



## **Mi Universidad**

### Cuadro Sinóptico.

*Nombre del Alumno: Julio Cesar Domínguez Costa.*

*Nombre del tema: Patología del neonato y alimentación en la infancia.*

*Parcial: 2.*

*Nombre de la Materia: Patología del niño y del adolescente.*

*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: Quinto 5.*

P  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
Í  
A  
  
D  
E  
L  
  
N  
E  
O  
N  
A  
T  
O

Patología respiratoria

**Inmadurez del centro respiratorio**

Más frecuente en el RN pretérmino. Puede provocar:

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

Clasificación según el mecanismo patogénico.

- Apnea central: Ausencia de esfuerzo inspiratorio.
- Apnea obstructiva: Hay esfuerzo inspiratorio (movimientos respiratorios) pero existe una obstrucción al flujo aéreo.
- Apnea mixta: Por combinación de ambos mecanismos.

**Síndrome de distres respiratorio**

Engloba tres patologías típicas:

- Taquipnea transitoria del RN (típico en RN a término).
- Membrana hialina o dificultad respiratoria tipo I. (típico en RN pretermino).

**Clínica y diagnóstico:**

Presente desde el nacimiento o pocas horas después

Test de Silverman para valorar la gravedad de la clínica, gasometría arterial y radiografía de tórax.

**Tratamiento:**

- Oxigenoterapia
- Dieta absoluta hasta su mejoría

Patología digestiva

**Enterocolitis necrotizante (ECN)**

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 pretermino.

**Factores contribuyentes:**

- Prematuridad: Por la inmadurez de la vascularización intestinal.
- Alimentación precoz con fórmulas artificiales: Hipoxia, bajo gasto, policitemia, fármacos.

**Clínica y diagnóstico:**

Comienza en las dos primeras semanas de vida con distensión y dolor abdominal.

1. RX abdomen.
2. Analítica de sangre.
3. Coprocultivo.

**Tratamiento:**

- Dieta absoluta: colocación de sonda nasogástrica.
- Antibioterapia intravenosa: se intenta un tratamiento médico agresivo para evitar la cirugía.

**Ictericia neonatal**

Llamamos ictericia al signo consistente en coloración amarillenta de la piel y mucosas producida por aumento de los niveles plasmáticos de bilirrubina.

**clínica:**

Inicio en cara y conjuntivas y descenso progresivo hasta los pies a medida que aumenta los niveles (cuando llega hasta los pies la cifra estimada es de 20 mg/Dl). En colestasis, la ictericia asocia coluria, acolia y hepatoesplenomegalia.

**Exanguinotransfusión total:**

Intercambio de la sangre del RN por sangre fresca a través de la vena umbilical para disminuir los niveles de bilirrubina sérica. Debe hacerse lentamente.

Al realizar muestras séricas de control se deben realizar sin estar expuestos a la luz ultravioleta.

**Trastornos hematológicos del RN**

**Enfermedad hemolítica del RN**

**Incompatibilidad de Rh**

Hemólisis de los hematíes fetales por Ac transplacentarios maternos anti-Rh, en el 90% de los casos anti-antígeno D.

**Patogenia**

La incompatibilidad de Rh es consecuencia en la pareja formada por un hombre que tiene el Ag D (Rh positivo) y una mujer que carece del mismo (Rh negativo), gestante de un feto Rh positivo.  
La isoinmunización Rh es consecuencia de la entrada en la circulación de un gestante Rh negativo de hematíes fetales Rh positivo, produciéndose la formación de anticuerpos maternos.

**Tratamiento:**

- **Fetal:** Transfusiones intrauterino (si inmadurez pulmonar) o finalizar el embarazo.
- **Rn:** En casos leves bastara con fototerapia. Si existe anemia moderada o grave, exanguineotransfusión.

**Enfermedad hemorrágica del RN**

Se debe a la falta de vitamina K (interviene en la coagulación sanguínea). Curva con sangrado cutáneo, digestivo e intracraneal. Hoy en día excepcional, por la profilaxis universal del RN, administrando vitamina K intramuscular.

**clínica:**

Plétora: piel del RN roja oscura, mucosa eritematosa y palmas y plantas de los pies enrojecidas. Puede asociarse a ictericia (el exceso de hematíes que contienen hemoglobina se hemolizan dando lugar al acumulo de bilirrubina), trombocitopenia e hipoglucemia.

**Tratamiento:**

Dieta absoluta y fluidoterapia intravenosa hasta que descendan los niveles. En casos graves, exanguineotransfusión parcial con suero fisiológico o plasma fresco.

**Patologías metabólicas**

**Fenilcetonuria**

Es un trastorno metabólico y funcional (EIR). El déficit congénito de la enzima fenilalanina hidroxilasa o de su cofactor, tiene como consecuencia la elevación de fenilalanina interfiere en el transporte cerebral de otros aminoácidos (tirosina, triptófano).

**Clínica y tratamiento:**

Vómitos, temblores, espasmos, erupción cutánea, microcefalia y retraso mental intenso.  
Restricción dietética de fenilalanina en cuanto se conozca el diagnostico (EIR), asegurando aporte suficiente para el desarrollo neurológico y crecimiento, pues es un aminoácido esencial (el organismo no lo produce) necesario para la síntesis proteica. Se debe asegurar también el aporte de tirosina.

**Galactosemia**

Enfermedad congénita producida por déficit de alguna de las enzimas que participan en el metabolismo de la galactosa (monosacárido), que tiene como consecuencia elevadas concentraciones de la misma en sangre, acumulándose en hígado, riñón, y cerebro.

**clínica:**

Ictericia, vómitos y diarrea, hepatomegalia, letargia, hipotonía, detención del crecimiento, cataratas. Si no se suspende el aporte de galactosa, la enfermedad progresa rápidamente y causa cirrosis e insuficiencia hepática, daño renal, y retraso psicomotor severo.

**Tratamiento:**

Dieta exenta de galactosa. La lactosa (productos lácteos) es la principal fuente de galactosa, la lactancia materna está contraindicada.

A  
L  
I  
M  
E  
N  
T  
A  
C  
I  
Ó  
N  
E  
N  
L  
A  
I  
N  
F  
A  
N  
C  
I  
A

**Lactancia materna (LM)**

La lactancia materna supera a la lactancia artificial por sus ventajas:

- Fácilmente disponible.
- Muy digerible.
- Disminuye la incidencia de cólicos del lactante y de vómitos.
- Poco alergénica y estéril (no contiene bacterias contaminantes).
- Papel inmunogéno: Transmite anticuerpos y macrófagos. Además, disminuye el riesgo de atopia (eccema atópico, etc).
- Contiene todos los requerimientos nutricionales hasta los 4-6 meses de vida (excepto Flúor y vitamina K), momento en el que habrá que suplementar algunos que se vuelven insuficientes (especialmente hierro).
- Aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo.

Estimulo más satisfactorio para la secreción de leche es el vaciado regular y completo de las mamas.

**Calostro**

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

Es sustituido por una leche de transición hasta el establecimiento de la leche madura a las 3-4 semanas.

La lactancia materna se establece a demanda del niño, con un intervalo no superior de 3 h en las primeras semanas.

**Contraindicaciones de la LM**

- Infección por VIH.
- Infección primaria por CMV.
- Infección por VHB sin profilaxis del niño.
- TBC activa no tratada.
- Enfermedades graves maternas: (sepsis, nefritis, eclampsia, hemorragia grave, fiebre tifoidea, cáncer de mama, paludismo, malnutrición crónica, trastornos psiquiátricos graves).
- Contraindicaciones medicas del RN: Enfermedades metabólicas que precisan control de la dieta.

**Lactancia infantil**

**Preparación de biberones**

- Máxima asepsia (lavado de manos previo, biberón, tetinas, etc.).
- 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.

**Horarios y tetinas:**

Cada 3-4 horas.

Las más recomendables son las anatómicas. Se deben usar tetinas con orificio grandes, más largas y blandas en niños con labio leporino (EIR).

**Tipos de fórmulas adaptables**

- Formula de inicio: Se debe usar en los primeros seis meses de vía.
- Formula de continuación: se debe usar entre los 6 meses y el año de edad. Posee mayor valor energético y proteico.
- Leche de crecimiento o junior: Se debe usar entre 1 y 3 años. A partir del año ya se puede introducir la leche de vaca.
- Leches especiales: Leches usadas en determinadas enfermedades (hidrolizados, sin lactosa, etc.)