

Mi Universidad

Super nota

Nombre del Alumno: Ana Paola Lopez Hernández,

Nombre del tema: El recién nacido prematuro

Parcial: 4to.. parcial

Nombre de la Materia: Patología del niño y adolescente

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5to.cuatrimestre

Fecha y lugar de trabajo:07/04/2024

EL RECIEN NACIDO PREMATURO



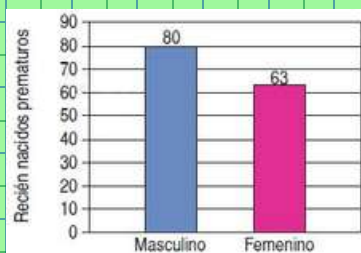
DEFINICION

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación², siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días .

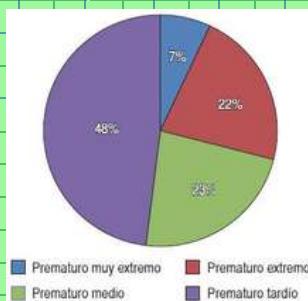


INCIDENCIA

En los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE)³ de los últimos 10 años, la tasa de prematuridad global varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%, a los que debe añadirse el infraregistro producido por nuestra legislación.



El nacimiento de preterminos con E.G inferior a 32s. se mantiene relativamente estable y variando entre el 1 y 2 % del total de nacimiento



Nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos en América Latina

Ran.	País	% nacimientos prematuros
1	Costa Rica	13,6
2	El Salvador	12,8
3	Honduras	12,2
4	Belice	10,4
5	Uruguay	10,1
6	Nicaragua	9,3
7	Brasil	9,2
8	Bolivia	9,0
9	Colombia	8,8
10	Panamá	8,1
11	Venezuela	8,1
12	Argentina	8,0
13	Paraguay	7,8
14	Guatemala	7,7
15	Perú	7,3
16	México	7,3
17	Chile	7,1
18	Cuba	6,4
19	Ecuador	5,1

Fuente: Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Factores de riesgo asociados a partos prematuros

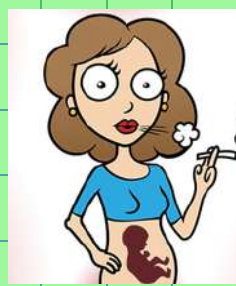
ETIOLOGIA

La mayor parte de los prematuros son nacidos tras la presentación de un parto preterminoespontáneo o nacido tras amniorrexis prematura (>50%).



Situación socioeconómica desfavorable

Tabaquismo materno



Raza negra aislada



gestación múltiple espontánea



Incidence de gemelos o tripletes



Complicaciones maternas y fetales

- Edad avanzada o adolescente
- Diabetes
- IMC
- Hipertensión arterial
- Trombofilias
- Embarazo múltiple

CONDUCTA PERINATAL INMEDIATA

El parto debe tener lugar en un ambiente hospitalario, preferentemente programado con presencia de neonatólogo y enfermera experta.



EL RECIEN NACIDO PREMATURO



PATOLOGIA PREVALENTE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO

La patología prevalente del pretermino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria; con frecuencia el test de Apgar es bajo y necesita reanimación neonatal.

COMPLICACIONES DE UN BEBÉ PREMATURO



PATOLOGIA RESPIRATORIA

La función pulmonar del pretermino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolocapilar.

LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA ES LA PRIMERA CAUSA DE MORBI-MORTALIDAD DEL PRETERMINO Y VIENE REPRESENTADA POR EL DISTRES RESPIRATORIO POR DÉFICIT DE SURFACTANTE O ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA,

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (ANTES "ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA").

¿QUÉ ES? Patología respiratoria neonatal debida a surfactante deficiente en calidad y cantidad.

FACTORES DE RIESGO: PREMATUREZ, asfisia perinatal, diabetes materna, ausencia de trabajo de parto, ausencia de esteroides prenatales, sexo masculino, raza blanca.

DATOS CLÍNICOS: Taquipnea, dificultad respiratoria (quejido espiratorio). Con o sin cianosis, estertores finos, ruidos respiratorios disminuidos.

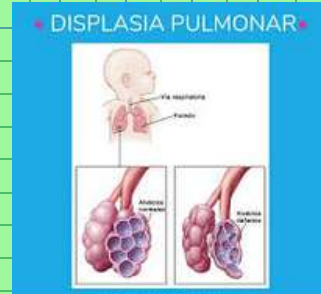
Inicio al nacimiento o en las primeras horas. Empeora en 1-3 días. Posteriormente mejora.

GASOMETRIA: Hipoxemia, Normocapnia o hipercapnia, Acidosis respiratoria (inicial) o metabólica (tardía).

¡No te as, tranquilo que tu chiquito!

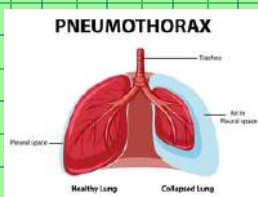


DISPLASIA BRONCOPULMONAR

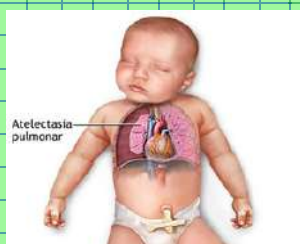


OTRAS PATOLOGIAS NEUMOPATICAS:

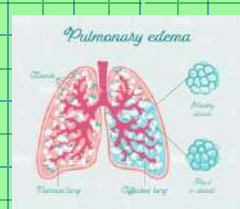
NEUMOTORAX



ACTELECTASIA



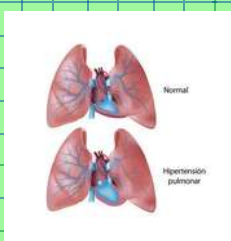
EDEMA DE PULMON



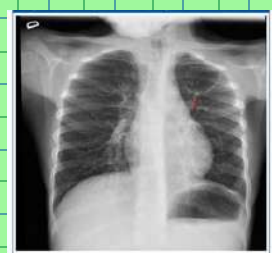
ENFISEMAS INTERSTICIAL



HIPERTENSION PULMONAR



NEUMATOCELES



LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES PRENATALES Y EL USO DEL SURFACTANTE EXÓGENO DE ORIGEN BOVINO O PORCINO SON DOS TERAPIA DE EFICACIA PROBADA,

EL USO DE CAFÉINA NO SOLO MEJORA LAS APNEA DEL PRETERMINO SINO ADEMÁS SE HA MOSTRADO EFICAZ PARA REDUCIR LA TASA DE LA BRONCODISPLASIA Y LA SUPERVIVENCIA LIBRES DE SEQUELAS DEL DESARROLLÓ NEUROLÓGICO.



LA OXIGENOTERAPIA CON OBJETIVOS DE SATURACIÓN RESTRINGIDOS, PARECE CONTRIBUIR A UNA REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA EN LA INCIDENCIA DE RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD Y ALA INTEGRIDAD DE MECANISMOS ANTIOXIDANTES EN LOS RECIÉN NACIDOS DE RIESGO.



EL RECIEN NACIDO PREMATURO

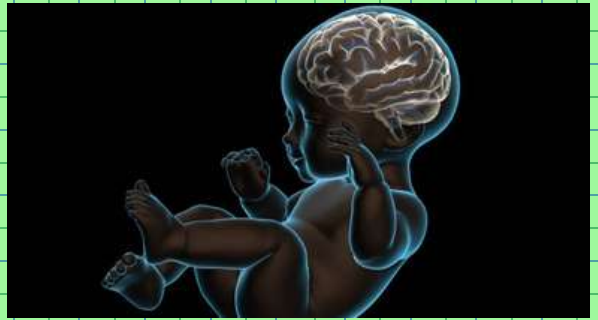


PATOLOGIA NEUROLOGICOS

La inmadurez es la constante del SNC del pretermino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija.:

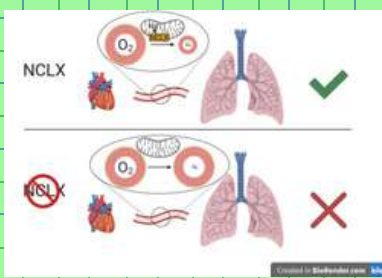


LA ESTRUCTURA ANATÓMICA ESTA CARACTERIZADA POR LA FRAGILIDAD DE LA ESTRUCTURA VASCULAR A NIVEL DE LA MATRIZ GERMINAL Y ES CASA MIGRACIÓN NEURONAL, POBRE MIELINIZACIÓN DE LA SUSTANCIA BLANCA Y CRECIMIENTO EXPONENCIAL DE LA SUSTANCIA GRIS.



ALGUNOS SON:

SUSCEPTIBILIDAD A LA HIPOXIA



LEUCOMALACEA PERIVENTRICULAR



OFTALMOLOGICOS

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pretermino y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pretermino (ROP) La tasa de ROP es desciende conforme aumenta la EG; las formas severas aparecen con EG inferior a 28 semanas y pesos inferior a 1000gr.:

Tamizaje de la Retinopatía del Recién Nacido Prematuro (ROP)

ESTADIO	ZONA I	ZONA II	ZONA III	EXAMEN EN DOS SEMANAS
INMADURO				EXAMEN EN DOS SEMANAS
ESTADIO I				EXAMEN EN UNA SEMANA
ESTADIO II				TIPO 2 EXÁMENES EN 3 O 4 DIAS
ESTADIO III				TIPO 1 TRATAMIENTO EN MENOS DE 48 HRS

Fuente: Programa de Cero a Siempre (Colombia 2016)

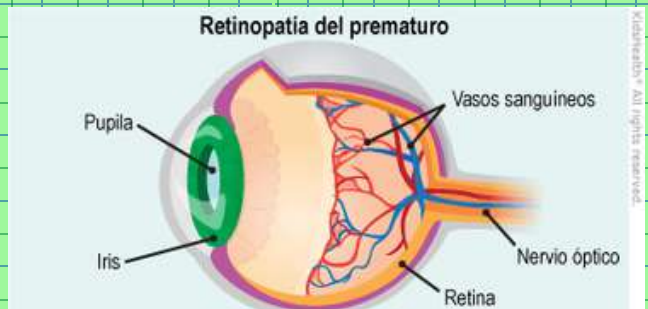
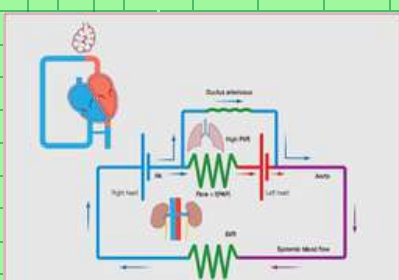


Tabla 1. Incidencia de retinopatía del prematuro (ROP) según cantidad de prematuros nacidos por año

Años	No. de prematuros	Retinopatía del prematuro	%
2006	18	3	16,7
2007	19	3	15,8
2008	11	4	36,4
2009	8	2	25,0
2010	19	5	26,3
2011	14	1	7,1

CARDIOVASCULARES:

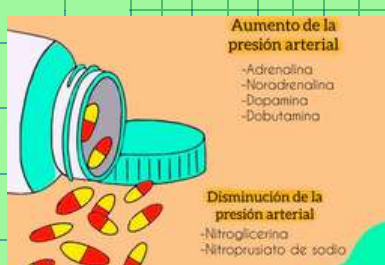
HIPOTENSION ARTERIAL



PERSISTENCIA DEL DUCTUS ARTERIOSO (PDA)



TRATAMIENTO



EL RECIEN NACIDO PREMATURO

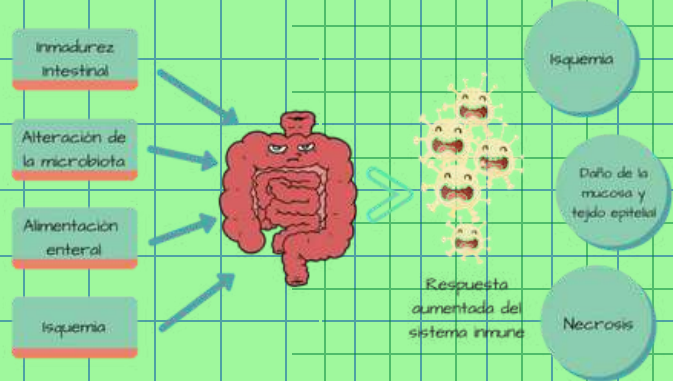


GASTROINTESTINALES:

La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas;



- Regurgitación del lactante:**
 - >2 regurgitaciones al día al menos por 3 semanas.
 - Ausencia de náuseas, aspiración, apneas, hematemesis, dificultad para la alimentación o deglución, posturas anormales, fallas de crecimiento.
- Cólico del lactante:**
 - Crisis de llanto o irritabilidad paroxísicas que comienzan y cesan sin causa aparente.
 - Duración de 3 o más horas, ocurren más de 3 veces por semana, mínimo una vez por semana.
 - No hay falla de crecimiento.
- Disquecia infantil:**
 - Episodios de esfuerzos y llanto por 10 minutos antes de lograr deposiciones blandas.
 - Ausencia de otros problemas de salud.



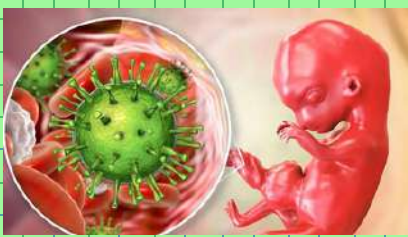
INMUNOLOGICOS:

El sistema inmune del recién nacido pretermino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos.



INFECCIONES ANTENATALES DE ORIGEN VIRICO:

CITOMEGALOVIRUS



HERPES

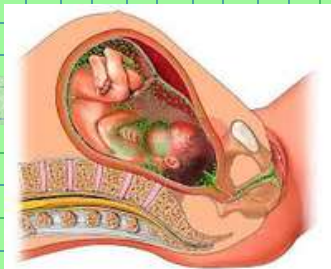


RUBEOLA

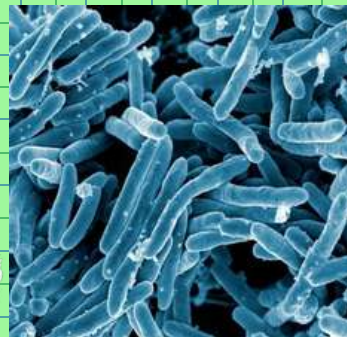


BACTERIANO

LUES



TUBERCULOSIS



PARASITARIO

TOXOPLASMOSIS



La inmunidad específica, muestra una disminución de Ig G que es de transferencia materna, con práctica ausencia de Ig A e Ig M; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente

EL RECIEN NACIDO PREMATURO



METABOLISMO:

La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquilotermodinámica con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia.



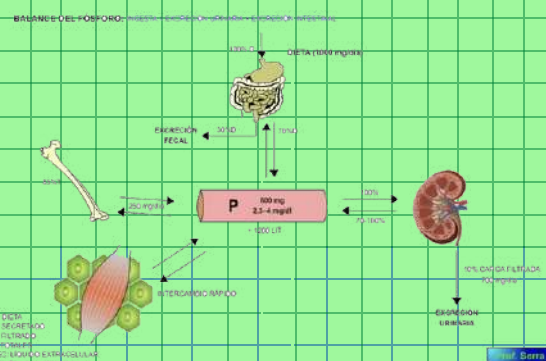
METABOLISMO HIDROSALINO

El agua representa más del 80% del peso corporal del recién nacido pretermo, que es portador de inmadurez renal que le impide la reabsorción correcta del sodio y agua filtrada, junto con incompetencia para la excreción de valencias ácidas y el adecuado equilibrio de la excreción de fósforo y calcio.



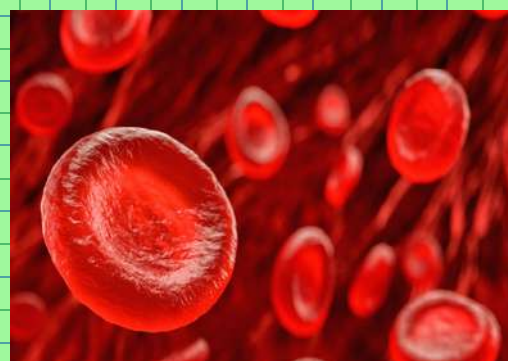
METABOLISMO CALCIO FOSFORICO

El agua representa más del 80% del peso corporal del recién nacido pretermo, que es portador de inmadurez renal que le impide la reabsorción correcta del sodio y agua filtrada, junto con incompetencia para la excreción de valencias ácidas y el adecuado equilibrio de la excreción de fósforo y calcio.

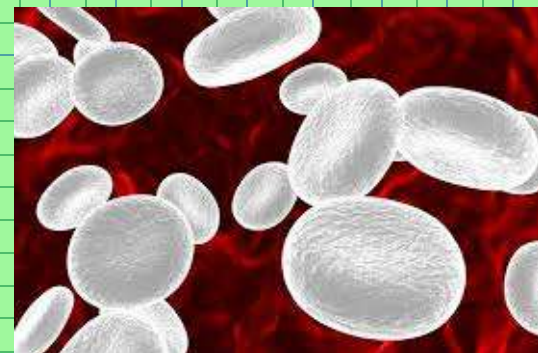


HEMATOLOGICOS

La serie roja del pretermo tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. Se produce un descenso progresivo de los hematíes, producida por la hemólisis fisiológica sumada a las extracciones hemáticas repetidas.



La serie blanca del recién nacido pretermo es muy variable y sus alteraciones no son específicas. Una leucocitosis importante puede estar relacionada con la administración de corticoides prenatales o una leucopenia con la involución placentaria precoz.



ANEMIA TARDIA , MAS ALLA DE LOS 15 DIAS



EL RECIEN NACIDO PREMATURO



ENDOCRINOS:

TIROIDES

se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente; Así mismo en preterminos gravemente enfermos se puede producir un hipotirocinemia transitoria. Debe realizarse un cribaje tiroideo a los 3 días de vida y repetirlo con un mes de intervalo, como practica asistencial rutinaria.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL TIROIDES

LEONOR LIQUETE ARAUZO



Tiroides: glándula que produce hormonas tiroideas. Las hormonas tiroideas son como el regulador de la velocidad del cuerpo. Si fallan todo se ralentiza (el corazón, el cerebro, el crecimiento...etc).

Las enfermedades congénitas del tiroides Son un grupo de padecimientos causados por la ausencia o mala función de la hormona tiroidea. Dan clínica desde los primeros años de vida.

-Hay 3 grupos:

A. Hipotiroidismo congénito primario: El tiroides no existe o funciona mal.

B. Hipotiroidismo hipotálamo-hipofisario: El tiroides funciona pero falla otra estructura que está en el cerebro (hipotálamo ó hipófisis) de las que depende.

C. Periférico: El tiroides funciona pero el cuerpo no reconoce las hormonas tiroideas y no hacen efecto.

CLINICA:

- *Si no se diagnostica al nacer, el bebé tendrá
- Ictericia (tono amarillo de la piel) prolongada,
- lengua grande
- Sueño excesivo
- Dificultad para comer
- Llanto ronco
- Estreñimiento muy intenso, etc.



-*Si es causado por fallo del hipotálamo-hipófisis: además de lo anterior tendrá azúcar bajo, micropene...
+Si no se trata pronto, será causa talla baja y retraso mental.
+Los periféricos. suelen tener tiroides grande

DIAGNÓSTICO

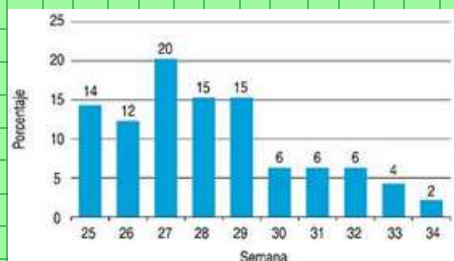


TRATAMIENTO

- Levotiroxina oral
- A los 3 años se reevalua si necesita continuar con el tratamiento

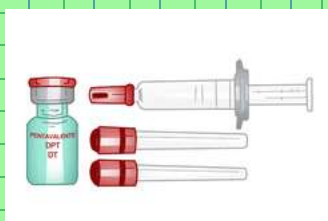
PRONOSTICO

En los datos del 2006 (9) la mortalidad varia según el peso y la edad gestacional, alcanzando en los extremos mortalidad superior al 90% para los preterminos con E.G. de 24 s que desciende conforme avanza la EG, a las 28s. es del 13% e inferiores al 7% con EG superior a 29-30 s.



VACUNACIONES DEL PRETERMINO

Los niños prematuros, como regla general, deben recibir las vacunas a la misma edad cronológica y con las mismas pautas y dosis que sus coetáneos, cualquiera que sea su edad gestacional.



DECÁLOGO DE VACUNACIÓN del Recién Nacido Prematuro (RNPre)

- 1. MISMA ESQUEMA QUE EL RECIEN NACIDO A TÉRMINO (RNT)**
La respuesta inmunológica a las vacunas en los RNPre es similar a la obtenida en el recién nacido a término.
- 2. VACUNACIÓN SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA**
El prematuro debe ser vacunado de acuerdo a su edad cronológica, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacimiento.
- 3. VACUNACIÓN EN RNPre CLINICAMENTE ESTABLES**
Los RNPre que permanecen ingresados deben estar clínicamente estables en el momento de la vacunación.
- 4. VACUNACIÓN EN UNIDAD NEONATAL**
NO SE DEBE RETRASAR la vacunación por estar ingresado, se administrarán todas las vacunas en el hospital.
- 5. EVITAR RETRASOS**
Es sumamente importante iniciar la vacunación a los 2 meses, si fuera preciso se administrarán todas las vacunas en el hospital.
- 6. LAS VACUNAS SON SEGURA Y EFICAZES EN RNPre**
La seguridad de las vacunas en los RNP es alta y la reactividad es similar a la de los recién nacidos a término.
- 7. VACUNACIÓN BCG**
BCC se recomienda aplicar al recién nacido de 34 semanas en adelante.
->34 semanas: pueden ser vacunados al nacimiento y la respuesta será similar a los RNT.
->34 semanas: la vacunación no se debe diferir si hay riesgo alto de exposición a TB.
- 8. LA DOSIS DE CADA VACUNA ES LA MISMA A LA EMPLEADA EN UN RNT**
No hay fundamento para el uso de dosis reducida o fraccionada y, por el contrario, esta práctica puede dar lugar a una respuesta inmune inadecuada.
- 9. INMUNIZACIÓN PASIVA**
Prevención pasiva con anticuerpos monoclonales contra VSR (virus sincitial respiratorio)
- 10. VACUNACIÓN A FAMILIA**
La completa inmunización de las personas que conviven con el RNPre en el domicilio es obligada. Todos, niños y adultos, deben tener al día los calendarios de vacunación.

La vacunación frente a hepatitis B, puede ser menos protectora, por lo que se demora su administración hasta que el niño tenga 2 meses de edad o supere los 2000 gr.

SE RECOMIENDA LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL A PARTIR DEL 6º MES DE VIDA.

BIBLIOGRAFIA

CHROME-

EXTENSION://EFAIDNBMNNIBPCAJPCGLCLEF
INDMKAJ/HTTPS://WWW.AEPED.ES/SITES/DE
FAULT/FILES/DOCUMENTOS/8_1.PDF