



UDS- UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA:

Patología del niño y adolescente

TEMA:

Cuadros sinópticos de patologías

PROFESOR:

Gabriela Priego Jiménez

ALUMNO:

Rosa Angelica Rios Morales

GRADO:

5°cuatrimestre licenciatura en enfermería

GRUPO:

LEN10SSC0119-G

ESPINA BÍFIDA

¿Qué es?

Es un defecto congénito que se produce cuando la columna vertebral y la médula espinal no se forman correctamente. Se clasifica como defecto del tubo neural. El tubo neural es la estructura embrionaria que, con el tiempo, se convierte en el cerebro y en la médula espinal del bebé, y en los tejidos que los contienen.

Signos y síntomas

Los signos y síntomas de la espina bífida varían según el tipo y la gravedad. Los síntomas también pueden ser diferentes en cada persona.

Espina bífida oculta. Debido a que los nervios raquídeos, generalmente, no están afectados, no suele manifestarse ningún signo ni síntoma. Sin embargo, los indicios visibles a veces pueden observarse en la piel del recién nacido por encima del defecto raquídeo; por ejemplo, un mechón de pelo anormal, o un hoyuelo o una marca de nacimiento pequeños.

Meningocele. Las membranas que rodean la médula espinal sobresalen a través de una abertura en las vértebras y forman un saco lleno de líquido, pero este saco no comprende la médula espinal.

Mielomeningocele. En esta forma grave de espina bífida: El conducto vertebral queda abierto en varias vértebras en la parte inferior o media de la espalda. Tanto las membranas como la médula espinal o los nervios sobresalen en el nacimiento y forman un saco. Los tejidos y los nervios suelen quedar expuestos, aunque a veces la piel cubre el saco.

Tratamiento

No hay cura para la espina bífida. El tejido nervioso dañado o perdido no puede reemplazarse o repararse, ni puede restablecerse la función de los nervios dañados. El tratamiento depende del tipo y la gravedad del trastorno. Generalmente, los niños con la forma leve no necesitan tratamiento, aunque algunos pueden necesitar cirugía al crecer. Algunos niños necesitarán cirugías subsiguientes para manejar los problemas con los pies, las caderas o la columna. Algunos individuos con espina bífida requieren dispositivos de asistencia como aparatos, muletas o sillas de ruedas. La ubicación de la malformación en la columna a menudo indica el tipo de dispositivos de asistencia necesarios. Los niños con un defecto alto en la columna y parálisis más extensa a menudo necesitarán una silla de ruedas, mientras que aquéllos con un defecto más bajo pueden usar muletas, sondeos vesicales, aparatos para las piernas o andadores.

Acciones de enfermería

Cuidados de Enfermería

Conservar los glúteos y genitales del niño limpios y secos.

Evitar colocar pañales si el defecto se encuentra en la parte baja de la columna.

De colocarse un apósito evitar que este se adhiera al saco y lo lesione.

Valorar signos de infección.

Utilizar el método credé para vaciar la vejiga.

Conservar al niño en decúbito abdominal con las piernas ligeramente flexionadas para disminuir la tensión sobre el saco.

Realizar cambios de posición constante.

Realizar masajes con cremas protectoras en especial tobillos y rodillas.

Hacer ejercicios pasivos en el límite de la movilidad con los músculos y articulaciones que el niño no usa de forma espontánea.

Proporcionarles a los familiares información básica sobre el tratamiento y responder sus dudas.

Animar a los padres a que participen en los cuidados de los niños desde el inicio.

MENINGOCELE.

¿Qué es?

Es un defecto de nacimiento en el que la columna vertebral y el conducto raquídeo no se cierran antes del nacimiento. Esta afección es un tipo de espina bífida.

Signos y síntomas

Un recién nacido con este trastorno puede presentar una zona abierta o un saco lleno de líquido en la mitad de la espalda o en la parte baja de la espalda.

Los síntomas pueden incluir:

Pérdida del control de esfínteres

Falta de sensibilidad parcial o total

Parálisis total o parcial de las piernas

Debilidad en las caderas, las piernas o los pies de un recién nacido

Otras señales y/o síntomas pueden incluir:

Pies o piernas anormales, como pie zambo

Acumulación de líquido dentro del cráneo (hidrocefalia)

Tratamiento

El proveedor de atención médica puede recomendar asesoría genética. En algunos casos donde se detecta a tiempo un defecto grave en el embarazo, se puede contemplar la interrupción del embarazo (aborto). Sin embargo, la cirugía intrauterina para cerrar el defecto (antes de que nazca el bebé) puede reducir el riesgo de algunas complicaciones posteriores. Después de que el bebé nace, con frecuencia se recomienda una cirugía para reparar el defecto en los primeros días de vida. Antes de la cirugía, se debe tener mucho cuidado con el manejo del bebé para reducir el daño a la médula espinal expuesta. Esto puede incluir:

Cuidados y posiciones especiales

Dispositivos de protección

Cambios en los métodos de alimentación, manipulación y baño

Acciones de enfermería

Las enfermeras domiciliarias, los servicios sociales, los grupos de apoyo y las agencias locales pueden brindar apoyo emocional y asistencia con el cuidado de un niño con mielomeningocele que tenga limitaciones o problemas considerables. Con tratamiento oportuno, la expectativa de vida no se ve gravemente afectada. Los problemas renales debido al drenaje insuficiente de orina son la causa más común de muerte.

La mayoría de los niños con mielomeningocele tendrá una inteligencia normal. Sin embargo, debido al riesgo de hidrocefalia y meningitis, más de estos niños tendrán problemas de aprendizaje y trastornos convulsivos.

HIDROCEFALIA

¿Qué es?

La hidrocefalia es la acumulación de líquido dentro de las cavidades (ventrículos) profundas del cerebro. El exceso de líquido aumenta el tamaño de los ventrículos y ejerce presión sobre el cerebro.

Signos y síntomas

Los signos y síntomas de la hidrocefalia varían en cierta medida según la edad de aparición.
Bebés
Algunos de los signos y síntomas más frecuentes de hidrocefalia en lactantes son:
Cambios en la cabeza. Una cabeza inusualmente grande. Un aumento rápido del tamaño de la cabeza. Un punto blando (fontanela) hinchado o tenso en la parte superior de la cabeza.
Signos y síntomas físicos: Vómitos, Somnolencia, Irritabilidad, Alimentación deficiente. Convulsiones. Ojos fijos hacia abajo (en puesta de sol). Deficiencia en el tono y la fuerza muscular. Respuesta deficiente al tacto Crecimiento deficiente.
Niños pequeños y niños mayores
Signos y síntomas físicos
Dolor de cabeza. Visión borrosa o doble. Ojos fijos hacia abajo (en puesta de sol). Agrandamiento anormal de la cabeza de un niño pequeño. Somnolencia o letargo. Náuseas o vómitos. Falta de equilibrio. Falta de coordinación. Falta de apetito. Convulsiones. Incontinencia urinaria.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es evitar el aumento de líquido en los ventrículos y controlar la presión de este líquido para que no se lesione el tejido cerebral y, por tanto, no se produzca deterioro cognitivo o, lo que es lo mismo, que la función neurológica sea óptima.
El tratamiento normal actual para la hidrocefalia es la implantación quirúrgica de un sistema de derivación. Este sistema de derivación se rige por una válvula que redirige el líquido cefalorraquídeo a otra parte del cuerpo. Esta técnica permite que los ventrículos agrandados del cerebro vuelvan a su tamaño normal en un intento por aliviar los síntomas de la hidrocefalia. Las derivaciones se hacen de silicona y plástico. Todos los componentes de la derivación se colocan bajo la piel. No hay partes fuera del cuerpo.

Acciones de enfermería

Valorar al niño periódicamente.
Vigilar signos de aumento de presión intracraneana (PIC).
Medir diariamente el perímetro cefálico.
Palpar con suavidad las fontanelas y suturas con el fin de detectar el tamaño, tensión, abombamiento y separación.
Ofrecer comidas frecuentes y en pocas cantidades.
Preparar al niño para estudios especiales.
Evitar cateterizar vías encuero
Movilizarle frecuentemente.
Aliviar el dolor.
Realizar valoración neurológica frecuente.
Valorar el abdomen, apreciando presencia de distensión, ya que el LCR puede producir peritonitis o íleo post operatorio.
Controlar líquidos ingeridos y eliminados de manera estricta.
Vigilar signos de infección.
De tener un sistema externo de derivación valorar coloración del LCR, cantidad, incisión donde está el catéter.
Antes del alta informarles a los padres los signos de aumento de PIC y de infección.

EPILEPSIA

¿Qué es?

La epilepsia es un trastorno del sistema nervioso central (neurológico) en el que la actividad cerebral se altera, lo que provoca convulsiones o períodos de comportamiento y sensaciones inusuales, y, a veces, pérdida de la consciencia.

Signos y síntomas

Debido a que la epilepsia es causada por actividad anormal en el cerebro, las convulsiones pueden afectar cualquier proceso coordinado por este. Algunos de los signos y síntomas de convulsiones son:

Confusión temporaria

Un episodio de mirada fija

Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas

Pérdida del conocimiento o conciencia

Síntomas psíquicos, como miedo, ansiedad o déjàvu

Tratamiento

Los médicos generalmente empiezan por tratar la epilepsia con medicamentos. Si los medicamentos no curan la enfermedad, los médicos pueden proponer una cirugía u otro tipo de tratamiento. La mayoría de las personas con epilepsia pueden liberarse de las convulsiones al tomar un medicamento anticonvulsivo, también llamado medicamento antiepiléptico.

Otras pueden disminuir la frecuencia e intensidad de sus convulsiones al tomar una combinación de medicamentos. Muchos de los niños con epilepsia que no presentan síntomas pueden con el tiempo suspender la toma de los medicamentos y llevar una vida sin convulsiones. Muchos adultos también pueden suspender la toma de los medicamentos después de dos años o más sin convulsiones. El médico te aconsejará sobre el momento adecuado para suspender la toma de los medicamentos.

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO

¿Qué es?

Un **traumatismo craneoencefálico** es una **lesión** física producida sobre el **tejido cerebral** que altera la función cerebral, temporalmente o permanentemente, dependiendo del tipo de traumatismo. Este traumatismo, que afecta al cerebro, puede producir una **disminución del nivel de conciencia** y puede alterar las habilidades cognitivas, físicas y emocionales de la persona.

Signos y síntomas

Cuando el traumatismo craneoencefálico es leve, se incluyen los siguientes síntomas:

- El dolor de cabeza
- Vista borrosa
- Confusión o amnesia
- Cambios de comportamiento

En cambio, los traumatismos craneoencefálicos moderados y graves pueden producir otro tipo de síntomas como los siguientes:

- Náuseas y vómito
- Debilidad en los brazos y las piernas
- Dificultad de razonamiento
- Dificultades para hablar correctamente

Tratamiento

El tratamiento para un traumatismo craneoencefálico siempre depende de la gravedad de la lesión.

Cuando se trata de una lesión leve, el tratamiento que requiere el traumatismo consiste en hacer **reposo** y tomar algunos **medicamentos** para aliviar y tratar el dolor de cabeza. Aun así, el paciente con un traumatismo craneoencefálico leve debe someterse a controles periódicos para evitar que la lesión empeore.

En el caso de los casos moderados o graves, es fundamental la atención de urgencia para garantizar la estabilidad del paciente y evitar otras lesiones adicionales.

En algunos casos, puede ser necesaria una **cirugía** para minimizar el daño en los tejidos cerebrales. La cirugía puede ser necesaria para solucionar hematomas, reparar fracturas del cráneo o detener el sangrado en el cerebro.

Tras sufrir una lesión cerebral, las personas tendrán que hacer rehabilitación para volver a realizar las actividades diarias.

Acciones de enfermería

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas
- Vigilar el nivel de conciencia
- Vigilar las tendencias en la Escala de Coma de Glasgow
- Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones.
- Comprobar el estado respiratorio
- Observar la existencia de quejas por jaquecas
- Vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasia o dificultad para encontrar las palabras
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible
- Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede
- Realizar aspiración con técnica estéril al aspirar.
- Determinar la necesidad de aspiración oro y /o traqueal
- Auscultar sonidos respiratorios antes y después de las aspiraciones

Podemos diferenciar 2 grandes grupos de pacientes que consultan por una posible intoxicación: Preescolares

Escolares por debajo de los 5 años de edad: constituyen el grupo más numeroso, en el que las intoxicaciones presentan las siguientes características:

- No voluntarias.
- Habitualmente en el hogar.
- De consulta cuasi
- Inmediata.
- Los niños suelen estar asintomáticos.
- El tóxico es conocido.
- El pronóstico en general es favorable.
- Adolescentes, cuyas intoxicaciones se distinguen por:
 - Ser intencionales (generalmente con intención recreacional y, menos, suicida).
 - Muchas veces, fuera del hogar.
 - Consultar con tiempo de evolución más prolongado.
 - Generar síntomas con mucha frecuencia.
 - El tóxico no siempre es conocido.
 - Manejo más complejo.

Los tóxicos con los que contactan los niños varían enormemente en función de la edad y del tipo de intoxicación. Los fármacos son globalmente el tipo de tóxico más frecuentemente implicado en las intoxicaciones pediátricas (50% del total). Un 2º gran grupo lo forman los productos del hogar, y por detrás están el etanol y el monóxido de carbono. Estos porcentajes han cambiado en los últimos 10 años si analizamos el tipo de tóxico según la edad.

La administración de carbón activado (CA) se considera el pilar de la descontaminación en las Urgencias de Pediatría. Previene la absorción de múltiples sustancias en el tracto gastrointestinal (Tabla I) y disminuye la absorción sistémica de agentes potencialmente tóxicos. En el pasado se ha hecho referencia a él como el “antídoto universal”.

Mecanismo de acción

El carbón activado es un polvo insoluble creado a partir de la pirolisis de una variedad de materiales orgánicos.

Formas de administración

Tiempo transcurrido desde la intoxicación En general, la mayoría de productos líquidos se absorben prácticamente por completo en los 30 minutos siguientes a su ingestión, y la mayoría de sólidos en un plazo de 1-2 horas. Es poco probable que una descontaminación efectuada después de ese momento tenga alguna utilidad.

La práctica de lavado gástrico y posterior administración de CA por sonda nasogástrica ha generado intensos debates. En la actualidad, se utilizan conjuntamente ambas técnicas en las siguientes circunstancias:

Intoxicaciones medicamentosas agudas de riesgo vital.

Pacientes en coma y sin reflejos faríngeos, previa protección de la vía aérea mediante intubación endotraqueal.

Intoxicaciones en las que existe riesgo elevado de presentar convulsiones (isoniazida, antipalúdicos, teofilina, etc.) o todo paciente que haya convulsionado previamente.

PRINCIPALES
PROBLEMAS
DE
INTOXICACION
EN NIÑOS
MENORES DE
CINCO AÑOS.