Nombre del alumno: Fabiola Cruz Gómez

Nombre del profesor: Lic. Ámbar Jaqueline Alcázar Cancino

Licenciatura: Enfermería

Matería: ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Nombre del trabajo: Mapa Conceptual
(Principales Afecciones del Recién Nacido)

Ocosingo, Chiapas 04 de Diciembre del 2023

PRINCIPALES AFECCIONES DEL RECIEN NACIDO

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

¿Qué es?

Es la incapacidad del organismo para mantener una oxigenación y eliminación de CO2 adecuadas, a través del intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

ETIOLOGIA

FRECUENTES: Síndrome de dificultad respiratoria, Síndrome de aspiración de meconio, Neumonía perinatal, Taquipnea transitoria del RN, Hipertensión pulmonar persistente.

OCASIONALES
Broncoaspiración de alimento, Parálisis diafragmática, Hernia diafragmática, Síndrome de primer arco branquial, Hemorragia pulmonar.

RARAS: Enfermedad pulmonar poliquística, Masas mediastinales, Agenesia o hipoplasia pulmonar, Enfisema lobar congénito, Quilotórax.

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

¿Cómo se da?

Se debe a un retraso en la reabsorción del líquido pulmonar, también se le conoce como pulmón húmedo, retención de líquido pulmonar.

y

Es un padecimiento autolimitado y de comportamiento clínico benigno, en la mayoría de las veces, se manifiesta desde el nacimiento por polipnea mayor de 80/min.

FACTORES DE RIESGO

AGENTE: Se considera secundaria a un retraso en la reabsorción del líquido pulmonar, el cual es un líquido que llena los alvéolos y vías respiratorias del feto en una cantidad igual a la capacidad funcional residual.

HUÉSPED: Se presenta en el RN a término o casi a término y es más frecuente en productos macrosómicos y del sexo masculino.

AMBIENTE: se deba a la administración excesiva de líquidos hipotónicos a la madre, que pueden pasar al feto, disminuir su gradiente osmótico y, por consiguiente, la reabsorción del líquido pulmonar.

PREVENCION PRIMARIA

Dar a conocer a la población los factores de riesgo para la operación cesárea, educar e informar en relación con la edad óptima de embarazo para disminuir su probabilidad.

TRATAMIENTO

Es difícil que se requieran concentraciones de oxígeno mayores de 40%; en caso de necesitar más o incluso llegar a la asistencia mecánica a la ventilación, debe pensarse en otro diagnóstico o en hipertensión pulmonar persistente que pueden tener como complicación.

SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO

¿Qué es?

Es un padecimiento del RN de término o postérmino; se debe al paso de meconio a vías respiratorias, donde produce inflamación y obstrucción que condicionan alteración del intercambio gaseoso.

PERIODO PREPATOGENICO

AGENTE: El meconio es el contenido intestinal del feto y RN, conformado por restos celulares, pelo fetal, moco y bilis.

HUÉSPED: el SAM es un padecimiento del RN a término o postérmino, sujeto a asfixia, también es más frecuente en el desnutrido en útero y, por lo ya señalado, en el RN con infección intrauterina.

AMBIENTE: están en más riesgo los RN de madres con toxemia, diabetes mellitus, anemia, enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica, o que en el trabajo de parto tengan distocia de contracción, estado de choque, desprendimiento de placenta, circular o prolapso de cordón y, en general.

PREVENCION

El personal médico tendrá que identificar a estos pacientes para su derivación oportuna y la realización de pruebas para diagnosticar sufrimiento fetal en sus fases iniciales.

DIAGNOSTICO PRECOZ

La radiografía de tórax muestra sobre distensión pulmonar con diafragmas abatidos, áreas de atrapamiento de aire que alternan con infiltrados gruesos bilaterales; hasta en un 20-50% de los casos se encuentra neumotórax o neumomediastino.

REHABILITACION

Se requerirá rehabilitación de tipo respiratoria en pacientes con displasia broncopulmonar, y en aquellos con afectación neurológica se hará de acuerdo al tipo y gravedad del problema.

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

¿Qué es?

Es la principal causa de morbimortalidad en el neonato pretérmino y representa una enfermedad por inmadurez pulmonar.

El SDR es fundamentalmente una enfermedad del RN pretérmino, su incidencia global es del 1% de todos los RN vivos y tiene una relación inversa con la edad gestacional; así, de los niños menores de 28 Sem.

FACTORES DE RIESGO

AGENTE: La enfermedad es por la prematurez que conlleva los siguientes factores: **a)** deficiencia de surfactante, **b)** inmadurez anatómica **c)** PCA, **d)** aumento de líquido intersticial pulmonar.

HUÉSPED: Se presenta de manera casi exclusiva en el RN pretérmino, en los que a menor edad gestacional mayor frecuencia de SDR, con una incidencia máxima en los menores de 1 200 g y de 30 Sem.

AMBIENTE: La diabetes materna se asocia con la aparición del problema debido a su mayor frecuencia de partos pretérmino, ya sea por indicación fetal o materna; los hijos de las diabéticas presentan SDR a pesar de tener indicadores de madurez pulmonar.

HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE

Se caracteriza principalmente por una reducción en la resistencia vascular pulmonar, que es alta en la vida fetal, aumento del flujo sanguíneo pulmonar, la eliminación del líquido pulmonar y la consiguiente elevación de la PaO2.

El factor fisiopatológico principal de la HPP es la obstrucción del flujo sanguíneo pulmonar y puede ser secundario.

FACTORES DE RIESGO

Agente: La obstrucción al flujo sanguíneo pulmonar es el factor fisiopatológico principal y puede ser secundario a tres situaciones específicas.

Huésped: El RN que presente algún tipo de alteración en los mecanismos que promueven la vasodilatación de la vasculatura pulmonar al nacer relacionado con los problemas.

Ambiente: La atención inadecuada en la etapa perinatal de un neonato de riesgo alto, como seria presencia de líquido amniótico meconial, posibilidad de sepsis neonatal temprana, síndrome de dificultad respiratoria, historia de ingesta materna de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos durante el tercer trimestre

PROMOCION DE LA SALUD

Se hace a través de la educación comunitaria para que acudan las embarazadas a su control prenatal, que permita identificar a las de riesgo, como las portadoras de estreptococo.

REHABILITACIÓN

Se hará de acuerdo a las secuelas producidas por el padecimiento en sí o por su tratamiento, las cuales se identificarán en la consulta de seguimiento.

SALUD Y ENFERMEDAD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE 6ª EDICION

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN METABÓLICA

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

¿Qué es?

Es una entidad clínica frecuente del RN de alto riesgo, caracterizada por el descenso de los niveles de glucosa en sangre por debajo de 40 mg/dL.

La hipoglucemia neonatal representa una urgencia médica, ya que puede dañar el cerebro del RN de no recibir un tratamiento oportuno.

FACTORES DE RIESGO

AGENTE: La glucosa que es la principal fuente de energía en la etapa fetal y neonatal; es un sustrato que por fosforilación se trasforma en glucosa-6-fosfato, compuesto clave de varias vías metabólicas.

HUÉSPED: Son varios los grupos de RN que tienen un riesgo mayor de presentar hipoglucemia. El prematuro, por la falta de almacenamiento de glucógeno y alguna deficiencia enzimática a nivel hepático, tiene hipoglucemia con más frecuencia que el RN a término

AMBIENTE: El matroambiente o entorno materno conlleva factores de riesgo para hipoglucemia a través de problemas como diabetes, toxemia, hipertensión arterial, cardiopatía, neuropatía o procesos infecciosos.

HIPOGLUCEMIA NEONATAL TRANSITORIA

Es la más común y se observa en un 20-70% de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN); es más frecuente en prematuros, en varones, en RN de peso bajo para la edad gestacional.

TRATAMIENTO

En los casos de hipoglucemia sintomática el tratamiento se inicia con un minibolo de 2 mL/kg de glucosa al 10%, lentamente (1 mL/min) y se continúa con una infusión a 6-8 mg/kg/min.

ACT. SUGERIDAS

Acudir a una UCIN y ver de qué manera se vigila a los niños en riesgo de padecer hipoglucemia; en los que se diagnostique, observar su tratamiento.

HIJO DE MADRE DIABÉTICA

Es el conjunto de signos y síntomas que se presentan en el neonato hijo de madre diabética.

El riesgo de las complicaciones es mínimo en la diabetes gestacional y los problemas más graves representan en las madres con enfermedad avanzada.

COMPLICACIONES DEL HMD

a) malformaciones congénitas, **b)** problemas intrapartos: traumatismo, asfixia, **c)** alteraciones metabólicas: hipoglucemia, hipocalcemia, **d)** respiratorias: SDR o taquipnea transitoria, **e)** hematológicas: policitemia, hiperbilirrubinemia, **f)** cardiovasculares: cardiomiopatía hipertrófica, trombosis.

FACTORES DE RIESGO

AGENTE: La insulina fetal, que se eleva por la hiperglucemia materno fetal, es la hormona que determina el crecimiento del producto dados sus efectos de hiperplasia e hipertrofia sobre los tejidos sensibles.

HUÉSPED: Si no hay un control metabólico adecuado de la enfermedad materna, hay más complicaciones en el RN.

y

AMBIENTE: Las modificaciones en el matroambiente por la diabetes afectan al feto y cambian en el transcurso del embarazo; así, en el primer trimestre hay una mejor utilización de la glucosa y la madre requiere menos insulina.

Los signos clínicos pueden observarse al nacer, como las malformaciones y la macrosomía y sus complicaciones.

Rehabilitación

El HMD corresponde a un grupo de RN con un riesgo mayor para secuelas de diferente orden, en comparación al resto de la población neonatal.

HIPERBILIRRUBINEMIA

SÍNDROME ICTÉRICO

Está condicionado por el incremento de las bilirrubinas séricas, ya sea la directa (BD), la indirecta (BI) o ambas; clínicamente se manifiesta por una coloración amarillenta de la piel y faneras.

Generalmente la ictericia suele ser benigna, sin embargo, dada la toxicidad potencial de la bilirrubina, todo niño ictérico debe de monitorizarse para identificar los casos que pueden desarrollar una hiperbilirrubinemia severa y que los conlleve a una encefalopatía aguda o kernicterus.

FACTORES DE RIESGO

AGENTE: Es causado por la bilirrubina indirecta, que en 80 a 85% tiene su origen en el catabolismo del núcleo hem de la hemoglobina proveniente de la destrucción de los glóbulos rojos, misma que tiene lugar a nivel de bazo y médula ósea.

HUÉSPED: El RN puede manifestar el SI tanto en el periodo neonatal inmediato como en el tardío, existiendo causas originadas por una sobreproducción de bilirrubinas, una disminución en la excreción y mixtas.

AMBIENTE: Éste tiene fundamental importancia, ya que, cuando el microambiente se modifica actuando sobre el feto por alteración del aparato reproductor femenino, en especial el útero.

Después del nacimiento, toda la bilirrubina producida por el RN debe ser excretada por su propio hígado.

REHABILITACIÓN

Ésta deberá llevarse a cabo dependiendo del tipo de secuelas presentes. Los casos se canalizarán a un tercer nivel habitualmente.