

ANEXO 2. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LOS RECIÉN NACIDOS

Para el manejo de las complicaciones del recién nacido, es preciso evaluar la capacidad resolutive de la institución, si esta no es adecuada deberá procederse a la remisión del recién nacido con el soporte necesario para garantiza su vida y la minimización de los riesgos existentes.

1.1 MANEJO DEL RECIÉN NACIDO MECONIADO

Se debe realizar aspiración buco-faríngeo-nasal de líquido amniótico meconial, inmediatamente después del expulsivo de la cabeza, mientras el tórax aún permanece comprimido por el canal

La aspiración de material amniótico-meconial debe realizarse bajo laringoscopia, por debajo de las cuerdas vocales; si no hay meconio infravocal, suspender maniobras y complementar el apoyo general de la Adaptación Neonatal.

Si se encuentra meconio infravocal proceder a:

- Intubación endotraqueal
- Lavado bronquial cuando hay meconio espeso
- Extubación si las condiciones clínicas lo permiten.
- Lavado gástrico .
- Medidas complementarias generales de la Adaptación Neonatal Inmediata.

Se debe realizar procedimiento similar en casos de presencia de sangre o pus en las vías aéreas.

Las maniobras descritas se complementaran con las conductas que sean del caso, de acuerdo con la evaluación clínica particular de cada paciente.

En aspiración amniótico - meconial. hay Contraindicación para uso de profilaxis corticoide antiedema cerebral

1.1.1 Manejo del recién nacido deprimido

Si el recién nacido no inicia la primera inspiración y/o su APGAR es menor de 7, pero mayor de 3, se le debe dar presión positiva con mascarilla (ambú) y oxígeno al 100%, escuchando la frecuencia cardíaca.

Si en 1 a 2 minutos no mejoran la frecuencia cardíaca y los otros parámetros del APGAR, se deben seguir los parámetros de reanimación ilustrados en el flujograma.

1.2 MANEJO DEL RECIÉN NACIDO CON RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL)

Verificar en la historia materna las posibles causas del retardo del crecimiento intrauterino tales como toxemia, diabetes insulino dependiente con o sin componente vascular, hipertensión, cardiopatía, neumopatía crónica, desnutrición, infección, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de medicamentos.

Apoyar, conducir o inducir la Adaptación Neonatal Inmediata según sea el caso, previniendo y tratando prontamente la asfixia neonatal; evitar la hipotermia; evaluar la edad gestacional; practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina

1.3 MANEJO DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE DIABÉTICA

1.3.1 Manejo del hijo macrosómico de madre con diabetes no tratada o descompensada

Incluye las siguientes actividades:

- Pinzamiento precoz del cordón para prevenir el riesgo de poliglobulia
- Secado exhaustivo
- Toma de alicuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de laboratorio completo. Se deben solicitar: Cuadro hemático (incluirá plaquetas, hemoclasificación y velocidad de sedimentación), proteinemia, relación antígeno anticuerpo, glicemia, Na, K, Ca, P, CPK, MB, Tiempo y concentración de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y gases arteriales. Para estas pruebas es preciso tener preparados frascos secos con heparina y con citrato (pruebas de coagulación).

Para que la muestra para gases arteriales tomada de la vena umbilical tenga validez "arterial", debe ser tomada en los primeros 60 segundos de vida extrauterina.

- Estabilización acidobásica.
- Estabilización hemodinámica (Balance de TA y PVC).

- Estabilización vigilada y asistencia metabólica por el riesgo severo de hipoglicemia)
- Estabilización respiratoria, ofreciendo apoyo ventilatorio precoz con máscara, presión positivo continua a las vías aéreas, o ventilación mecánica según el caso, teniendo en cuenta el riesgo severo de membrana hialina.
- Evaluar la edad gestacional y practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.

En este tipo de pacientes hay contraindicación para el uso de betamiméticos por el riesgo de obstrucción funcional al tracto de salida.

1.3.2 El manejo del recién nacido microsómico

La atención del hijo de madre con diabetes severa, de curso prolongado y con componente vascular, incluye las siguientes actividades:

- Pinzamiento precoz del cordón para prevenir el riesgo de poliglobulia
- Secado exhaustivo
- Toma de alicuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de laboratorio completo. Se deben solicitar: Cuadro hemático (incluirá plaquetas, hemoclasificación y velocidad de sedimentación), proteinemia, relación antígeno anticuerpo, glicemia, Na, K, Ca, P, CPK, MB, Tiempo y concentración de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y gases arteriales. Para estas pruebas es preciso tener preparados frascos secos con heparina y con citrato (pruebas de coagulación).
- Estabilización acidobásica.
- Estabilización hemodinámica (Balance de TA y PVC).
- Estabilización vigilada y asistencia metabólica (riesgo severo de hiperglicemia)
- Estabilización respiratoria con apoyo ventilatorio precoz con máscara, presión positivo continua a las vías aéreas o ventilación mecánica, según el caso, teniendo en cuenta el riesgo severo de membrana hialina.

En este tipo de paciente hay contraindicación relativa para el uso de betamiméticos por el riesgo de intensificación del efecto hiperglicémico y la consecuente hiperglicemia severa.

1.4 MANEJO DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE TOXÉMICA

La atención del hijo de madre toxémica leve (Grados I o IIA) se realiza como p para cualquier niño normal, salvo evidencia clínica de compromiso específico. La atención del hijo de madre toxémica grave (IIB hasta Eclampsia). incluye las siguientes actividades:

- Pinzamiento precoz del cordón ante el riesgo de poliglobulia.
- Toma de alicuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de laboratorio completos se solicitará Cuadro hemático (incluirá plaquetas, hemoclasificación y sedimentación), proteinemia, relación A/G, glicemia, Na, K, Ca, P, CPK MB, Tiempo y concentración de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y Gases arteriales. Deben tenerse preparados frascos secos con heparina y con citrato (pruebas de coagulación):
- Secado exhaustivo
- Estabilización acidobásica y respiratoria;
- Estabilización hemodinámica.
- Asistencia y estabilización metabólica

Si se trata de prematuro por debajo de 35 semanas, dar apoyo ventilatorio precoz (Presión continua positiva en vías aéreas), que se mantendrá o suspenderá de acuerdo con la evolución clínica.

1.5 MANEJO DEL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE ISOINMUNIZADA GRAVE (ZONAS II-III DE LILEY) SIN TRATAMIENTO ANTENATAL

La atención del hijo de madre Isoinmunizada Grave incluye las siguientes actividades:

- Pinzamiento inmediato del cordón por el riesgo de paso masivo de anticuerpos.
- Secado exhaustivo
- Control ventilatorio precoz ante la severa disfunción muscular por la hiperkalemia. Este apoyo puede ser con ventilación mecánica ante neonatos hidrópicos ó con máscara dependiendo de los hallazgos clínicos.
- Toma de alicuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de laboratorio completo. Se solicitarán Cuadro hemático (incluirá plaquetas, hemoclasificación y sedimentación), proteinemia, relación a/g, glicemia, Na, K, Ca, P, CPK, MB, Tiempo y concentración de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, bilirrubinas, Coombs directo con lavado globular y gases arteriales. Para estos efectos deben tenerse preparados frascos secos, con heparina y con citrato (pruebas de coagulación).
- Estabilización acidobásica.
- Estabilización hemodinámica buscando el balance de la tensión Arterial (TA) y de la presión Venosa Central (PVC).

- Exanguineo transfusión inmediata con sangre total y bajo vigilancia de variables hemodinámicas. Si el niño ha recibido transfusiones intrauterinas puede no necesitarse exanguineo transfusión.
- Continuación del apoyo ventilatorio con asistencia o control de las funciones respiratorias, dependiendo de las condiciones clínicas del caso.
- Vigilancia y asistencia metabólica ante los riesgos graves de hipoglicemia
- Fototerapia precoz.
- Vigilancia de la función renal

1.6 MANEJO DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE CON PLACENTA SANGRANTE (ABRUPTIO PLACENTA PREVIA)

La atención del recién nacido hijo de madre con Placenta Sangrante incluye las siguientes actividades:

- Pinzamiento inmediato del cordón ante el riesgo de sangrado fetal-neonatal. Es preciso la recolección de alicuota para autotransfusión (30c.c en jeringa heparinizada), del muñón placentario del cordón.

Si el sangrado placentario ha sido muy abundante, deberá privilegiarse la recolección de la alicuota para autotransfusión sobre la recolección de las muestras de laboratorio.

- Estabilización acidobásica.
- Secado exhaustivo
- Toma de alicuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta, si el remanente hemático placentario lo permite, para proceso de laboratorio completo. Se solicitarán: Cuadro hemático (debe incluir plaquetas, hemoclasificación y sedimentación), proteinemia, relación antígeno\anticuerpo glicemia, Na, K, Ca, P, CPK MB, Tiempo y concentración de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y gases arteriales. Deben tenerse preparados frascos secos, con heparina y con citrato (pruebas de coagulación).
- Estabilización hemodinámica. Si se estima estado de choque, se debe utilizar la alicuota obtenida para autotransfusión. Complementar la infusión con cristaloides según seguimiento de TA y de PVC.
- Estabilización respiratoria. Es necesario hacer una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según edad gestacional y condiciones clínicas.

1.7 MANEJO DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON MAS DE 24 HORAS DE SUCEDIDA

La atención del recién nacido hijo de madre con Ruptura prematura de membranas incluye las siguientes actividades:

- Pinzamiento diferido del cordón hasta obtener ausencia de palpitación arterial, reducción de ingurgitación venosa, y reperusión de piel;
- Simultáneo secado exhaustivo
- **En el neonato con ruptura de membranas con más de 24 horas de sucedida *hay restricción* para la cateterización umbilical, la cual se practicará sólo si se considera *indispensable*, previa asepsia y antisepsia del muñón umbilical y de la piel periumbilical**
- Estabilización acidobásica.
- Toma de alicuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de laboratorio completo. Se solicitarán: Cuadro hemático (incluirá - plaquetas, hemoclasificación y sedimentación), proteinemia, relación albúmina\globulina, glicemia, Na, K, Ca, P, CPK MB, Tiempo y concentración de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, y fibrinógeno. Deben tenerse preparados frascos secos, con heparina y con citrato (pruebas de coagulación).
- Toma de gases arteriales.
- Estabilización respiratoria. Se debe realizar una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización hemodinámica.

Toda intervención a un recién nacido tiene riesgo, pondere su verdadero beneficio antes de proceder y pondere su riesgo inherente una vez ha procedido