FC < 100 lpm aunque respire
- Cianosis central persistente con baja saturación

Aplicación

- Iniciar con oxígeno al 21% (RN a término) o mayor (prematurados)
- Dispositivos: bolsa autoinflable, bolsa inflada por flujo o reanimador en T
- Frecuencia: 40–60 rpm
- Presión inicial: 30–40 cm H₂O → luego 15–20 cm H₂O
- Colocar sonda orogástrica si VPP prolongada.

Efectividad

- FC > 100 lpm
- Mejora de saturación
- Respiración espontánea.

Pasos correctivos (MR SOPA)

- Máscara: ajustar sello
- Reubicar vía aérea
- Succión de secreciones
- Observar boca abierta
- Presión: aumentar gradualmente
- Alternar vía aérea (intubación o máscara laríngea)

Intubación endotraqueal

- Indicada si VPP inefectiva, compresiones torácicas, meconio, medicamentos
- Selección de tubo según peso y edad gestacional
- Confirmar colocación con CO₂ exhalado y mejora clínica.

EQUIPO DE REANIMACIÓN

- Mínimo 1 persona experta: dedicada exclusivamente al manejo del recién nacido.
- 2–4 personas: si se anticipa reanimación compleja o parto de alto riesgo.

PRIMEROS 30 S

- ¿Nació a término? ¿Respira o llora? ¿Buen tono muscular?
- Si no cumple, se inicia reanimación paso a paso cada 30 seg.

Pasos iniciales:

- Calor bajo fuente radiante
- Posición en "olfateo"
- Aspirar secreciones si es necesario
- Secar y estimular suavemente
- Administrar oxígeno si requiere

Evaluación continua:

Respiración, FC (>100 lpm), coloración/oxigenación

Según respuesta:

- Respira bien → cuidados rutinarios
- Dificultad respiratoria o cianosis → oxígeno libre o CPAP
- Apnea o FC <100 → VPP, posible intubación
- FC <60 → compresiones + adrenalina

Consideraciones:

- Control térmico (evitar hipotermia, especial cuidado en prematuros)
- Meconio: succión solo si RN no es vigoroso
- Oxígeno: iniciar con aire ambiente, ajustar según oximetría
- Prematuros: anticipar complicaciones, preparar equipo especializado

- Máscara laríngea
- Alternativa si falla VPP o intubación
- Uso limitado en prematuros y no recomendada como primera opción

APGAR

- Apariencia: azul pálido, acrocianosis o totalmente rosado.
- Pulso: ausente, <100 lpm o >100 lpm
- Gestos: sin respuestas, gestos y tos o estornudos.
- Actividad: flacidez, flexión discreta o flexión total.
- Respiración: ausente, débil o irregular y llanto fuerte,

Sirve para evaluar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina del recién nacido.

Se aplica:

- Al minuto 1: para ver cómo toleró el parto.
- A los 5 minutos: para evaluar su adaptación al entorno.
- A los 10 minutos (solo si hubo complicaciones): para monitorear evolución.

Cuadro 6–10. Equipo de reanimación neonatal	
Equipo de succión	Perifoneo de aspiración
	Succión mecánica y tubería
Catéteres de aspiración 8F, 8F, 10F y 12F	Sonda de alimentación 8F y jeringa de 20 mL
	Dispositivo para aspiración de meconio
Equipo de bolsa y máscara	Bolsa de resucitación neonatal, con manómetro o válvula de escape, capaz de brindar oxígeno a 90 o 100%
	Máscaras para prematuros y RN a término, de preferencia con borde aséptico
Oxígeno con flujo métrico (de 10 L/min), incluyendo cilindro de oxígeno	
Equipo de intubación	Laringoscopio con hoja recta del Núm. 0 (pre término) y del Núm. 1 (a término)
	Fuente y baterías extra para laringoscopio
Cánulas endotraqueales, 2.5, 3.0, 3.5 y 4.0 mm D.I.	Estilote (opcional)
	Detector de CO ₂ (opcional)
Máscara laríngea de vías aéreas	Tijeras, esponjas con alcohol, tela adhesiva o dispositivo para fijar la cánula
Medicamentos	
Adrenalina 1:10 000, ampúlas de 0.1 mg/mL (en México: 1 mg/mL o 1:1 000)	Solución cristaloide isotónica (Salina o Ringer con lactato), de 100 o 250 mL
	Bicarbonato de sodio, ampúlas a 4.2% (5 mEq/mL). En México: 7.5 y 10%
Naloxona, ampúlas con 0.4 mg/mL	Solución glucosada a 10%, 250 mL
	Equipo para cateterizar vasos umbilicales: catéteres 3.5 y 5F, guantes y batas estériles, bisturí o tijeras, solución yodada, jeringas de tres vías, cinta umbilical
Jeringas 3, 5, 10 y 20 mL	
Misceláneos	
Batas, guantes y protección adecuada del personal	Cuñas de calor radiante u otra fuente de calor
	Superficie firme para la reanimación
Frecuencia cardíaca	Frecuencia cardíaca
	Estetoscopio
Vía aérea para conforringe	Monitor y electrodos para frecuencia cardíaca
D.I.: diámetro interno.	

REANIMACIÓN NEONATAL

- 90% adaptación espontánea.
- 10% asistencia respiratoria.
- <1% reanimación avanzada.

Apoyar la función respiratoria y circulatoria durante la transición de la vida intrauterina a la extrauterina para asegurar un intercambio gaseoso pulmonar efectivo.

TOLERANCIA NEONATAL A LA ASFIXIA

- Mayor reserva energética: glucógeno en hígado, músculo y cerebro.
- Metabolismo alternativo: el SNC neonatal usa lactato y cetonas.
- Mayor sobrevida: mejor adaptación frente a la asfixia que en otras etapas

Metas básicas de la reanimación neonatal:

- 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.

CUIDADOS DEL RN

CUIDADOS MEDIATOS

SEGUIMIENTO EN UCIN

- RN con reanimación prolongada o soporte respiratorio. I
 - Ingreso a cuidados intensivos neonatales

Monitorización

- Control de temperatura
- Vigilancia de signos vitales
- Estudios complementarios: gasometría, laboratorio
- Manejo individualizado de líquidos y electrolitos.

Complicaciones frecuentes

- Hipertensión pulmonar
- Neumonía
- Aspiración de meconio
- Neumotórax
- Acidosis metabólica
- Hipotensión, convulsiones, apnea
- Hipoglucemia, hipotermia, problemas de alimentación.

MENEO EN LA SALA DE PARTOS

Cuidados mediatos post-reanimación

- Ligadura del cordón: con pinza o cinta + profilaxis con isodine.
- Profilaxis oftálmica: cloramfenicol/neomicina o eritromicina (prevención de conjuntivitis por Chlamydia trachomatis).
- Vitamina K: 1 mg IM (oral no generalizada).
- Permeabilidad rectal: con termómetro adecuado.
- Permeabilidad esofágica: sonda orogástrica solo si hay sospecha (polihidramnios o signos clínicos).
- Identificación del RN: para traslado seguro.
- Registro biométrico: huellas del RN y madre; en algunos países se prefiere muestra de sangre (DNA).
- Exploración física inicial: rápida, dirigida a detectar malformaciones o trauma obstétrico.

Medidas controvertidas

Lavado gástrico: no rutinario; solo si hay sospecha de obstrucción digestiva alta (>30 mL) o líquido amniótico anormal (meconio, sangre, olor fétido).

MANEJO EN LA SALA DE CUEROS

Recepción y evaluación inicial

- Enfermera corrobora sexo e identificación.
- Revisión rápida por médico/enfermera para definir manejo.
- Verificación del expediente clínico.

Somatometría

- Peso, talla, perímetro cefálico.
- Evaluación completa solo en protocolos especiales o sospecha clínica.

Baño y limpieza

- No urgente; se evita por el papel protector del unto sebáceo.
- Limpieza superficial con torundas + agua estéril tibia o aceite y algodón.

Higiene y bioseguridad

- Ropa limpia, lavado de manos estricto.
- Uso de batas estériles si se requiere.
- Termómetro y estetoscopio individual por RN.
- Evitar instrumentos con mercurio (por riesgo contaminante).

Reactividad inicial

- Tiempo de vida:
 - 0-60 min
- Características principales:
 - Actividad motora intensa, succión, Moro, FC hasta 200 lpm, FR hasta 100/min

Sueño/tranquilidad

- Tiempo de vida:
 - 2-6 hrs. (hasta 15 hrs)
- Características principales:
 - Taquicardia, taquipnea, moco, eliminación de meconio

Reactividad tardía

ETAPAS DE TRANSICIÓN FISIOLÓGICA DEL RN

Exploración física sistemática.

- Segunda exploración más completa que en sala de partos.
- Incluye cálculo de edad gestacional.
- Búsqueda intencionada de patologías para normar conducta.

Seguimiento post-egreso

- Revisión médica en primeros 7 días.
- Objetivos: vigilar pérdida de peso, ictericia severa, detectar problemas.

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Recepción y evaluación inicial

- Favorece vínculo madre-hijo.
- Fomenta lactancia materna.
- Brinda seguridad y confianza a la madre.
- Reduce carga al personal de enfermería.

Criterios de ingreso

- RN que superó transición fisiológica.
- Madre capacitada para cuidados básicos.
- RN del programa de puerperio de riesgo bajo (egreso en primeras 12 h).

Cuidados en el área

- Examen físico cada 24 h.
- Registro cada 4 h: temperatura, FC, FR.
- Baño diario por enfermera o madre (se enseña técnica).
- Educación: baño, temperatura, pañales, lactancia (cuidado de pezones y posición).

Lactancia

- Libre demanda.
- Mixta solo si está justificada.
- Contraindicada si hay:
 - Enfermedad materna grave.
 - Medicamentos con efectos adversos.
 - Decisión voluntaria de no amamantar.

Criterios de egreso

- Control térmico adecuado.
- Buena succión.
- Evacuación y micción (excepto 15% que no lo hacen en primeras 24 h).
- Exploración sin anomalías.
- Madre también dada de alta.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Circuncisión

- No indicada médicamente de forma rutinaria.
- Riesgos: hemorragia, infección, trauma, estenosis del meato, ulceración.
- Requiere asepsia + anestesia (bloqueo o crema).
- Contraindicada: hipospadias, genitales ambiguos, diátesis hemorrágica.

Inmunizaciones obligatorias

- BCG.
- Hepatitis B.
- No se aplica poliomielitis en esta etapa.

Tamiz metabólico neonatal

- Punción de talón entre 3-5 días.
- Detecta: hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria, deficiencia de biotinidasa, galactosemia.
- Ideal: tamiz ampliado (fibrosis quística, hemoglobinopatías, etc.).

Grupo sanguíneo y Rh

- Grupo, Rh y Coombs directo si madre es Rh negativo.
- Grupo y Rh si madre es O positivo (útil para vigilancia de incompatibilidad ABO).

Signos de alarma para acudir a consulta

- Dificultad respiratoria, vómito, diarrea, fiebre, ictericia intensa.
- Cianosis, rechazo al alimento, sangrado.
- Ausencia de micciones o evacuaciones.

El 90% de los RN responden bien a los pasos iniciales y solo se necesita un cuidado de rutina bajo una observación y evaluación constante.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez y Martínez, R. (2017). Salud y enfermedad del niño y del adolescente (8ª ed.). Editorial El Manual Moderno.