



Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Adriana Zohemy Roblero Ramírez

Nombre del tema: Patología del neonato

Parcial: Segundo parcial

Nombre de la Materia: Patología del niño y adolescente

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura de enfermería

Cuatrimestre: Quinto cuatrimestre, grupo A.

Lugar y Fecha de elaboración: Comitán de Domínguez, 06/02/2024

PATOLOGÍA DEL NEONATO

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

ICTERICIA NEONATAL

¿QUÉ ES?

Signo consistente en coloración amarillenta de piel y mucosas producida por aumento de niveles plasmáticos de bilirrubina.

TIPOS

♥ HIPERBILIRRUBINA INDIRECTA

♥ HIPERBILIRRUBIN DIRECTA

¿QUÉ ES?

La hiperbilirrubinemia indirecta es una condición médica en la que los niveles de bilirrubina no conjugada en la sangre están elevados

¿QUÉ ES?

La hiperbilirrubinemia directa se refiere al aumento del nivel de bilirrubina en la sangre, específicamente de la bilirrubina conjugada.

ETIOLOGÍA

- Aumento de producción.
- Disminuye la conjugación o de la captación hepática.
- Competencia enzimática. De ciertos fármacos o sustancias con el ácido glucurónico.

ETIOLOGÍA

- Obstrucción de vía biliar extrahepática. Atresia de vías biliares extrahepáticas.
- Alteración intrahepática. Fibrosis quística, hepatitis neonatal idiopática

CLÍNICA

- Inicio en cara y conjuntivas
- Descenso a pies a medida que aumentan los niveles.
- En las colestasis, la ictericia asocia coluria, acolia y hepatoesplenomegalia.

NEUMONÍA NEONATAL

¿QUÉ ES?

Infección pulmonar del RN, que afecta a los pequeños sacos de aire (alvéolos) y tejidos que los rodean.

CAUSAS

- ♥ Inflamación del parénquima pulmonar.
- ♥ Virus
- ♥ Bacterias.
- ♥ Hongos.

FACTORES DE RIESGO

- ♥ Incompleto desarrollo pulmonar
- ♥ Presencia de meconio en vía aérea

FORMAS CLÍNICAS

♥ NEUMONÍA DE COMIENZO PRECOZ

♥ NEUMONÍA DE COMIENZO TARDÍO

CARACTERÍSTICAS

- ♥ La vía de infección connatal es ascendente,
- ♥ Asociada a rotura prematura de membranas o al contaminarse el RN con la flora anogenital (*Listeria*, *E. coli*, *Streptococo agalactiae* y herpes) a su paso por el canal del parto.
- ♥ Suele desarrollarse en el contexto de septicemia.

CARACTERÍSTICAS

- ♥ **Adquirida en:** unidades de cuidados intensivos neonatales.
- ♥ **Microorganismos responsables:** estafilococos o pseudomonas.
- ♥ **Factores de riesgo:** prematuridad, intubación prolongada y la presencia de catéteres centrales.

HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE

¿QUÉ ES?

Persistencia de constricción arteriolar pulmonar o el regreso a ella, causa reducción de flujo sanguíneo pulmonar y cortocircuito de derecha-izquierda a nivel de la aurícula del conducto o ambos.

CLÍNICA

- ♥ Dificultad respiratoria
- ♥ Hipoxemia severa
- ♥ Cianosis
- ♥ Mala respuesta a la administración de oxígeno.

TRATAMIENTO

- ♥ Oxigenoterapia
- ♥ Corrección de la acidosis
- ♥ Ventilación mecánica
- ♥ Administración de surfactante exógeno
- ♥ Vasodilatadores pulmonares.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR

¿QUÉ ES?

Enfermedad pulmonar crónica, se produce en RN prematuros de muy bajo peso

TRATAMIENTO

- ♥ Ventilación mecánica
- ♥ Oxigenoterapia
- ♥ Diuréticos
- ♥ Corticoides
- ♥ Broncodilatadores
- ♥ Brindar dieta

PATOLOGÍA DEL NEONATO

2.1. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

INMADUREZ DEL CENTRO RESPIRATORIO

SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO

¿QUÉ PROVOCA?

- ♥ Respiraciones arrítmicas (respiración periódica del RN).
- ♥ Pausas de apnea (obstructivas, centrales o mixtas).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- ♥ Taquipnea, aleteo nasal
- ♥ Tiraje costal
- ♥ Quejido respiratorio
- ♥ Disociación toracoabdominal
- ♥ Respiración paradójica
- ♥ Cianosis en grado variable

3 PATOLOGÍAS TÍPICAS

♥ **TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO. TÍPICA DEL RN A TÉRMINO.**

♥ **MEMBRANA HIALINA O DIFICULTAD RESPIRATORIA TIPO I. TÍPICA DEL RN PRETÉRMINO.**

♥ **SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL. TÍPICA DEL RN POSTÉRMINO.**

DIAGNÓSTICO

- ♥ Test de Silverman, valora la gravedad de la clínica
- ♥ Gasometría arterial
- ♥ Radiografía de tórax.

¿POR QUÉ SE PRODUCE

Se produce por falta de reabsorción del líquido pulmonar fetal.

¿EN QUÉ CONSISTE?

Es la insuficiencia respiratoria idiopática, típica del RN prematuro, déficit de surfactante que provoca colapso alveolar y clínica de insuficiencia respiratoria en el RN.

¿QUÉ ES?

Trastorno respiratorio causado por inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial por el RN

♥ RESPIRACIÓN PERIÓDICA DEL RN

CARACTERÍSTICAS

- ♥ Ritmo con episodios de apnea dura 5-10 seg.
- ♥ Seguido de taquipnea compensadora por 15 seg.
- ♥ Sin cianosis o bradicardia.
- ♥ Sin importancia pronóstica y cede espontáneamente.

¿QUÉ ES?

- ♥ Es el cese de la respiración (del flujo de aire) >10-20 segundos.
- ♥ Puede asociar cianosis y bradicardia y tiene peor pronóstico.

♥ PAUSAS DE APNEA

CLASIFICACIÓN

- ♥ **APNEA CENTRAL**
 - Ausencia de esfuerzo inspiratorio.
- ♥ **APNEA OBSTRUCTIVA**
 - Esfuerzo inspiratorio
 - Existe obstrucción al flujo aéreo.
- ♥ **APNEA OBSTRUCTIVA**
 - Por combinación de ambos mecanismos.

ETIOLOGÍA

- ♥ PRIMARIA
- ♥ SECUNDARIA

MANEJO

- ♥ Monitorización de FC y SPO2 continuo
- ♥ Estimulantes del centro respiratorio en apneas centrales: cafeína.
- ♥ Estimulación táctil, O2 suplementario y soporte respiratorio

CARACTERÍSTICAS DE APNEA

	OBSTRUCTIVA	CENTRAL	MIXTA
MOVIMIENTOS TORÁCICOS	Si	No	
FLUJO AÉREO	No	No	
DURACIÓN	Intermedia	Corta	Larga

- ♥ Relacionada con la prematuridad.
- ♥ El 50% de los RN menores de 32 semanas de gestación las desarrolla.
- ♥ Alteraciones metabólicas o del SNC, patología respiratoria, infecciones, reflujo gastroesofágico, etc.

CLÍNICA

- ♥ Dificultad respiratoria inmediata.
- ♥ Evolución corta y benigna.

DIAGNÓSTICO

- ♥ Rx tórax
- ♥ Líquido en cisuras

TRATAMIENTO

- ♥ Oxigenoterapia
- ♥ Dieta absoluta hasta su mejoría.

DIAGNÓSTICO

- ♥ Radiografía de tórax.
- ♥ Gasometría. Hipoxemia, hipercapnia, acidosis respiratoria o mixta.

TRATAMIENTO

- ♥ Oxigenoterapia
- ♥ Ventilación con CPAP o mecánica
- ♥ Adm. de surfactante exógeno por vía endotraqueal cada 6-12 horas

DIAGNÓSTICO

- ♥ Rx torácico
- ♥ Infiltrados irregulares y gruesas bandas.

TRATAMIENTO

- ♥ Oxigenoterapia
- ♥ Reanimación
- ♥ Ventilación mecánica
- ♥ Antibioterapia

COMPLICACIONES

- ♥ Hipertensión pulmonar
- ♥ Neumotórax
- ♥ Atelectasia pulmonar
- ♥ Sobreinfección bacteriana.

PATOLOGÍA DEL NEONATO

2.2. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

¿QUÉ ES?

Inflamación y necrosis mucosa o transmural de la pared intestinal sobre todo de íleon distal y colon proximal, que aparece con más frecuencia en RN pretérminos.

FACTORES CONTRIBUYENTES

- ♥ Prematuridad
- ♥ Alimentación precoz con formulas artificiales

CLÍNICA

- ♥ Distensión y dolor abdominal
- ♥ Sangre en heces
- ♥ Vómitos, diarrea
- ♥ Fiebre
- ♥ Inestabilidad hemodinámica

DIAGNÓSTICO

- ♥ Rx de abdomen.
- ♥ Edema de asas intestinales
- ♥ Neumatosis intestinal
- ♥ Neumoperitoneo.
- ♥ Analítica en sangre.
- ♥ Coprocultivo.

TRATAMIENTO

- ♥ Dieta absolutas más colocación de sonda nasogástrica de evacuación
- ♥ Antibioterapia IV

COMPLICACIONES

- ♥ Estenosis de la zona necrótica
- ♥ Síndrome del intestino corto.

ATRESIA DE ESÓFAGO Y FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA

¿QUÉ ES?

Malformación congénita por discontinuidad del esófago, de modo que existen dos cabos esofágicos (proximal y distal) no interconectados.

TIPOS

- ♥ TIPO I { Atresia sin fistula.
- ♥ TIPO II { Atresia distal con fístula proximal.
- ♥ TIPO III { Atresia proximal con fistula distal
- ♥ TIPO IV { Atresia con doble fistula
- ♥ TIPO V { Fistula sin atresia

CLÍNICA

- ♥ Antecedentes de polihidramnios en el embarazo
- ♥ Respiratoria. Tos, atragantamiento al alimentarse, neumonías por aspiración, dificultad respiratoria y cianosis.
- ♥ Digestiva. Abdomen distendido
- ♥ En un 50% de los casos se asocia a otras malformaciones congénitas.

TRATAMIENTO

- ♥ Colocar sonda nasogástrica
- ♥ Posición antitrendelenburg
- ♥ Dieta absoluta
- ♥ Antibioterapia

PATOLOGÍA DEL NEONATO

2.4 TRASTORNOS HEMATOLOGICOS DEL RN

2.3 ICTERICIA NEONATAL

POLICITEMIA

ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RN

INCOMPATIBILIDAD ABO

ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL RN

ICTERICIA FISIOLÓGICA

¿QUÉ ES?

¿QUÉ ES?

Hematocrito venoso >65% (los valores capilares —sangre de talón— suelen ser mayores)

FACTOR DE RIESGO

- ♥ Crecimiento intrauterino retardado
- ♥ Transfusión feto-fetal
- ♥ Ligadura tardía del cordón
- ♥ Hipoxia

¿QUÉ ES?

Se debe a la falta de vitamina K (interviene en la coagulación sanguínea).

CLÍNICA

- ♥ Sangrado cutáneo,
- ♥ Sangrado digestivo
- ♥ Sangrado intracraneal..

¿QUÉ ES?

Aparece cuando la madre es del grupo O y el niño A o B. El primer feto puede resultar afecto ya que existen Ac naturales anti A y B sin inmunización previa.

CLÍNICA

- ♥ Ictericia.

¿QUÉ ES?

Es una afección en la que los glóbulos rojos del bebé son destruidos por los anticuerpos de la madre.

PATOGENIA

La incompatibilidad Rh se produce en pareja formada por un hombre con Ag D (Rh positivo) y una mujer con (Rh negativo), gestante de un feto Rh positivo.

¿QUÉ ES?

Enfermedad pulmonar crónica, se produce en RN prematuros de muy bajo peso

TRATAMIENTO

- ♥ Bilirrubina directa ≤ 2 mg/dl.
- ♥ Bilirrubina indirecta en sangre de cordón ≤ 3 mg/dl.
- ♥ Incremento de bilirrubina total ≤ 5 mg/dl/día.
- ♥ Duración inferior a 14 días
- ♥ Bilirrubina total ≤ 12 mg/dl en RNT
- ♥ Inicio después de las 24 primeras horas de vida

¿QUÉ ES?

Signo consistente en coloración amarillenta de piel y mucosas producida por aumento de niveles plasmáticos de bilirrubina.

TRATAMIENTO

- ♥ Fototerapia

TIPOS

♥ HIPERBILIRRUBINA DIRECTA

¿QUÉ ES?

La hiperbilirrubinemia directa se refiere al aumento del nivel de bilirrubina en la sangre, específicamente de la bilirrubina conjugada.

ETIOLOGÍA

- Obstrucción de vía biliar extrahepática. Atresia de vías biliares extrahepáticas.
- Alteración intrahepática. Fibrosis quística, hepatitis neonatal idiopática

CLÍNICA

- ♥ Inicio en cara y conjuntivas
- ♥ Descenso a pies
- ♥ En las colestasis, asocia coluria, acolia y hepatoesplenomegalia

♥ HIPERBILIRRUBINA INDIRECTA

¿QUÉ ES?

La hiperbilirrubinemia indirecta es una condición médica en la que los niveles de bilirrubina no conjugada en la sangre están elevados

ETIOLOGÍA

- Aumento de producción.
- Disminuye la conjugación o de la captación hepática.
- Competencia enzimática. De ciertos fármacos o sustancias con el ácido glucurónico.

DIAGNÓSTICO

- ♥ Hydrops fetalis (“aspecto de Buda”).
- ♥ Anemia intensa del RN con aumento de tejido eritropoyético.
- ♥ RN con hemólisis leve e ictericia en las primeras 24 horas de vida.

TRATAMIENTO

- ♥ Determinar grupo y Rh materno
- ♥ Determinación de anticuerpos maternos (test de Coombs indirecto) y cuantificación.
- ♥ Al nacer: Determinar sangre de cordón, grupo, Rh y test de Coombs directo y bilirrubina sérica.

TRATAMIENTO

♥ FETAL

- ♥ Transfusiones intraútero (si inmadurez pulmonar) o finalizar el embarazo.

♥ RN

- ♥ Fototerapia.
- ♥ Exanguinotransfusión con sangre O Rh negativo.

DIAGNÓSTICO

- ♥ Grupo sanguíneo de la madre y el feto,
- ♥ Coombs directo ligera o moderadamente positivo indirecto positivo

TRATAMIENTO

- ♥ Fototerapia
- ♥ Exanguinotransfusión.

CLÍNICA

- ♥ Plétora
- ♥ Ictericia
- ♥ Trombocitopenia
- ♥ Hipoglucemia.

TRATAMIENTO

- ♥ Dieta absoluta
- ♥ Fluidoterapia IV
- ♥ Exanguinotransfusión parcial con suero fisiológico o plasma fresco

COMPLICACIONES

- ♥ Convulsiones.
- ♥ Hipertensión pulmonar.
- ♥ Enterocolitis necrotizante.
- ♥ Insuficiencia renal.

PATOLOGÍA DEL NEONATO

2.5 PATOLOGÍAS METABÓLICAS

FENILCETONURIA

¿QUÉ ES?

Trastorno metabólico, funcional y es la eliminación de fenilalanina por la orina cuando los niveles de ésta en sangre son altos

CLÍNICA

- ♥ Vómitos
- ♥ Temblores
- ♥ Espasmos
- ♥ Erupción cutánea
- ♥ Microcefalia
- ♥ Retraso mental intenso.

TRATAMIENTO

- ♥ Restricción dietética de fenilalanina
- ♥ Aporte de tirosina.

GALACTOSEMIA

¿QUÉ ES?

Enfermedad congénita producida por déficit de alguna de las enzimas que participan en el metabolismo de la galactosa

CLÍNICA

- ♥ Ictericia
- ♥ Vómitos
- ♥ Diarrea
- ♥ Hepatomegalia
- ♥ Letargia
- ♥ Hipotonía
- ♥ Detención del crecimiento
- ♥ Catarata

TRATAMIENTO

- ♥ Dieta exenta de galactosa

HIPOTIROIDISMO CONGENITO

¿QUÉ ES?

Su causa más frecuente es la disgenesia tiroidea (tiroides ectópico)

CLÍNICA

- ♥ Ictericia fisiológica
- ♥ Letargia
- ♥ Apneas e
- ♥ Estreñimiento
- ♥ Persistencia de fontanela posterior abierta al nacer.

TRATAMIENTO

- ♥ Levotiroxina sódica.

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

¿QUÉ ES?

Se considera una concentración de glucosa en sangre venosa anormalmente baja:

CLÍNICA

- ♥ Temblores
- ♥ Apatía
- ♥ Convulsiones
- ♥ Hipotonía
- ♥ Apneas
- ♥ Taquipnea
- ♥ Llanto débil o agudo,
- ♥ Letargia
- ♥ Hipotensión
- ♥ Rechazo del alimento

TRATAMIENTO

- ♥ ASINTOMATICO
 - ♥ Alimentación precoz.
 - ♥ Controles repetidos de glucemia.
- ♥ SINTOMATICO
 - ♥ Administración intravenosa de suero glucosado
 - ♥ Perfusión de mantenimiento

HIPOCALCEMIA

¿QUÉ ES?

- ♥ Calcio sérico <7 mg/dl
- ♥ Calcio iónico <4 mg/dl

CAUSAS

- ♥ Diabetes
- ♥ Hiperparatiroidismo
- ♥ Toxemia

CLÍNICA

- ♥ Tremulaciones
- ♥ Irritabilidad
- ♥ Mioclonias
- ♥ Convulsiones

PATOLOGÍA DEL NEONATO

3.1. ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN EL 1ER AÑO DE VIDA

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA BEIKOST

LACTANCIA ARTIFICIAL

LACTANCIA MATERNA

SÍNDROME DEL BIBERÓN

REGURGITACIÓN

MALA TÉCNICA ALIMENTARIA

ALIMENTOS DEL 6°-7° MES

ALIMENTOS DEL 5°-6° MES

ALIMENTOS DEL 4°-5° MES

PREPARACIÓN DE BIBERONES

VENTAJAS

¿DE QUÉ TRATA O POR QUÉ SE PRODUCE?

¿DE QUÉ TRATA O POR QUÉ SE PRODUCE?

¿DE QUÉ TRATA O POR QUÉ SE PRODUCE?

- ♥ Cereales con gluten
- ♥ carnes

- ♥ Verduras

Remolacha, espinaca, coliflor

- ♥ Frutas

Manzana, pera y plátano

- ♥ Cereales sin gluten

- ♥ Máxima asepsia
- ♥ Preparar por cada 30 cc de agua un cacito raso de leche en polvo.
- ♥ Comprobar que la temperatura sea correcta.
- ♥ Se debe procurar que el niño expulse los gases a lo largo y al final de la toma.

- ♥ Fácilmente disponible.
- ♥ Muy digerible.
- ♥ Disminuye cólicos del lactante y de vómitos.
- ♥ Poco alergénica y estéril
- ♥ Papel inmunógeno.
- ♥ Disminuye el riesgo de atopia
- ♥ Contiene todos los requerimientos nutricionales hasta los 4-6 meses de
- ♥ Aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo

Corrosión del esmalte dental con desarrollo de caries y destrucción de incisivos superiores con la administración precoz de biberón con zumo de frutas.

Retorno a la boca de pequeñas cantidades de alimentos durante la comida o al poco de ésta, sin esfuerzo (esto es, sin náusea).

- ♥ Por exceso o por defecto.
- ♥ La alimentación excesiva aumenta el riesgo de obesidad futura.

ALIMENTOS DEL 13°-14° MES

- ♥ Clara de huevo

ALIMENTOS DEL 10°-11° MES

- ♥ Yema huevo
- ♥ Pescado blanco

ALIMENTOS DEL 8° MES

- ♥ Yogur

HORARIO

- ♥ Cada 3-4 horas

- ♥ Asegurarnos que el pezón se dirija hacia el paladar del niño
- ♥ Que sus labios quedan evertidos
- ♥ Con ángulo de apertura de 160°
- ♥ Con la lengua entre la encía inferior y el pezón.

TÉCNICA

CÓLICOS DEL LACTANTE

¿DE QUÉ TRATA O POR QUÉ SE PRODUCE?

¿DE QUÉ TRATA O POR QUÉ SE PRODUCE?

ALIMENTOS DE 2-3 AÑOS

- ♥ Legumbres

ALIMENTOS DEL 15°-18° MES

- ♥ Pescado azul

TETINAS

Las más recomendadas son las anatómicas. Se deben usar tetinas con orificios grandes, más largas y blandas en niños con labio leporino

TRANSFERENCIA ADECUADA DE LECHE

- ♥ El niño se engancha bien y realiza movimientos rápidos de succión, y una deglución audible.
- ♥ El pecho se ablanda y el niño se retira saciado.
- ♥ El niño recupera el peso del nacimiento en los primeros 15 días de vida.
- ♥ El niño realiza 3-8 deposiciones líquidas amarillas desde el tercer día de vida y entre 4-6 micciones diarias.

RECOMENDACIONES

Tipos de formulas adaptada

CALOSTRO

- ♥ No se debe añadir sal ni azúcar a los alimentos.
- ♥ Tener en cuenta que algunos fármacos deben darse en ayunas o no se pueden mezclar con leche.
- ♥ Para facilitar la toma del fármaco, se podrá mezclar con jarabes edulcorantes o miel.
- ♥ No dar miel hasta el año de vida
- ♥ Ofrecer agua al niño una vez que se introduzca la alimentación complementaria.
- ♥ Suplementar con 400 UI/día de vitamina D desde los primeros días de vida hasta los 12 meses.
- ♥ Suplementar con hierro a todos los RNT sanos que tomen lactancia materna exclusiva

- ♥ FORMULA DE INICIO

Se debe usar en los primeros seis meses de vida.

- ♥ CONTINUACIÓN

Se debe usar entre los 6 meses y el año de edad

- ♥ LECHE DE CRECIMIENTO

Se debe usar entre 1 y 3 años. A partir del año ya se puede introducir la leche de vaca.

Secreción de mamas de la última parte del embarazo y 2-4 primeros días de puerperio.

PATOLOGÍA DEL NEONATO

3.2. ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO

NECESIDADES HIDRICAS Y CALORICAS

REGLA DE HOLLIDAY

¿PARA QUÉ SIRVE?

Para estimar las necesidades basales de líquidos de un niño

ÍNDICE NUTRICIONAL

$$\frac{\text{Peso actual} / \text{Talla actual}}{\text{Peso medio} / \text{Talla media}} \times 100$$

VALORES NORMALES

- ♥ Malnutrición. Inferior a 90.
- ♥ Normal. 90-110.
- ♥ Sobrepeso. 110-120.
- ♥ Obesidad. Superior a 120.

3.3. DOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN NIÑOS

SUPERFICIE CORPORAL

PESO

¿PARA QUÉ SIRVE?

Se utiliza para fármacos tóxicos). Para calcular la dosis pediátrica

FORMULA O REGLA DE 3

$$\text{Dosis pediátrica} = \text{dosis del adulto} \times \left(\frac{\text{superficie corporal del niño}}{\text{superficie corporal del adulto}} \right)$$

Los niños pequeños pueden requerir una dosis por kg superior a los adultos porque su capacidad metabólica es proporcionalmente mayor.

¿PARA QUÉ SIRVE?

Se usa para calcular las dosis expresadas en mg/kg.

BIBLIOGRAFÍA

[*EnfermeriaEP4aEdicion \(1\).pdf](#)