



Nombre del alumno:

Flora Calderon Ordoñez

Nombre del profesor:

Ruben Eduardo Domínguez García

Profesionalización
en enfermería

Materia:

Enfermería pediátrica

Nombre del trabajo

**Ensayo de las patologías
de la unidad 3 y 4**

Frontera Comalapa 09 de octubre 2020

ASFIXIA PERINATAL

Las evidencias de las asfixias neonatales varían entre los diferentes cuentos de trabajos, en México ya que por la falta de un buen control prenatal durante el embarazo y la mala calidad de las atenciones durante el trabajo de parto y su atención. El término asfixia perinatal se refiere a la interrupción del intercambio gaseoso que tiene lugar específicamente alrededor del nacimiento, que se manifiesta en el feto o en el recién nacido (RN) como hipoxemia, hipercapnia y acidosis láctica por hipoperfusión tisular¹⁻⁴. Los mecanismos patogénicos subyacentes son la hipoxemia disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre y la isquemia disminución de la perfusión de sangre. El conjunto de datos obtenidos en modelos experimentales sugieren una mayor relevancia de la isquemia frente a la hipoxia cerebral en la génesis de los efectos deletéreos sobre el sistema nervioso central

Las asfixias perinatales se clasifican en leve, moderada y grave. Hay neonatos fácilmente con estimulación moderada secando rápido, aspiración de secreciones y se les brinda calor algunos por el especialista que como es el pediatra en los neonatos que están grave necesariamente requieren masaje cardiaco o reanimación si no y administrar medicamentos indicados

Las causas de las asfixias y factores de riesgo

Hemorragia en el tercer trimestre por infección de vías urinarias

Hipertensión inducida por el embarazo o crónica

Anemia

Intoxicación por drogas por la madre

Ostétricos

Falta de líquido amniótico o meconial

Incompatibilidad cefalo

Presentación fetal anormal

Trabajo de parto prolongado

Ruptura prematura de membrana

El más uso de medicamentos

Utero placenta:

Anormalidad del cordón umbilical y circular del cordón

Prolapso del cordón

Placenta previa

Desprendimiento de placenta

Fetales:

Bradicardia, taquicardia, o arritmias

Retardo del crecimiento uterino

Macrosonia fetal

Hemorrhagia fetal

Retrasos del crecimiento uterino

Múltiples fetos

Las causas de las asfixias perinatales se pueden corregir si se trata a tiempo y adecuadamente por personal calificado ya que si la reanimación neonatal no se da adecuadamente podemos causar lesiones en algunos órganos que pueden ser fatales además se deben corregir las posibles alteraciones metabólicas realizando un diagnóstico

La causa principal suele ser una insuficiencia placentaria para aportar oxígeno o expulsar el dióxido de carbono, aunque también se puede atribuir a un problema fetal, respiratorio o cardiovascular. Además, hay patologías que pueden afectar a la madre y que puedan estar impidiendo una llegada suficiente de oxígeno y nutrientes en la placenta, como por ejemplo la hipertensión arterial, la diabetes pre gestacional mal controlada, enfermedades pulmonares o cardíacas.

La mayoría de las asfixias ocurren en el período prenatal. Lo más fácil es atribuir las a una insuficiencia placentaria para aportar el oxígeno o para remover el dióxido de carbono, o bien puede haber un problema fetal, respiratorio o cardiovascular, del feto propiamente tal o del recién nacido. Sin embargo, también puede ser que la madre tenga alguna patología que impida la llegada de una cantidad suficiente de sangre, oxígeno y nutrientes a la placenta, como la hipertensión o la diabetes pre gestacional mal controladas, las enfermedades pulmonares o cardíacas, la hipertensión pulmonar, hipotensiones, anemias marcadas, infecciones y alteraciones de la contractilidad uterina; esta última, cuando es excesiva, afecta el flujo sanguíneo hacia la placenta.

Hay causas que son estrictamente de la placenta, como el infarto placentario, en el que se pierde un porcentaje importante de la superficie de intercambio por la fibrosis, el

desprendimiento prematuro de placenta y cuadros como el hídrops, que no sólo afectan al feto sino también la placenta y sus funciones de intercambio.

También puede haber una postmadurez de la placenta, que se hace insuficiente para cumplir su función porque su tiempo útil ha pasado, y cuadros como el prolapso de cordón umbilical, cuya compresión conduce a la asfixia. La causa de la asfixia también puede estar radicada en el feto. La placenta, el flujo sanguíneo hacia el útero y el aporte de oxígeno pueden estar funcionando muy bien, pero si el feto tiene una anemia marcada, una infección importante, un hídrops de causa inmune o no inmune, o una falla cardíaca por alguna malformación, igual no va a ser capaz de recibir el oxígeno y eliminar el dióxido de carbono de manera adecuada. Por lo tanto, la asfixia originada en el período prenatal puede tener causas distintas y hacia allí deben dirigirse las medidas destinadas a evitarla. El recién nacido puede sufrir hipoxia o isquemia por problemas cardíacos, respiratorios o por infecciones que afectan estos dos sistemas.

Cuando el feto sufre situaciones de hipoxia e isquemia, que casi siempre van de la mano, se defiende de una manera muy particular: redistribuye su flujo sanguíneo, ya que no tiene cómo aumentar su gasto cardíaco. Redirige ese flujo hacia los órganos nobles: cerebro, corazón y glándula suprarrenal, a expensas del flujo a los riñones, hígado, pulmones, intestinos, bazo, músculos y piel. Esto tiene mucha importancia, pues el feto, que ha estado en alguna situación de riesgo y ha sufrido episodios de hipoxia o isquemia -que pueden ser muy sutiles y pasar inadvertidos en los registros prenatales, o pueden ser repetitivos y muy difíciles de detectar clínicamente- va a experimentar esta redistribución del flujo de todas maneras.

Ese niño puede nacer bien, sin ninguna manifestación cerebral ni cardíaca, pero los órganos afectados por este mecanismo de defensa pueden crear dificultades posteriormente. Por ejemplo, si el intestino estuvo isquémico por un tiempo prolongado, cuando se inicie la alimentación puede presentar una enterocolitis necrotizante. De la misma manera, pueden presentarse problemas pulmonares, hepáticos o renales. Si a todos estos niños se les hiciera pruebas de función hepática, se encontrarían muchas veces signos bioquímicos de sufrimiento de este órgano; de igual manera, las alteraciones renales pueden pasar inadvertidas o presentar sólo una discreta oliguria en las primeras horas, sin alteración de la creatinina, o sea, puede haber sólo cambios muy sutiles como prueba de que estos órganos sufrieron para poder preservar la integridad del cerebro y del corazón.

Cuando la hipoxia es más intensa se pierde la capacidad de autorregulación, el feto ya no puede dirigir la sangre hacia donde es necesario, el flujo cerebral aumenta o disminuye según la presión sanguínea y llega a producirse el daño a nivel encefálico. El ideal sería reconocer la hipoxia cuando comienza la redistribución del débito, para intervenir en ese momento, pero, en la práctica, esto no es posible; tras muchas décadas de investigación, todavía no disponemos de elementos que permitan detectar el momento preciso en que este mecanismo empieza a verse sobrepasado.

En la medida en que disminuye el contenido de oxígeno, el porcentaje del débito cardíaco hacia el corazón va aumentando, lo que basta para mantener la irrigación hasta cierto punto, más allá del cual el débito se hace insuficiente y se desencadena la hipoxia tisular, y el daño cerebral y cardíaco.

En estudios realizados en monos rhesus sometidos a asfixia se demostró que los movimientos respiratorios aumentaban su frecuencia inicialmente para luego caer en una apnea, que se denominó apnea primaria, después de la cual se producía una respiración irregular conocida como gasping, para terminar finalmente en una apnea secundaria. Estos cambios en el patrón respiratorio ocurrían simultáneamente con cambios en el pH, que se mantenía estable en alrededor de 7,4 hasta que se producía la apnea primaria, momento en que comenzaba a descender, para caer dramáticamente durante la fase de gasping. La frecuencia cardíaca aumentaba y luego caía; el flujo hacia los pulmones, que no son órganos nobles, caía muy rápidamente desde el inicio de la apnea primaria y el flujo renal caía un poco después.

Estos experimentos no tienen mucha relevancia clínica, pero explican por qué suele ser tan difícil hacer con éxito maniobras de reanimación en un feto asfixiado, sin saber cuánto tiempo ha estado en ese estado de hipoxia o isquemia. No hay ningún elemento bioquímico ni radiológico que permita saber el tiempo exacto. Algunos elementos clínicos pueden orientar hacia lo que está ocurriendo. Si el niño nace en apnea primaria, casi siempre basta con secarlo y administrarle oxígeno para que comience a respirar; en ese caso, lo más probable es que haya sufrido un período de asfixia muy corto.

Cuidados de enfermería

- ❖ Promocionar durante embarazo a importancia de llevar un buen control prenatal
- ❖ Informar la importancia de ingesta de alimentos nutritivos ácido fólico, hierro y calcio
- ❖ Informar sobre la importancia de realizar estudios para detectar anomalías a temprana edad
- ❖ Durante el trabajo de parto monitorizar alteraciones en la madre y el producto reportar de inmediato las anomalías del parto prolongado si es necesario
- ❖ Informar a la embarazada los signos de alarma durante el embarazo y trabajo de parto
- ❖ Realizar las indicaciones médicas

Patológicas respiratorias, bronquiolitis y laringitis

La bronquitis aguda es una infección del tracto respiratorio inferior en el lactante tiene una incidencia anual en lactantes y se define como una infección respiratoria de la vía aérea pequeña que afecta más a los niños menores de 2 años

La bronquitis es una inflamación del revestimiento de los bronquios que llevan el aire hacia adentro y fuera de los pulmones. Las personas que tienen bronquitis suelen tener mucosidad espesa y, tal vez, decolorada. La bronquitis puede ser aguda o crónica.

La bronquitis aguda es muy frecuente y, a menudo, se produce a partir de un resfrío u otra infección respiratoria. La bronquitis crónica, enfermedad más grave, es una irritación o inflamación continua del revestimiento de los bronquios, en general, por fumar.

La bronquitis aguda, también conocida como «resfrío», suele mejorar a la semana o a los diez días sin efectos duraderos, aunque la tos puede permanecer durante semanas.

Los signos y síntomas de la bronquitis aguda y crónica pueden ser los siguientes:

- ❖ Tos
- ❖ Producción de mucosidad (esputo), que puede ser transparente, blanca, de color gris amarillento o verde —rara vez, puede presentar manchas de sangre—
- ❖ Fatiga
- ❖ Dificultad para respirar
- ❖ Fiebre ligera y escalofríos
- ❖ Molestia en el pecho

Si tienes bronquitis aguda, es posible que tengas síntomas de resfrío, como dolores generalizados o dolores de cabeza leves. Si bien estos síntomas suelen mejorar en, aproximadamente, una semana, es posible que tengas tos molesta durante varias semanas.

La bronquitis crónica se define como una tos productiva que dura, al menos, tres meses, con episodios recurrentes durante, por lo menos, dos años consecutivos.

Si tienes bronquitis crónica, es probable que tengas períodos en los que la tos u otros síntomas empeoran. En esos momentos, es posible que tengas una infección aguda además de la bronquitis crónica.

No obstante, si tienes episodios recurrentes de bronquitis, es posible que tengas bronquitis crónica, la cual requiere atención médica. La bronquitis crónica es uno de los trastornos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Laringitis

Se trata de una infección respiratoria que provoca la inflamación de la laringe, que está situada en el tracto superior del aparato respiratorio, concretamente al principio de la garganta, a la altura de las cuerdas vocales.

El doctor José Casas Rivero, especialista en Pediatría del Hospital Ruber Internacional, nos indica que "la laringitis afecta generalmente a niños de entre seis meses y seis años, y es más frecuente en los meses de frío".

Señales de la laringitis

El más característico, y que suele poner en alerta a los padres, es la tos similar al sonido de un ladrido de perro. Igualmente, los niños pueden manifestar:

Mocos y fiebre, especialmente los primeros días.

Un tipo de tos seca y fuerte, que se relaciona con voz ronca y afónica.

Ruido al respirar. Es posible que algunos niños produzcan un sonido al inhalar, también conocido como estridor, durante la laringitis.

Dificultad para respirar. En algunos casos, la inflamación laríngea puede llegar a complicar el acceso del aire, lo que provoca una respiración acelerada en el menor, es decir, costillas marcadas o una pared torácica que se comprime más de lo habitual mientras respira.

La noche agrava los efectos anteriores.

Normalmente la laringitis no es una infección grave, y termina curándose por sí sola. No obstante, nuestro pediatra nos indica que "los casos en los que el niño presente ruido al respirar o dificultad respiratoria pueden requerir tratamiento para reducir la inflamación de la laringe con medicamentos como los corticoides, que son antiinflamatorios.

Patologías digestivas gastroenteritis aguda

La gastroenteritis es una infección o inflamación del revestimiento interno (mucosa) del estómago y el intestino delgado que puede estar causada por agentes infecciosos (virus, bacterias, parásitos), toxinas químicas y fármacos.

En los países más desarrollados, la morbilidad cantidad de personas que enferman en un lugar y período de tiempo determinado en relación a la población general por este virus estomacal se acerca a los 38 millones de casos al año, se asocia a una Mortalidad de 325-425 casos al año y es una causa frecuente de hospitalización en la población pediátrica 9% en menores de 5 años.

La gastroenteritis se puede producir por tres tipos de microorganismos: virus, parásitos y bacterias. Estos organismos, presentes en las heces de un infectado, pueden contaminar alimentos y bebidas, así como otros objetos (cubiertos, platos y otros utensilios), y se transmiten cuando una persona entra en contacto con ellos. También se pueden transmitir de una persona a otra por contacto directo.

Los virus más comunes que causan gastroenteritis virales son:

Rotavirus: El rotavirus es la principal causa de gastroenteritis aguda en niños, aunque también puede infectar a personas adultas.

Norovirus: Afecta a personas de todas las edades, pero su contagio es muy frecuente entre los niños en edad escolar.

Adenovirus entérico: Los adenovirus son la causa de una buena parte de los casos de gastroenteritis en niños pequeños y representan el segundo agente viral más común causante de diarrea después del rotavirus.

Astrovirus: Son reconocidos como otro de los agentes virales más comunes de la gastroenteritis infantil en todo el mundo. Inicialmente fueron asociados con brotes de diarrea en niños en unidades de maternidad.

Tratamiento

El tratamiento fundamental es la imitación ya sea de manera oral o si es necesaria de manera intravenosa para reponer los líquidos perdidos.

Patológica digestiva

El dolor abdominal en niños suele ser debido a procesos como gastroenteritis, infecciones virales no hay una decisión en si ya que es un dolor que afecta el área del abdomen por varias patologías un porcentaje pequeño que presentar dolor abdomen necesitan intervención quirúrgica.

es uno de los problemas más frustrantes para los padres ya que el bebé llora de manera intensa sin motivo aparente. La inmadurez de su sistema digestivo puede provocar dificultades para evacuar los gases, alteración de la flora intestinal o que se contraigan las fibras musculares del intestino; todo ello generando un malestar intenso en el bebé. Este tipo de cólicos aparecen en torno a los 15 días de nacer y se reconocen por un llanto de gran intensidad durante más de tres horas al día, por lo menos tres días a la semana, durante una semana para su sospecha y tres semanas para su diagnóstico tradicional. En cuanto a su tratamiento, recordar que es algo pasajero y tras unas semanas o pocos meses el bebé vuelve a la normalidad. Sin embargo, el pediatra deberá explorarle y evaluar su historial para descartar que haya otra causa. Se recomienda mantener la calma y estar con el bebé en la posición que a este le resulte más cómoda y tranquila, como cogerlo contra el pecho. También puede ayudar masajes suaves en la espalda y abdomen así como mecerle suavemente. En definitiva, mucho contacto y afecto para ayudar al pequeño a sentirse mejor.

Dado al gran número de patologías que pueden producir trastornos digestivos la clínica puede ser variada lo primero queremos que hacer es descartar una patología quirúrgica ya que en los niños es difícil diagnosticar en los trastornos digestivos observamos dolor, anorexia, fiebre, vómito, diarrea, distensión abdominal para descartar cual quiera patología se deben realizar rayos x, ultrasonido y laboratorios en sangre.