

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL NEONATO

Guía de Trabajo



VISIÓN

Al 2021 ser la mejor universidad para el Perú y el mundo en el contexto de la Cuarta Revolución Industrial.

MISIÓN

Somos una organización de educación superior dinámica que, a través de un ecosistema educativo estimulante, experiencial y colaborativo, forma líderes con mentalidad emprendedora para crear impacto positivo en el Perú y en el mundo.

Universidad Continental

Material publicado con fines de estudio

Código: ASUC 01390



Presentación

La presente guía de trabajo de la asignatura de **ENFERMERÍA DEL CUIDADO DEL NEONATO** es un instrumento creado para orientar al estudiante en el desarrollo de las sesiones de clases y que contiene información para el correcto y provechoso desempeño de las actividades académicas sobre todo propiciando el aprendizaje colaborativo en el aula de clases.

Los autores



ÍNDICE

1	ENFERMERIA EN EL DEL CUIDADO DEL NEONATO	I	
2	VISIÓN – MISIÓN	II	
3	PRESENTACIÓN	III	
UNIDAD 1			
	GUÍA N° 1 – 1 SEMANA :	ANÁLISIS DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NEONATAL EN EL PERÚ	5
	GUÍA N° 2 – 2 SEMANA:	MUERTES NEONATALES: - REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD DE RECIÉN NACIDOS. - VIGILANCIA DE LA SALUD NEONATAL	6
	GUÍA N° 3- 2 SEMANA :	ÉTICA EN LA ATENCIÓN NEONATAL	17
	GUÍA N° 4 – 3 SEMANA:	DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO – NIÑO	23
UNIDAD 2			
	GUÍA DE VIDEO N° 1 – 4sem	ATENCIÓN INMEDIATA Y MEDIATA DEL RECIÉN NACIDO	45
	GUÍA N° 5 – 4 SEMANA:	CONTACTO TEMPRANO PIEL A PIEL ENTRE LAS MADRES Y SUS RECIEN NACIDOS SANO.	47
	GUÍA N° 6 – 5 SEMANA:	EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO	52
	ESTUDIO DE CASO 1 – 5 SEMANA:	RECIÉN NACIDO PREMATURO	58
	GUÍA N°7 – 6 SEMANA:	EL RECIEN NACIDO POSMADURO	60
	GUÍA DE VIDEO N°2 – 7 SEMANA:	TERAPIA FARMACOLOGICA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	63
UNIDAD 3			
	GUÍA N° 8 –8 SEMANA:	ALTERACION DE LA TERMOREGULACION EN EL RECIEN NACIDO	64
	GUÍA N° 9 –9 SEMANA:	SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL DEL RECIEN NACIDO	72
	Guía N° 10 – 9 SEMANA:	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS	78
	ESTUDIO DE CASO 1 – 10 AVA SEMANA	ICTERICIA NEONATAL	83
	Guía N° 11 – 10 AVA SEMANA:	ENFERMEDAD HEMORRAGICA DEL RN.	85
	Guía N° 12 – 11 AVA SEMANA:	SEPSIS NEONATAL	92
UNIDAD 4			
	Guía N° 13 – 12 AVA SEMANA:	ANO IMPERFORADO.	97
	Guía N° 14 – 13 AVA SEMANA:	: ESTENOSIS PILÓRICA	100
	Guía N° 15 – 13 AVA SEMANA:	MIELOMENINGOCELE – ESPINA BIFIDA	104
	Guía N° 16 – 14 AVA SEMANA:	ONFALOCELE	110
	Guía N° 17 – 14 AVA SEMANA:	HIDROCEFALIA	114
	Guía N° 18 – 15 AVA SEMANA:	: LABIO LEPORINO	121



PRIMERA UNIDAD

GUIA DE N°1

1. TEMA: “Análisis de los lineamientos de política neonatal en el Perú”

2. PROPÓSITO:

Analiza y discute sobre lineamientos de política neonatal en el Perú

3. MATERIALES:

Power de la clase

4. Instrucciones:

- Revisar el power de la clase de lineamientos de política neonatal en el Perú" individualmente
- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, analizar y comentar los cuadros estadísticos que se encuentran en las diapositivas
- Exposición en grupos
- Formulación de preguntas y conclusiones.

5. Glosario

6.- DESCRIPCIÓN DEL TEMA:

ANALISIS SITUACIONAL DE LA SALUD NEONATAL NACIONAL Y REGIONAL

7. Bibliografía

- Fuente: - Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 03 - 2020
- Muerte materna según clasificación preliminar Perú comparativo hasta la SE 03 del año 2014* al 2020*



GUIA DE LECTURA N°2-A

TEMA: MUERTES NEONATALES

Reducción de la mortalidad de recién nacidos

1. PROPÓSITO:

Analizar, identificar la reducción de la mortalidad de recién nacidos con el propósito de contar con una visión más amplia sobre la mortalidad neonatal.

2. INSTRUCCIONES:

- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO:

- Datos y cifras de la mortalidad del recién nacido
- Causas de la mortalidad del recién nacido.

4. DESCRIPCIÓN DEL TEMA:

Reducción de la mortalidad de recién nacidos

Datos y cifras

- Casi el 45% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal.
- Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida.
- En los países en desarrollo, casi la mitad de las madres y recién nacidos no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto.
- Hasta dos tercios de fallecimientos de recién nacidos pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida.

La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

La atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período postnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido, y permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud. Además, la OMS y el UNICEF recomiendan ahora que un profesional de la salud



calificado realice una visita a domicilio durante la primera semana de vida de un niño para mejorar su supervivencia. Los nacidos en circunstancias especiales, como con bajo peso al nacer, los hijos de mujeres seropositivas al VIH, o los bebés enfermos, requieren cuidados adicionales y deben ser ingresados en un hospital.

Causas

Los fallecimientos de recién nacidos, o neonatos, constituyen el 45% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de los fallecimientos de neonatos (el 75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas.

Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad.

Estrategia de prevención: atención de salud profesional en el hogar

Hasta dos de cada tres fallecimientos de recién nacidos podrían evitarse mediante la aplicación por profesionales de la salud calificados de medidas sanitarias eficaces en el parto y durante la primera semana de vida.

Las visitas domiciliarias de un profesional de la salud calificado inmediatamente después del parto es una estrategia sanitaria que puede aumentar las tasas de supervivencia de los recién nacidos. La estrategia ha logrado, en situaciones de mortalidad alta, reducir eficazmente la mortalidad de recién nacidos y mejorar prácticas sanitarias clave de atención a los recién nacidos. Aunque los partos en el hogar son muy comunes en países en desarrollo, en estos países solo el 13% de las mujeres reciben atención postnatal en las primeras 24 horas. Muchas mujeres que dan a luz en centros de salud se enfrentan a obstáculos financieros, sociales o de otro tipo que les impiden regresar al centro a recibir atención postnatal. Los primeros días de vida son los más críticos para la supervivencia de los recién nacidos.

Deben realizarse visitas a domicilio en los días uno y tres de la vida de un recién nacido y, de ser posible, debe realizarse una tercera visita antes de que cumpla una semana de vida (día siete).

Recién nacidos

Durante las visitas a domicilio, los profesionales de la salud calificados deben realizar las actividades siguientes:

- Fomentar y apoyar la lactancia materna temprana (en la primera hora tras el nacimiento) y la alimentación del bebé exclusivamente con leche materna;
- Ayudar a mantener al recién nacido caliente (fomentando el contacto directo del lactante con la piel de su madre);
- Fomentar la higiene del cordón umbilical y de la piel;
- Examinar al bebé para comprobar si presenta signos de problemas graves de salud, y aconsejar a las familias que recaben atención de salud inmediata en caso necesario (son signos de peligro los problemas de alimentación del recién nacido, o si presenta actividad reducida, dificultad respiratoria, fiebre, convulsiones, o frialdad al tacto);
- Fomentar el registro del nacimiento del niño y su vacunación oportuna siguiendo el programa nacional de vacunación;
- Detectar y atender a los recién nacidos que necesitan cuidados adicionales (por ejemplo, los que tienen bajo peso al nacer, están enfermos o son hijos de una mujer infectada por el VIH); y



- Si es posible, proporcionar tratamiento a domicilio de infecciones locales y de algunos problemas de alimentación.

Recién nacidos con mayor riesgo

Algunos recién nacidos requieren atención y cuidados adicionales durante las visitas a domicilio para reducir al mínimo los riesgos para su salud.

- Niños con bajo peso al nacer;
- Mayor atención al mantenimiento de la temperatura corporal del recién nacido, incluido el mantenimiento del contacto directo con la piel de la madre inmediatamente después del nacimiento, durante al menos una hora, a no ser que existan motivos médicos justificados para retrasar dicho contacto;
- Asistencia para el inicio de la lactancia materna en la primera hora tras el nacimiento, por ejemplo ayudando a la madre a expulsar leche del pecho para alimentar al niño con biberón en caso necesario. (Los recién nacidos incapaces de alimentarse con biberón deben ser ingresados en un hospital.);
- Atención extra a la higiene, sobre todo a la higiene de las manos;

Atención extra a los signos de peligro para la salud y la necesidad de cuidados;

- Apoyo adicional a la lactancia materna y al seguimiento del crecimiento.
Recién nacidos enfermos:
- Se debe ayudar a las familias de recién nacidos con enfermedades graves a encontrar un hospital o centro sanitario que atienda al RN.
- Una enfermera, médico o profesional de la salud calificado debe tratar las infecciones de los recién nacidos (por ejemplo, con inyecciones de antibióticos).

Recién nacidos de mujeres infectadas con el VIH:

- Administrar a las madres y los recién nacidos un tratamiento antirretrovírico (TAR) preventivo para evitar las infecciones oportunistas.
- Análisis del VIH a los lactantes y atención a los niños expuestos.
- Información y apoyo a las madres en materia de alimentación de los lactantes. (Los profesionales sanitarios comunitarios deben conocer cuestiones especializadas relativas a la alimentación de los lactantes. Muchos recién nacidos infectados por el VIH nacen prematuramente y son más susceptibles a las infecciones).

Respuesta de la OMS

La OMS y sus asociados coinciden en que un principio fundamental de la labor de protección de la salud de la madre, el recién nacido y el niño es el acceso vitalicio a la atención de salud: una continuidad asistencial que comienza con la atención a la madre mucho antes del embarazo (durante su niñez y adolescencia) y continúa durante el embarazo y el parto. La continuidad asistencial comienza de nuevo con cada nacimiento, con la prestación de los cuidados pertinentes al recién nacido. Los cuidados pueden prestarse, en función de las necesidades, en el hogar y la comunidad, o bien en dispensarios de salud y hospitales.

5.-Contesta las preguntas:

- 1.- ¿Diga usted los Datos y cifras reducción de la mortalidad de recién nacidos?



.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.- ¿Cuáles son las causas de mortalidad de los recién nacidos?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3 ¿Qué actividades debe desarrollar la enfermera en las visitas domiciliarias al recién nacido?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Referencias bibliográficas y/o enlaces recomendados

- Presentación Estudio Countdown al 2015: lecciones aprendidas para los Objetivos de desarrollo sustentable (ODS) Cesar Victora - Universidad Federal de Pelotas, Brasil.



GUIA N°2-B

TEMA: MUERTES NEONATALES

VIGILANCIA DE LA SALUD NEONATAL

1. PROPÓSITO:

Explicar el proceso de vigilancia epidemiológica peri-neonatal para evitar las muertes neonatales

2. IINSTRUCCIONES:

En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
Subrayar los datos más importantes
Luego responden en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO:

- Neonato
- Vigilancia epidemiológica
- Muerte fetal
- Muerte neonatal
- Edad gestacional
-

4. PRESENTACIÓN DEL TEXTO /LECTURA

VIGILANCIA DE LA SALUD NEONATAL



El proceso de vigilancia epidemiológica peri-neonatal es el proceso sistemático y continuo de notificación, recolección y análisis de datos correspondientes al periodo perinatal y neonatal que permita generar información oportuna, válida y confiable para establecer prioridades respecto a los problemas de salud peri-neonatal, tomar decisiones sobre políticas, asignar recursos y determinar las intervenciones. Tiene la finalidad de monitorear los progresos de las intervenciones para la reducción de la morbilidad y mortalidad peri-neonatal que desarrolla el



Ministerio de Salud y dada la necesidad de contar con información confiable y oportuna que posibilite una aproximación a la magnitud real del problema en esta etapa de vida de la niña o niño y así orientar la toma de decisiones en el nivel local, regional y nacional, la DGE decide implementar el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal (SNVEPN).

En abril del 2009 se aprueba la Norma Técnica Sanitaria 078-MINSA/DGE "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal; los objetivos de este subsistema de vigilancia epidemiológica son:

1. Determinar la magnitud, tendencias y causas de la mortalidad peri-neonatal.
2. Determinar la magnitud de las principales complicaciones neonatales en los recién nacidos admitidos al sistema hospitalario.
3. Promover el desarrollo de investigaciones epidemiológicas para la identificación de los determinantes de las muertes peri-neonatales, comportamiento epidemiológico y factores determinantes para establecer intervenciones de salud pública que contribuyan a su reducción.
4. Evaluar los resultados de las medidas de intervención sanitaria en salud materna y peri-neonatal.

1.1 ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA

1.1.1 VIGILANCIA UNIVERSAL DE LA MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL:

Establece la notificación nominal, semanal y obligatoria de las muertes fetales y neonatales ocurridas en un establecimiento de salud o en la comunidad y la realizan todos los establecimientos de salud. Se consideran todas las defunciones con peso igual o mayor a 500 gramos o desde las 22 semanas de gestación, se da las definiciones de caso:

a) MUERTE FETAL

Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como



latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

b) MUERTE NEONATAL

Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.

1.1.2 VIGILANCIA CENTINELA BASADA EN HOSPITALES

Establece la notificación la notificación mensual de complicaciones neonatales (asfixia del nacimiento, dificultad respiratoria y sepsis bacteriana del recién nacido) e indicadores hospitalarios de la respuesta de la atención obstétrica y neonatal.

1.1.3 INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Está destinada a la medición de eventos relacionados con la implementación del paquete articulado de intervenciones efectivas para la reducción de la mortalidad neonatal.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD NEONATAL

Las estructuras de las variables comprenden aspectos propios del certificado de defunción, como causa de muerte, procedencia y el momento de fallecimiento así como, aspectos y/o condiciones propias del recién nacido como edad gestacional, peso en gramos, etc.

- Apellidos y Nombres
- Sexo
- Edad Gestacional (semanas)
- Nacimiento (Fecha y hora)
- Muerte (Fecha y hora)
- Peso al nacer (En gramos)
- Tipo de muerte (Fetal y Neonatal)
- Causa básica de Muerte -CIE 10
- N° de días estancia hospitalaria
- Lugar de Parto
- Momento de ocurrencia de Muerte (Ante parto, Intra parto, Postparto).



- Lugar de la Muerte
- Residencia habitual de la madre

1.2.1 VARIABLES

1.3.1.1 EDAD GESTACIONAL

Esta variable se aplicó con la finalidad de evaluar si el recién nacido fue de término (37 o más semanas de gestación) o prematuro (recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas).

En el caso de los prematuros se basó en la siguiente clasificación:

- Prematuridad leve (34 – 36 semanas)
- Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

1.3.1.2 PESO

El peso de nacimiento es un indicador del nivel de atención neonatal. Esta variable fue estratificada de la siguiente manera:

- RN con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos)
- RN con bajo peso al nacer (1500 a 2499 gramos)
- RN con peso normal (igual o mayor a 2500 gramos)



1.3.1.3 LUGAR DE PARTO



Según esta variable se va evalúa el lugar donde se atendió el parto de la madre y esto podría ser:

- Parto institucional, en caso de que el RN procede de parto atendido en un establecimiento de salud
- Parto domiciliario, en caso de que el RN procede de parto atendido en el domicilio de la madre.

1.3.1.4 LUGAR DE FALLECIMIENTO

Esta variable evalúa el lugar donde ocurrió el fallecimiento del recién nacido y puede ser:

- Muerte en establecimiento de salud, en caso de que el RN falleció en un establecimiento de salud
- Muerte comunitaria, en caso de que el RN falleció en el domicilio de la madre.

1.3.1.5 ANÁLISIS DE POBREZA

Para el análisis de la mortalidad neonatal asociada a la condición de pobreza se utilizó como concepto la Línea de Pobreza, método que se aplican en el proceso de calcular pobreza total y extrema, tomado del documento técnico de pobreza año 2012 realizada por INEI, donde conceptualmente la línea de pobreza es el valor monetario con el cual se contrasta el gasto per cápita mensual de un hogar para determinar si está en condiciones de pobreza o no. Este valor está conformado por dos componentes: el componente alimentario, que es llamado también línea de pobreza extrema; y el componente no alimentario.

5. Conteste las preguntas

1. ¿Cuáles son los objetivos de subsistema de vigilancia epidemiológica?:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



2. ¿Qué diferencia existe entre muerte neonatal y muerte fetal?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. ¿Cuáles son las características de la mortalidad neonatal?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Referencias Bibliográficas consultas y/o enlaces recomendados

- Dirección General de Epidemiología
Calle Daniel Olaechea N° 199, Jesús María, Lima 11
- Documento técnico: Perfil de la salud materno neonatal y de la niñez en el Perú con enfoque de curso de vida. / Organización Panamericana de la Salud. Lima: OPS, 20



GUIA N°3

TEMA: ÉTICA EN LA ATENCIÓN NEONATAL

Ética neonatal: La decisión de intervenir o no intervenir

1. PROPÓSITO:

Analiza y explica la Ética neonatal - La decisión de intervenir o no intervenir

2.- INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO:

- Etica
- Moral
- Etica en la profesión de enfermería
- bioética
- Principios de la ética

4. PRESENTACIÓN DEL TEXTO /LECTURA

ÉTICA NEONATAL: LA DECISIÓN DE INTERVENIR O NO INTERVENIR





El nacimiento de un bebé debería ser un momento de gozo en el cual los padres celebran el comienzo de la vida de su hijo. Sin embargo, cuando se adelanta demasiado el nacimiento, los padres no tienen más remedio que dejar de lado sus esperanzas y expectativas para tomar decisiones difíciles. El último día de marzo, Amanda estaba preparando la habitación para su hija, que debía nacer a fines de julio, cuando entró en parto prematuro. Aunque los médicos hicieron todo lo que estuvo en sus manos para retardar el proceso del parto, ella dio a luz a su hija con solo veintitrés semanas.

Según los centros para el control y la prevención de las enfermedades, cerca de medio millón de bebés nacen prematuramente en Estados Unidos cada año; esto significa uno de cada nueve nacimientos. El número de niños nacidos entre las veintidós y las veinticinco semanas que sobreviven va en aumento, como resultado de los progresos de la ciencia médica, como va en aumento también el número de niños nacidos prematuramente que alcanzan los tres años de edad sin experimentar ninguna discapacidad importante. Sin embargo, la mayoría de los bebés que nacen demasiado pronto, ya sea mueren o experimentan parálisis cerebral, discapacidades intelectuales, problemas respiratorios, problemas de la visión, pérdida del oído y problemas digestivos.

Ministrar a los matrimonios que se enfrentan a la pérdida de su hijo, o a una discapacidad seria, puede ser uno de los retos más dolorosos a los que se tiene que enfrentar un pastor. La comprensión de los razonamientos que llevan a las decisiones a favor o en contra de las intervenciones médicas le servirá para estar mejor preparado a fin de cuidar de las familias que se enfrentan con decisiones que alcanzan los límites de la viabilidad del infante.

La base de la decisión

En el año 1960, cuando se abrieron las primeras unidades de cuidado intensivo neonatales (UCIN), las posibilidades de que muriera un niño prematuro alcanzaba al noventa y cinco por ciento; en la actualidad, el infante tiene un noventa y cinco por ciento de probabilidades de sobrevivir. Aunque ciertamente, una mejora tan radical en la proporción de supervivencia es una buena noticia, los avances de la tecnología exigen decisiones en cuanto a cuáles de los pequeños pacientes se van a beneficiar con la intervención, y cuáles sólo deberían recibir cuidados para evitarles el sufrimiento.

Los pulmones se hallan entre los últimos órganos que maduran en el seno materno. Por eso muchos bebés prematuros deben pasar sus primeros días, e incluso semanas de vida, en un aparato ventilador. Sus pulmones aún no han desarrollado los humectantes suficientes para permanecer abiertos de una respiración a otra. Si una mujer está dando a luz prematuramente, o corre el riesgo de dar a luz demasiado pronto, es probable que los médicos le administren un breve procedimiento a base de esteroides para ayudar a que los pulmones del infante se desarrollen más temprano, aunque es necesario administrarle estas drogas por lo menos veinticuatro horas antes del nacimiento para que su eficacia sea la mayor posible.

Cuando existen evidencias médicas dignas de crédito en cuanto a que los beneficios que producirá un tratamiento son mayores que los problemas, los médicos están en la obligación de administrar este tratamiento. Así, por ejemplo, los médicos resucitan a la mayoría de los bebés que nacen después de las veintiséis semanas, porque las evidencias médicas sugieren que van a sobrevivir al tratamiento. La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que no se resucite a los niños nacidos antes de las veintitrés semanas, porque la inmensa mayoría de ellos no sobreviven cuando se les da el tratamiento.



Entre las veintitrés semanas y las veintiséis, el tratamiento es optativo, porque a los médicos se les hace difícil predecir cuáles bebés van a sobrevivir al tratamiento, y cuáles no. En el caso de los bebés que nacen dentro de este período de la gestación, los médicos y los padres deben tomar decisiones difíciles. De la misma forma que tomamos una decisión médica acerca de los pacientes adultos que se aproximan al final de su vida, la cuestión que importa aquí, es si el tratamiento estará posponiendo la muerte o capacitando para la vida. Cuando sólo estamos posponiendo brevemente la muerte del niño, al precio de un gran sufrimiento, el tratamiento podría no ser beneficioso para el niño.

La ética que hay tras la decisión

Cuando el cuidado es optativo, o investigativo, los padres tienen el derecho de participar en la toma de decisiones. En cambio, los médicos no tienen la responsabilidad de proporcionar un cuidado que sea inútil o ilógico. No obstante, el tiempo de gestación que lleva el infante podría no ser criterio suficiente para determinar si el bebé se podría beneficiar de un cuidado intensivo neonatal. De la misma manera que el cálculo sobre la fecha en que nacerá el niño se apoya en ciertas suposiciones, el tiempo que lleva de gestación podría ser inexacto, según las variaciones normales que se producen en cuanto a la fecha promedio de ovulación de la madre. Un bebé que tiene una semana más de lo que se sospecha, tiene una posibilidad mucho mayor de sobrevivir. Por esta razón, los médicos necesitan evaluar el tiempo de gestación para ver si se ha cometido un error.

Además de todo lo anterior, los médicos deben individualizar las decisiones en cuanto al tratamiento. Con frecuencia, el peso del bebé al nacer es un buen indicador en cuanto a su supervivencia, que el tiempo de gestación que ha tenido. Por lo general, las niñas sobreviven mejor al nacimiento prematuro que los niños. Los niños que se desarrollan solos tienen mejor futuro que los de un parto múltiple. Los que reciben esteroides para madurar sus pulmones salen mejor de la situación que aquellos que no reciben este tratamiento. Una decisión basada solamente en el tiempo de gestación no contempla las necesidades y el mejor interés de un bebé en particular, lo cual podría llevar a la muerte previsible de un bebé que habría sobrevivido si se le hubiera dado el tratamiento adecuado.

Algunas discusiones en cuanto a decidirse a tratar de salvar o no a los bebés muy prematuros se centran en la carga que significaría un niño discapacitado para su familia. Una cuestión ética de importancia tiene que ver con los efectos que tendría la presencia de un niño discapacitado para sus padres y para el resto de la familia, y se debe considerar como factor de la decisión. Al plantear esta cuestión, debemos tener cuidado de no devaluar a las personas discapacitadas.

- ÉTICA Y BIOÉTICA DEL CUIDADO
- ÉTICA Y BIOÉTICA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CRÍTICO MATERNO Y NEONATAL
- La ética es la parte de la filosofía que se ocupa del estudio de la moral, es aquella instancia desde la cual juzgamos y valoramos la forma como se comporta el hombre y, al mismo tiempo la instancia desde la cual formulamos principios y criterios acerca de cómo debemos comportarnos y hacia donde debemos dirigir nuestra acción, designamos con la palabra "ética" el comportamiento, la conducta y el actuar de las personas.

CONCEPTO DE LA ÉTICA



- **IMPORTANCIA DE LA ÉTICA EN EL CAMPO MADRE Y NIÑO DE LA ENFERMERÍA**

La Enfermera en el Área Materno Neonatal es la profesional que brinda servicio a la madre y el niño y debe ser ejercida únicamente para hacer el bien.

La formación ética consiste en el aprendizaje, deflexión y toma de decisión eficaz y oportuna que se internaliza desde la etapa de estudiante en forma vivencial, que debe ser ejercitada en su vida personal y profesional ante la madre y el neonato, equipo interdisciplinario y sociedad

ETICA EN LA PROFESION DE ENFERMERIA

- Se conoce con el nombre de bioética a aquella rama de la ética que se ocupa de promulgar los principios que deberá observar la conducta de un individuo en el campo. aunque, la bioética, no solamente se reduce o limita a entender en lo que respecta al campo médico, sino que además suele entender, también, en aquellos problemas morales que se suscitan en el transcurrir de la vida cotidiana

CONCEPTO DE LA BIOETICA

- **BIOETICA** • Es la aplicación de la ética a la ciencias de la vida. • Es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencia biológicas y la atención de la salud en la medida que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios éticos – morales. • Se relaciona con el medio ambiente y el trato debido a los seres. • El respeto a la madre y el neonato, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral , a la dignidad de cada uno de ellos.

- **BIOETICA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA**

La bioética se constituyen en estos tiempos en una necesidad: es nuestra obligación entender y comprender los procesos de continuo cambio que vive el mundo así, como evolucionar con el mismo, representando los valores que como profesionales de Enfermería hemos adoptado con la profesión cada situación en un contexto global, pero sin dejarnos caer las garras de la masificación. • Esta masificación no tiene ni puede influir en la atención de calidad que se debe brindar minuto a minuto a la madre y el neonato de los sistemas de salud sean cuales estos sean, en todo el mundo.

- **ÉTICA BASE FUNDAMENTAL DE LA BIOÉTICA EN LA ATENCIÓN DE LA MADRE Y EL NEONATO CRITICO**

- **ETICA** son los estudios de los actos de las profesionales Enfermeras bajo la consideración del bien y del mal.

ETICA DEONTOLOGICA O MORAL PROFESIONAL es la relación profesional Enfermera madre o neonato tomando en cuenta que la Enfermera no es solo una colaboradora del médico sino que tiene sus propias competencias.

- **MORAL** se considera como los deberes que la sociedad impone de un código o enunciado. Ciencia que trata el bien en general.



LOS PRINCIPIOS DE LA ETICA

- **PRINCIPIO DE LA AUTONOMIA** • Es la capacidad de la madre para tomar decisiones en forma libre y correctamente informada de su situación de salud y de las posibles alternativas de tratamiento. • En el caso del neonato son los padres los que ejercen este principio. • Excepto en el caso cuando represente un peligro para la salud pública. • En este principio se deriva el consentimiento informado.
- **PRINCIPIO DE JUSTICIA** Todas las madres y neonatos tienen iguales derechos para alcanzarlo necesario para su pleno desarrollo como persona independiente de su desarrollo, integridad física o psíquica, de sus condiciones raciales, política, económicas, o religiosas.
- **PRINCIPIO DE BENEFICENCIA** • Obliga a los profesionales Enfermeras y Enfermeros responsables de la atención de la madre y el neonato a poner todo su empeño para hacer el bien y hacer cuanto pueda para mejorar su salud en la situación siguiente: • Cuando se encuentre en peligro de daño o pérdida. • El beneficio recibido supera ampliamente los daños ejemplo: madre histerectomizada por una atonía uterina. • El término de BENEFICENCIA se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad que va más de la obligación estricta.
- **PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA** • Él debe no DAÑAR es más imperativo que promover el bien. • El daño a una madre o neonato con los medios disponibles y mínimos riesgos. Medidas de bioseguridad para evitar caídas. • El daño a la madre o neonato, es más rechazable que no haber promovido su bien por negligencia o impericia. El maltrato no haber dado las medidas de bioseguridad para evitar las caídas. • Existen normas concretas como no causar daño, no causar dolor, no causar la muerte.

DERECHOS DE LAS MADRES Y NEONATOS

- **JURAMENTO DE LAS ENFERMERAS** • Practicar honesta y dignamente mi profesión, respetando los derechos fundamentales del ser humano y su diversidad cultural. • Trabajar proactivamente para elevar el nivel de mi profesión, actuando con principios éticos, científicos, técnicos y brindando un servicio humanizado, seguro, continuo y oportuno. • Trabajar con el equipo de salud y colectivos humanos, dedicando mi lucha, conocimientos y principios a la resolución de los problemas de salud que aquejan al ser humano y a la comunidad. • Participar en el fortalecimiento de la Federación de enfermeras y enfermeros, contribuyendo a la unidad, respeto y comprensión entre colegas y trabajando responsablemente en los mandatos de la organización. • Contribuir efectivamente a la formación de nuevos recursos, a la producción científica y al progreso de nuestra profesión.
- **PARA UNA ATENCION DE CALIDAD A LA MADRE Y EL NEONATO**

TRABAJO EN EQUIPO CON DIGNIDAD, HONESTIDAD, LEALTAD, SOLIDARIDAD Y JUSTICIA.

- **ETICA DE ENFERMERIA Y NUEVOS RETOS PARA SALVAR LA VIDA DE LA MADRE Y DEL NEONATO**
- Una enfermería de calidad, precisa por un Exigencias éticas lado del aprendizaje vinculadas a su quehacer teórico y práctico de Enfoques principalmente los principios éticos desarrollados para tematizar la ética de en qué se apoya la enfermería: la ética de la tarea de cuidar y, por virtud y la ética de los otro, de la asimilación principios de las actitudes que son exigibles a la persona que cuida. Ambos elementos mejoran la capacidad de los



profesionales para prevenir y resolver los conflictos éticos en la práctica asistencial.

- **SOY FELIZ PORQUE SOY ENFERMERA SOY FELIZ PORQUE RECIBO CUIDADOS DE UNA ENFERMERA**
- " ¡Sé fuerte para que nadie te derrote, sé noble para que nadie te humille, sé humilde para que nadie te ofenda, y sigue siendo TÚ para que nadie te olvide...!!!

5. Conteste las preguntas:

1.- Que es la ética?

2.- Diferencie ética de moral?

3.- Que es la bioética?

4.- Cuales son los principios de la ética?



6.- Referencias Bibliográficas consultas y/o enlaces recomendados

- Bibliografía 1. Cruceiro A. Problemas éticos en Neonatología. Bioética, 1989, XXXVII (881):59. 2. San Juan Benito.
- Problemas éticos en unidades de cuidado intensivo pediátrico. Rev Chil Pediatr, 1997, 68 supl 1:25-29. 4. Sola A, Phibbs R.
- Ética clínica en perinatología. En: Sola A, Rogido M, editores. Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica vol II. Buenos Aires, Editorial Científica Interamericana, 2001, p.1749-1767. 5. Dunn PM. Appropriate care of the newborn: ethical dilemmas. J Med Eth, 1993, 19:82-84. 6. Puga T. Bioética en Pediatría. Arch Argent Pediatr, 1999, 97(1):26-35. 7.



GUIA N°4

TEMA: DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO – NIÑO

1. PROPÓSITO:

Identifica, analiza y describe los derechos del niño y del RN

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO:

- Derechos del niño
- Definición de derecho
- Unicef
- Convención sobre los derechos del niño
- Derechos del recién nacido

4.- PRESENTACIÓN DEL TEXTO /LECTURA

DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO – NIÑO

I. INTRODUCCION

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño. Este tratado sin precedentes, que ya ha sido ratificado por todos los países del mundo con dos excepciones, explica los derechos de todos los niños a la salud, la educación, condiciones de vida adecuadas, el esparcimiento y el juego, la protección de la pobreza, la libre expresión de sus opiniones... y mucho más. Esos son derechos de los que deberían disfrutar todos los niños.

¿Pero cómo se puede garantizar el cumplimiento de esos derechos si no se sabe cuáles son? Estos dibujos brindan esa información, constituyendo la



herramienta ideal para informar a los niños de todo el mundo acerca de sus derechos y a todas las sociedades acerca de sus obligaciones.

La Convención establece estos derechos en 54 artículos y dos Protocolos Facultativos. Define los derechos humanos básicos que disfrutaban los niños y niñas en todas partes: el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra influencias peligrosas, los malos tratos y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social. Los cuatro principios fundamentales de la Convención son la no discriminación; la dedicación al interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño. Todos los derechos que se definen en la Convención son inherentes a la dignidad humana y el desarrollo armonioso de todos los niños y niñas. La Convención protege los derechos de la niñez al estipular pautas en materia de atención de la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales.

Al aceptar las obligaciones de la Convención (mediante la ratificación o la adhesión), los gobiernos nacionales se han comprometido a proteger y asegurar los derechos de la infancia y han aceptado que se les considere responsables de este compromiso ante la comunidad internacional. Los Estados parte de la Convención están obligados a la estipular y llevar a cabo todas las medidas y políticas necesarias para proteger el interés superior del niño.

II. DEFINICIÓN DE DERECHO

El Derecho es el orden normativo e institucional de la conducta humana en sociedad inspirado en postulados de justicia, cuya base son las relaciones sociales existentes que determinan su contenido y carácter. En otras palabras, es el conjunto de normas que regulan la convivencia social y permiten resolver los conflictos interpersonales.

Desde el punto de vista objetivo, dicese del conjunto de leyes, reglamentos y demás resoluciones, de carácter permanente y obligatorio, creadas por el



Estado para la conservación del orden social. Esto es, teniendo en cuenta la validez; es decir que si se ha llevado a cabo el procedimiento adecuado para su creación, independientemente de su eficacia (si es acatada o no) y de su ideal axiológico (si busca concretar un valor como la justicia, paz, orden, etc).

III. DEFINICIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Los Derechos del Niño (o *Derechos de la Infancia*) son derechos que poseen los niños, niñas y adolescentes, incluso antes de nacer. Los derechos del niño aún no nacido, comenzaron a ser reconocidos en la Antigua Roma, a través del concepto del nasciturus.

Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables, irrenunciables, innatos e imprescindibles para una buena infancia.

IV. ANTECEDENTES

La idea de acoger los derechos del niño circuló en algunos medios intelectuales durante el siglo XIX. Un ejemplo de ello fue la referencia que hizo el escritor francés Jules Vallès en su obra *El niño* (1879), y más claramente la reflexión sobre los derechos del niño que realizó Kate D. Wiggin en *Children's Rights* (1892).

En este ambiente receptivo, en las dos primeras décadas del siglo XX circularon varias declaraciones de los derechos del niño, a veces en forma literaria o bien como resoluciones de organizaciones científicas y pedagógicas.

La primera declaración de derechos del niño, de carácter sistemática, fue la Declaración de Ginebra de 1924, redactada por Eglantyne Jebb fundadora de la organización internacional Save the Children, que fue aprobada por la Sociedad de Naciones el 26 de diciembre de 1924.



Las Naciones Unidas aprobaron en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, implícitamente, incluía los derechos del niño, sin embargo, posteriormente se llegó al convencimiento que las particulares necesidades de los niños debían estar especialmente enunciadas y protegidas.

Por ello, la Asamblea General de la ONU, aprueba en 1959 una Declaración de los Derechos del Niño, que constaba de 10 principios, concretando para los niños los derechos contemplados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Seis años antes había decidido que el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los niños (UNICEF) continuara sus labores como organismo especializado y permanente para la protección de la infancia (denominándolo oficialmente Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

A partir de 1979, con ocasión del Año Internacional del Niño, se comenzó a discutir una nueva declaración de derechos del niño, fundada en nuevos principios. A consecuencia de este debate, en 1989 se firmó en la ONU la Convención sobre los Derechos del Niño.

UNICEF

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia o Unicef (UNICEF en inglés) fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1950 para ayudar a los niños de Europa después de la Segunda Guerra Mundial.



Niña de Biafra

Primero fue conocido como Unicef, acrónimo de United Nations International Children's Emergency Fund o (en español, Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia). En 1953, Unicef se convierte en organismo permanente dentro del sistema de Naciones Unidas, encargado de ayudar a los niños y proteger sus derechos. Su nombre fue reducido a Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United



Nations Children's Fund), pero se mantuvo el acrónimo Unicef por el que es conocido hasta ahora. Se le otorgó el Premio Nobel de la Paz en 1965 y el Premio Príncipe de Asturias de la Concordia en 2006.

4.1.1. Prioridades

Unicef ayuda principalmente en zonas de extrema pobreza, en África y otras latitudes del mundo. Los derechos humanitarios son áreas de acción de Unicef e incluyen el desarrollo de la niñez, de la adolescencia, y la participación en los patrones de vida, basándose en la educación.

4.1.2. Educación

Emprende intervenciones avaladas para mejorar la vida de todas las personas, incluyendo a niños. La educación de los jóvenes y mujeres redunda en importantes beneficios para las presentes y futuras generaciones.



El objetivo del Unicef en la educación, es llevar a la escuela a más niñas, asegurándose de su permanencia y que dispongan de los equipamientos básicos adecuados necesarios para su vida posterior.

Los esfuerzos son constantes en el sentido de asegurar a cada niño y niña del mundo el derecho que tienen a la educación. La estrategia de aceleración en la matriculación de las niñas se ha efectuado en al menos 25 países durante el periodo 2002-2007

4.1.3. Inmunización



La inmunización es materia directa en la cual interviene Unicef, dentro de la cual ha incluido mejoras en la salud de los niños del mundo, por lo menos durante los últimos 20 años.

Sin embargo, todos los años, más de 2 millones de niños mueren por enfermedades que pudieron haberse prevenido por la aplicación oportuna de vacunas económicas.

4.1.4. Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención sobre los Derechos del Niño (o CDN) es un tratado internacional de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, que posee 54 artículos que reconocen que todos las personas menores de 18 años tienen derecho a ser protegidos, desarrollarse y participar activamente en la sociedad, estableciendo que los niños son sujetos de derecho. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

Su origen fue la Declaración de Ginebra de 1924, redactada por Eglantyne Jebb, fundadora de la organización internacional Save the Children, que fue aprobada por la Sociedad de Naciones el 26 de diciembre de 1924.

Naciones Unidas aprobó en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, implícitamente, incluía los derechos del niño. Sin embargo, posteriormente se llegó al convencimiento de que las particulares necesidades de los niños debían estar especialmente enunciadas y protegidas.

Es el tratado internacional que reúne al mayor número de Estados partes. Ha sido ratificada por todos los Estados del mundo, con la excepción de Somalia y Estados Unidos.

4.1.5. Declaración de los Derechos del Niño



La Declaración de los Derechos del Niño fue bosquejada por Eglantyne Jebb y adoptado por la International Save the Children Union, Ginebra, el 23 de febrero en 1923 y respaldado por la Asamblea General de la Sociedad de Naciones el 26 de noviembre de 1924.

A través de esta declaración, conocida comúnmente como Declaración de Ginebra, hombres y mujeres de todas las naciones, reconociendo que los niños son lo mejor que la humanidad tiene, declara y acepta como su deber, más allá de toda consideración de raza, nacionalidad o credo, que:

1. Al niño se le debe dar los medios necesarios para su desarrollo normal, material y espiritual.
2. El niño hambriento debe ser alimentado, el niño enfermo debe ser curado, el niño maltratado debe ser protegido, el niño explotado debe ser socorrido, el niño huérfano y abandonado debe ser acogido.
3. El niño debe ser el primero en recibir auxilio en caso de un desastre.
4. El niño debe tener sustento, y ser protegido contra todo tipo de explotación.
5. El niño debe ser llevado a concientizarse de ser devoto al servicio del hombre.

El documento original, en los archivos de la ciudad de Ginebra, lleva la firma de varios delegados internacionales, entre ellos Eglantyne Jebb, Janusz Korczak, y Gustave Ador, ex presidente de la Confederación Suiza.

La Organización de las Naciones Unidas adoptó una versión ligeramente enmendada en 1946 y el 20 de noviembre de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una versión expandida como su propia Declaración de los Derechos del Niño.

4.1.6. Derechos del Niño



- Los niños tienen derecho al juego.



- Los niños tienen derecho a la libertad de asociación y a compartir sus puntos de vista con otros.



- Los niños tienen derecho a dar a conocer sus opiniones.



- Todos los niños tienen derecho a una familia.



- Los niños tienen derecho a la protección durante los conflictos armados.



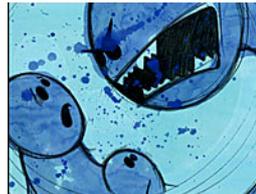
- Todos los niños tienen derecho a la libertad de conciencia.



- Los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.



- Los derechos deberían aplicarse en el interés superior de los niños.



- Los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil.

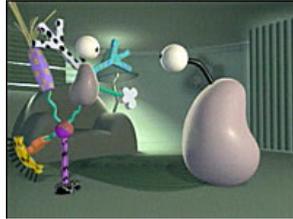


- Los niños tienen derecho a la información adecuada.





- Los niños tienen derecho a la libertad de expresión.



- Los niños tienen derecho a la protección contra la trata y el secuestro.



- Los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de nuestra cultura.



- Los niños tienen derecho a la protección contra las minas terrestres.



- Los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación y abuso sexual.



- Los niños tienen derecho a un hogar.



- Los niños tienen derecho a la intimidad



- Los niños tienen derecho a crecer en una familia que les dé afecto y amor.



- Los niños tienen derecho a la protección contra el uso ilícito de estupefacientes.



- Los niños tienen derecho a la protección contra las armas de fuego.



- Los niños tienen derecho a la protección en tiempos de guerra.



- Los niños tienen derecho a la libertad de pensamiento.



- Los niños tienen derecho a la información adecuada.



- Los niños refugiados tienen derecho a la protección.



- Derecho a un medio ambiente saludable.



- Todos los niños tienen derecho a la educación.



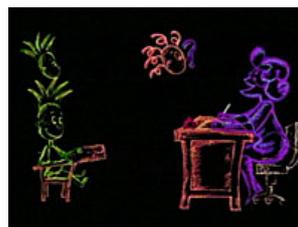
- Los niños tienen derecho al acceso a la educación diferencial.



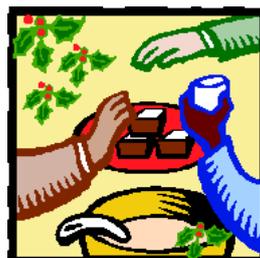
- Los niños tienen derecho a la libertad, debido proceso y condiciones dignas.



- Todos los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad.



- Todos los niños tienen derecho a la alimentación y la nutrición.





- Los niños tienen derecho a recibir cuidados de ambos progenitores.



- Los niños tienen derecho a una atención de la salud adecuada.



- Los niños tienen derecho al cuidado y a la asistencia especial.



- Hay que proteger a los niños contra cualquier trabajo que entorpezca su educación.



- Los niños tienen derecho a adquirir conocimientos sobre el medio ambiente natural.



- Los niños tienen derecho a la protección contra toda forma de abuso.



- Todos los niños tienen derecho a una educación que respete los valores propios de su cultura.



- Los niños tienen derecho a la supervivencia.



- Deben protegerse todos los derechos de la niñez.



- Todos los niños tienen derecho a vivir libres de cualquier discriminación.



- Todos los niños tienen derecho a vivir en armonía.



V. LEGISLACIÓN EN EL PERÚ

- ✚ La Constitución Política del Perú de 1993 establece en su artículo 4 que: "la comunidad, y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono. También protegen a la familia y promueven al matrimonio. Reconocen a estos últimos como institutos naturales y fundamentales de la sociedad"
- ✚ A nivel legislativo nacional, lo relativo a la niñez está contemplado principalmente en el Código de los Niños y Adolescentes, promulgado en 1992, con el cual Perú incorporó a su legislación los nuevos parámetros sobre la materia contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño. Este nuevo cuerpo legal pretende superar la doctrina de la "situación irregular del menor" sustentando sus bases en la nueva doctrina de la "protección integral" cuyo fundamento se asienta en que los niños y los adolescentes son sujetos de derecho. En esta nueva concepción, la sociedad se organiza a través de mecanismos sociales que incluyen a los niños y adolescentes. Con este nuevo sistema se pretende protegerlos de manera integral como sujetos de derecho.
- ✚ El referido Código organiza el Sistema Nacional de Atención Integral, integrado por el Ente Rector y la Defensoría del Niño y del Adolescente. En ejecución de dicho Código se promulgó en 1995 la Ley del Sistema Nacional de Atención Integral a Niños y Adolescentes. Posteriormente, las funciones del Ente Rector fueron transferidas al Ministerio de Promoción de la Mujer y de Desarrollo Humano- PROMUDEH.



- ✚ El Estado peruano ha promulgado también diversas leyes relacionadas con la niñez, que conciernen a temas tales como protección frente a la violencia familiar, el servicio militar, la violencia sexual, el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil y la adopción.

LOS DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO



La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

- 1) La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.
- 2) Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estados deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación.
- 3) Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren



su integridad física, sea corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.

- 4) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.
- 5) Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplen todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de las padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño. Debe existir equidad en la atención y el rechazo absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.
- 6) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.
- 7) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica. Los neonatos tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y de prevención. Los poderes públicos han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una adecuada atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.
World Congress of Perinatal Medicine. (Barcelona 23 – 27 de Septiembre de 2001)
- 8) La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país. En el



caso de que el feto llegue a término no deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas feticidas tras el nacimiento.

- 9) No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos los padres deberán estar informados y participar en las decisiones prenatales, siempre que ello sea posible. Se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y sanitario del lugar de nacimiento.
- 10) Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.
- 11) El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. Sin embargo, en los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legales y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.
- 12) Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles. En los países en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.
- 13) Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en estas situaciones.
- 14) El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los poderes públicos de todos los países deben hacer cumplir.



Oficialmente la OMS sostiene que deben existir razones válidas para interferir con el proceso natural de un parto y que se prioricen los métodos no farmacológicos.

El Senado Nacional promulgó la ley 25.959 de aplicación en el ámbito público y privado que establece entre otras cosas que se garantice la intimidad de las mujeres durante el proceso asistencial y se consideren sus pautas culturales y que la embarazada sea tratada como una persona sana, protagonista de su propio parto respetando sus tiempos biológicos y psicológicos evitando las prácticas invasivas y medicación que no estén justificadas.

En la "Guía para la Atención del parto normal en maternidades centradas en la familia" editado por el Ministerio de Salud de la Nación (2004) se advierte que el incremento del uso de la tecnología llevó a un incremento progresivo y abusivo de las cesáreas abdominales. Y que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto más la atención mecanizada medicalizada aumenta el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres lo que produce un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones con más efectos adversos sobre la madre y el bebé.

VI. ORGANISMOS QUE SE ENCARGAN DE PROTEGER LOS DERECHOS DEL NIÑO, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La Comisión Nacional por los Derechos de las niñas, niños y adolescentes está conformada por:

Instituciones Públicas

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social

Ministerio de Educación

Ministerio de salud

PNP – División de Familia

Organismos no Gubernamentales

Aldeas Infantiles SOS Perú



Acción por los Niños
Asociación Pro Desarrollo Infantil – APRODIN
CEDRO
CEDETEP
COMETA
Fundación ANAR
DINEZ
Grupo Iniciativa Nacional – GIN

 **Organizaciones Sociales**

Coordinadora Metropolitana del Vaso de Leche
Federación de Mujeres Organizadas en Centrales de Comedores
Populares Autogestionarios y Afines de Lima y Callao – FEMOCCPAALC
Asociación Coordinadora de Clubes de Madres
Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza

 **Otras instituciones que trabajan por la infancia**

Asociación de Scouts del Perú
ADRA Perú
Conferencia Episcopal Peruana – Pastoral de Infancia
Save the Children UK
Plan Internacional del Perú
Christian Children's Fund – EVERYCHILD
World Vision
OIT
UNICEF
Comisiones Locales

5.-Conteste las preguntas:

1 ¿Defina los derechos del niño?



2. ¿Cuáles son los derechos del niño?

3. ¿Diga en forma sucinta los derechos del recién nacido?

4.- ¿Qué organismos se encargan en proteger los derechos del niño?

6. Referencias Bibliográficas consultas y/o enlaces recomendados

- Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del Niño. 1989 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor.
- Protocolo de Naciones Unidas, para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños. Palermo 2000



SEGUNDA UNIDAD

Guía de Video N° 2

EL RECIEN NACIDO

“ATENCIÓN INMEDIATA Y MEDIATA DEL RECIÉN NACIDO”

Sección :

Docente :

Apellidos :

Nombres :

Fecha : .../..... | Duración: 45 min

Tipo de práctica: Individual () Grupal ()

Instrucciones: Vea el video detenidamente teniendo en cuenta como es la atención inmediata y mediata del recién nacido y los cuidados que debemos tener.

1.Actividades previas

- a. Se considera al recién nacido al niño que acaba de nacer o nacido de 1 a 28 días y que se denomina NEONATO. Este recién nacido es de peso y talla normal con una valoración de test de Apgar al nacer de 8 a 10 con una edad gestacional de 38 a 42 semanas de gestación.

2. Actividades durante: (preguntas o consignas referentes al contenido del video)

a. Toma de apuntes:

b. Responde las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el ABC del recién nacido?

- ¿Diga usted cuales son los cuidados inmediatos del recién nacido?



- ¿Cuándo se tiene que aspirar las secreciones, primero se aspira: nariz o boca y que cuidados se debe tener?

- ¿Qué test conoces para evaluar al recién nacido?

3.Actividades después:

Mediante un organizador realice los cuidados de enfermería inmediatos y mediatos del recién nacido y fundaméntelos.

4.-Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- Johnson, Joyce. (2011). Enfermería neonatal. 1ª ed. México: Editorial Manual Moderno.
- Murguía Peniche, Teresa. (2011). Neonatología. 1ª ed. México: Editorial McGraw- Hill.

Se adjunta el enlace

- **ATENCION INMEDIATA Y MEDIATA DEL RECIEN NACIDO
ENLACE**

<https://www.youtube.com/watch?v=5pwKXSp-0UU>



Guía de Lectura N°5

TEMA: CONTACTO TEMPRANO PIEL A PIEL ENTRE LAS MADRES Y SUS RECIÉN NACIDOS SANO

1. **Propósito:** Analiza la importancia del contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sano
2. **Instrucciones:**
Lea atentamente la lectura y contesta las preguntas planteadas al final de la lectura.
3. **Glosario:** Identifica términos que consideres importantes
4. **Presentación del texto/lectura:**

Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sano

El contacto piel a piel entre la madre y el neonato inmediatamente después del nacimiento reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente. No se identificaron efectos negativos importantes.

Comentario de la BSR por Puig G, Sguassero Y

1. RESUMEN DE LA EVIDENCIA

Lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, el contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia.

A partir de estas premisas, el objetivo de la versión actualizada de esta revisión fue evaluar los estudios clínicos controlados aleatorizados o cuasi aleatorizados con respecto al efecto del contacto piel a piel temprano, en el transcurso de las primeras 24 horas de vida, versus la atención neonatal de rutina en neonatos saludables nacidos a término o prematuros casi a término (es decir, entre las 34 y 37 semanas de edad gestacional). El resultado primario de interés fue la lactancia. Se agregaron nuevos resultados en esta actualización de la revisión, por ejemplo, conductas del vínculo materno y cambios psicológicos maternos tras el contacto piel a piel, que se analizaron mediante la observación o la aplicación de anamnesis o subescalas del vínculo de la madre con el lactante y la adaptación fisiológica del neonato.



Con respecto a la intervención, los autores tuvieron en cuenta tres categorías del contacto piel a piel temprano: a) el contacto piel a piel en el nacimiento (durante el primer minuto de vida); b) el contacto piel a piel desde muy temprano (a partir de los 30 a 40 minutos tras el nacimiento); y c) el contacto piel a piel temprano (en cualquier momento entre la 1.º y las 24 horas tras el nacimiento).

Los métodos de búsqueda para identificar los estudios relevantes incluyeron dos búsquedas independientes realizadas en MEDLINE por parte del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) y el Grupo Cochrane de Neonatología (Cochrane Neonatal Group). En este sentido, no se analizaron bases de dato relacionadas con los países en vías de desarrollo, como Latin American and Caribbean Literature on the Health Sciences y el Index Medicus Africano. También se realizaron búsquedas manuales en más de veinte revistas profesionales pertinentes. No se aplicó ninguna restricción de idioma.

Los tres principales criterios de calidad que se aplicaron fueron: 1) ocultamiento de la asignación (adecuado, poco claro o inadecuado), 2) compleción del seguimiento y 3) cegamiento de las participantes, profesionales de la atención y evaluadores de resultados.

En total, se incluyeron treinta estudios clínicos (de los cuales, 29 eran estudios clínicos controlados aleatorizados). La mayoría de los estudios incluidos se realizaron en países desarrollados, como los Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Suecia. Ocho estudios se llevaron a cabo en países en vías de desarrollo. Sólo cuatro estudios realizados en los Estados Unidos, Sudáfrica y Taiwán incluyeron neonatos prematuros.

El contacto temprano piel a piel fue diferente entre los estudios en función del momento y la duración. Por ejemplo, en algunos lugares del estudio, no se pudo comenzar con la intervención inmediatamente después del nacimiento a causa de la política del hospital y la duración oscilaba entre 15 minutos y una media de 48 horas de contacto piel a piel continuo.

Estos factores impidieron que los autores agruparan los resultados.

Se informaron 64 resultados clínicos. Es importante destacar que sólo veinte de ellos fueron medidos en más de un estudio y que no todos los resultados informados se relacionaban con los países de escasos recursos. En cuanto a los resultados de la lactancia (sobre los que más se informó), la comparación del contacto piel a piel temprano (n = 70/74) versus contacto estándar (n = 54/75) mostró un efecto positivo en la lactancia al momento del alta hospitalaria (odds ratio [OR]: 6.35, intervalo de confianza del 95% [IC]: 2.15 a 18.71). Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño muestral de los estudios que se reflejan a través de los amplios intervalos de confianza.

Cuando se analiza la consecuencia a largo plazo en la lactancia (es decir, 1 a 4 meses), los resultados de 10 estudios con 552 pares de madres y recién nacidos a término sanos también presentaron un efecto positivo (OR: 1.82, IC 95%: 1.08 a



3.07, I2 = 41.2%). Aquí también se debe tener cuidado en la interpretación del resultado porque los intervalos de confianza revelan una imprecisión.

Los datos eran escasos para evaluar el efecto en la lactancia hasta los 4 a 6 meses y a los 12 meses de vida, los resultados maternos en función de la satisfacción, el estado de confianza en sí misma y la seguridad en ser madre. No obstante, según los hallazgos de la revisión, el contacto piel a piel entre madres y neonatos tras el nacimiento reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente. Además, cabe destacar que no se identificaron efectos negativos importantes.

2. RELEVANCIA EN LUGARES DE ESCASOS RECURSOS

2.1. Magnitud del problema

Cada año, la nueva evidencia científica y epidemiológica contribuye a nuestro conocimiento de la función de la lactancia en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de un niño, así como en la salud y el bienestar de una madre. 1 Los patrones de lactancia actuales aún distan mucho del nivel recomendado y existe una notable variación entre las regiones. 2

Los indicios adicionales del tacto, el olor y la temperatura que permite el contacto piel a piel pueden favorecer el inicio del neonato en la lactancia. De modo que esta práctica debe considerarse una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia tras el nacimiento, especialmente, en lugares que carecen de agua potable y de condiciones de salubridad donde la lactancia puede salvar vidas. Además, en un estudio reciente realizado en Ghana³, se mostró que el fomento del inicio temprano en la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio respecto de la supervivencia del niño. Se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amantara a todos los neonatos a partir del 1.º día de vida y el 22% si se lo hiciera dentro de la primera hora.

2.2. Aplicabilidad de los resultados

No es sencillo extrapolar los resultados de la revisión a los países de escasos recursos, ya que la revisión está principalmente basada en estudios realizados en lugares desarrollados donde los factores contextuales, como las creencias culturales y la falta de acceso a la atención de la salud básica quizás no sean barreras importantes para apoyar la lactancia exclusiva. En este sentido, desarrollar e implementar sistemas de apoyo temprano a la lactancia a largo plazo es uno de los mayores desafíos en países en vías de desarrollo.

2.3. Implementación de la intervención

El contacto piel a piel temprano debe considerarse una intervención rutinaria de la atención de la salud tras el nacimiento en lugares de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Sin embargo, la implementación de esta intervención requiere mayor consideración en comunidades de escasos recursos. Por un lado, los factores



como la temperatura ambiente, la falta de privacidad o espacio, el hacinamiento pueden interferir en los posibles beneficios y, por otro lado, la situación puede estropearse por el asesoramiento médico incorrecto de trabajadores de la salud que carecen de las destrezas y la capacitación adecuadas en el apoyo en la lactancia temprana, que comienza con el contacto piel a piel temprano.

Las prácticas, tales como el manejo de recién nacidos después del nacimiento, son parte del funcionamiento institucional y podrían resultar difíciles de cambiar. Por ejemplo, en Maternidad Martín en Rosario (Argentina), donde se atienden 4000 partos por año, la práctica actual consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el abdomen desnudo de la madre durante un minuto, mientras se lo seca ligeramente con una sábana. Cabe destacar que esta nueva práctica se acaba de introducir tras la implementación de la intervención de pinzamiento del cordón umbilical tardío. 4, 5 En esta circunstancia, el contacto piel a piel comienza inmediatamente después del nacimiento, pero sólo dura de 1 a 3 minutos. Por lo tanto, prolongar la duración del contacto piel a piel como parte de la práctica rutinaria para el apoyo en la lactancia temprana podría ser fácil de implementar, especialmente, en Hospitales Amigos del Niño (Baby Friendly Hospital) (un programa de promoción de la lactancia materna desarrollado en hospitales). 6

3. INVESTIGACIÓN

La definición adecuada del contacto piel a piel es una prioridad para la investigación futura, donde se incluya el momento específico, la frecuencia y la duración de la intervención. Dado que los neonatos suelen estar más alertas dentro de las dos primeras horas de vida, este momento debe considerarse conveniente para iniciar la interacción satisfactoria de la madre con el neonato. Es necesario contar con estudios clínicos controlados aleatorizados bien realizados para demostrar el efecto real del contacto piel a piel temprano en la salud de la madre y el neonato, que incluyan neonatos prematuros y madres que tienen un parto por cesárea en diferentes ámbitos (países desarrollados y en vías de desarrollo).

Fuentes de financiación: Centro Rosarino de Estudios Perinatales, Rosario, Argentina.

5. CONTESTA LAS PREGUNTAS:

Tomando como referencia el texto anterior, responde las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué es importante el contacto piel a piel madre y recién nacido?



2. ¿Cuántas categorías de contacto piel a piel temprano hay?

3. ¿Cuáles son las expresiones del vínculo madre

6. Referencias Bibliograficas:

- The Pan American Health Organization. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington, D.C.: PAHO © 2002.
- Web site: <http://www.childinfo.org> (acceded 17 August 2007)
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 2006;117(3):e380-6.
- Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C, Casas O, Giordano D, Lardizabal J. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006 Apr;117(4):e779-86.



Guía de Lectura N°6

TEMA: EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO

1. **PROPÓSITO:**

Realiza el examen físico al recién nacido y evalúa tomando en cuenta los test de Apgar y Usher.

2. **INDICACIONES/INSTRUCCIONES:**

- Lea atentamente la lectura y contesta las preguntas planteadas al final de la lectura.

3. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

4. **PRESENTACIÓN DEL TEXTO/LECTURA:**

EXAMEN FISICO DEL RECIEN NACIDO

En el examen se debe contar con buena iluminación y temperatura. Cuidar que no haya corrientes de aire. Se consideran sistemáticamente los siguientes aspectos.

Postura y Actividad

El recién nacido de término tiene una actividad variable según su estado de sueño, alerta o llanto. En reposo se presenta con sus extremidades flectadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición del reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades del mismo lado extendidas y las contra laterales en flexión. La postura también está influenciada por la posición intrauterina, por ejemplo, luego de un parto en presentación podálica, presenta sus muslos flectados sobre el abdomen. El prematuro presenta una postura de mayor extensión a menor edad gestacional.

Piel

- **Color y Textura:** Usualmente es de un color rosado y suave, con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. También puede presentarse cianosis localizada de manos y pies (acrocianosis) que normalmente desaparece después de varios días.
- El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN de post término es mucho más marcada. Si se aprecia ictericia significa que la bilirrubina está al menos sobre 5 mg %. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.



- **Vermix Caseoso:** (Unto sebáceo) Es un material graso blanquecino que puede cubrir el cuerpo, especialmente en el prematuro, en el niño de término usualmente está sobre el dorso, cuero cabelludo y pliegues.
- **Lanugo:** Pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.
- **Mancha mongólica:** Manchas de color azul pizarra, con frecuencia grande, se ubican en dorso, nalgas o muslos, son benignas y no tienen significado patológico. La denominación de "mongólica" que se ha popularizado es poco afortunada.
- **Hemangiomas planos:** son comunes sobre el occipucio, párpados, frente y cuello.
- **Eritema tóxico:** Erupción máculo papular con base eritematosa que puede confluír, con algunas vesículas pequeñas en su centro de color amarillo que contienen eosinófilos. Su distribución es variable, pero preferentemente se ubica en tronco y extremidades, aparece en los 3 primeros días y desaparece cerca de la semana. No tiene significado patológico.
- **Petequias y equimosis:** Pueden observarse petequias en cabeza y cuello asociadas a circular de cordón. Si son generalizadas y se presentan con equimosis, debe sospecharse trombocitopenia u otras alteraciones de la coagulación.

Cabeza

- **Forma y tamaño:** Es grande en relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo debido a su adaptación al canal de parto, excepto en aquellos nacidos por cesárea.
- **Fontanelas:** La fontanela anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm. de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente depresible cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menos de 1 cm. Un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.
- **Suturas:** Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis. Ocasionalmente la sutura longitudinal puede tener algunos mm de separación. La sutura escamosa nunca debe presentar separación. Si la hay, debe descartarse hidrocefalia congénita.
- **Caput succedaneum o bolsa serosanguínea:** corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de sutura y puede ser extenso. Debe diferenciarse de los cefalohematomas.
- **Cefalohematomas.** Estos son de dos tipos: el subperióstico que consiste en acumulación de sangre bajo el periostio. Se caracteriza por estar a tensión y no sobrepasar las suturas. Es un fenómeno que puede ocurrir en un parto normal. No requiere tratamiento ni tiene consecuencias para el recién nacido. El cefalohematoma subaponeurótico es generalmente resultado de un parto difícil con instrumentación. Es de consistencia mas blando y sobrepasa ampliamente los límites de las suturas. Puede contener gran cantidad de sangre, lo que resulta en anemia y potencial hiperbilirrubinemia. En ocasiones se acompaña de fracturas del cráneo.

Cara

- **Ojos:** Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. También cuando el niño esta tranquilo succionando abre los ojos. No se debe tratar de abrirle los ojos a



un recién nacido que está llorando. El iris es habitualmente de color grisáceo. Es frecuente la presencia de hemorragias subconjuntivales, esclerales que no requieren tratamiento. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.

- **Nariz:** El RN es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha. Es frecuente observar pequeños puntos amarillos en el dorso de la nariz que se denominan *milium sebáceo*. Corresponde a glándulas sebáceas. Es un fenómeno normal.
- **Boca:** Los labios son rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas Perlas de Ebstein en la línea media y que son pequeñas pápulas blanquecinas de + 1 mm de diámetro. No tienen significado patológico.
- **Oídos:** Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca.

Cuello

Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumentos de volumen: bocio, quiste tirogloso y hematoma del esternocleido mastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asincletismo).

Tórax:

- Observar su forma y simetría. La frecuencia respiratoria es periódica de alrededor de 30 a 60 por minuto.
- **Clavículas:** se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura especialmente en los niños GEG. Esta se detecta por dolor a la palpación, aumento de volumen o discontinuidad en el hueso y a veces un clic al movilizar la clavícula.
- **Nódulo mamario:** Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.
- **Pulmones:** La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas post parto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido deben hacer sospechar patología.
- **Corazón:** Frecuencias cardíacas bajo 90 y sobre 195 / minuto deben estudiarse. El ápice está lateral a la línea medio clavicular en el en el 3° o 4° espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos que son transitorios. Todo soplo que se acompaña de otra sintomatología o que persiste más de 24 horas debe ser estudiado.

Abdomen

- **Forma:** Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a dificultad respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los



órganos abdominales son fácilmente palpables. Deben buscarse masas y visceromegalia. El hígado con frecuencia se palpa a 2 cm bajo el reborde costal. El bazo no siempre se palpa. La palpación de su polo inferior no tiene significado patológico. Los riñones se palpan cuando el niño está tranquilo y relajado. Hay varias técnicas para su palpación que se aprenden en forma práctica. El polo inferior no debe descenderá bajo el nivel de una línea trazada a nivel del ombligo. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis.

- **Ombigo y cordón umbilical:** El cordón umbilical debe tener 3 vasos: 2 arterias y una vena, una arteria umbilical única se puede asociar con síndromes malformativos (síndrome de Vater, Trisomía 18, Sirenomielia, Zellweger). El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca de los 4 - 5 días y cae entre el 7° y 10° día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombigo cutáneo.) Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes (Beckwith), trisomías, hipotiroidismo, etc.

Ano y Recto

Examinar la ubicación y permeabilidad del ano, especialmente si no se ha eliminado meconio en 48 horas.

Genitales

- **Masculinos:** en el RN de término el escroto es pendular, con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos con frecuencia no están descendidos.
- **Femeninos:** Hacia el término de la gestación, los labios mayores cubren completamente a los menores y al clítoris. El himen debe verse y puede ser protruyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contiene sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo la vagina.

Caderas:

Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de cadera si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (Signo de Ortolani).

Extremidades:

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie Bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones pueden palparse fracturas.

Examen Neurológico

- Actitud general y tono muscular. Debe evaluarse la simetría de movimientos, postura y tono muscular. Una asimetría puede indicar lesiones neurológicas. Los niños prematuros son hipotónicos respecto a los niños de término. La respuesta normal del recién nacido al ser manipulado es habitualmente el llanto.



- **Reflejos arcaicos:**

- Reflejo de Moro: se desencadena en respuesta a un estímulo brusco o a una deflexión brusca de la cabeza, tiene varias fases: primero el RN abduce los brazos para luego aducirlos en actitud de abrazo acompañado de flexión del cuerpo y luego llanto.
- Prehensión palmar y plantar: al aplicar presión en palmas y la planta del pie el RN flexiona sus dedos empuñando la mano o flectando los dedos del pie.
- Búsqueda: el RN vuelve su cabeza hacia al lado que se le aplica un estímulo en mejilla o peribucal, buscando el pezón de la madre.
- Succión: movimiento rítmico y coordinado de lengua y boca al colocar un objeto (chupete - dedo) dentro de ella.
- Marcha automática: al sostener al RN desde el tronco e inclinando levemente hacia adelante, da unos pasos en forma automática.

Examen al Alta

Al alta de la madre de la maternidad (alrededor de 48 a 72 hrs.) se debe volver a efectuar un examen completo del recién nacido. Especial cuidado se debe poner en los siguientes aspectos que pueden haber variado:

- Presencia de ictericia. Evaluar intensidad de acuerdo a pauta del Cuidar de dar orientación a la madre.
- Otras alteraciones de la piel. Piodermia, erupciones.
- Examen cardíaco, presencia de soplos, cianosis, pulsos. Hay que tener presente que algunas cardiopatías estructurales no dan soplo en el primer día de vida. La más frecuente es la comunicación intraventricular.
- Evaluación del peso y lactancia. Reflujo alimentario, dificultades en la lactancia, deposiciones.
- Cordón umbilical. Signos de infección.
- Abdomen, caderas. Verificar concordancia con primer examen.
- Presencia de fenómenos parafisiológicos.

Seguimiento del recién nacido.

Después del examen de alta se debe enfatizar en la importancia del seguimiento. Dar una clara orientación a la madre en caso de anomalías o potenciales problemas. Tranquilizarla respecto a la normalidad del proceso de adaptación y conocimiento de ella con su hijo.

Consejería

1. El recién nacido recibirá lactancia exclusiva tantas veces como lo requiera, colocándolo al pecho un promedio de 15 minutos en cada seno.
2. Instruir a la madre en una adecuada técnica de amamantamiento y en la alimentación infantil. Asimismo, debe instruírsele sobre los cuidados higiénicos y los cuidados generales del recién nacido
3. Las deposiciones del bebé serán varias (6 en promedio), en relación a las veces que reciba lactancia materna.
4. Limpiar la base del cordón umbilical con alcohol medicinal (claro) tantas veces



ESTUDIO DE CASO N° 1
RECIÉN NACIDO PREMATURO

Sección:

Docente: MSc . Guillermina Delia Perez Gutarra

Unidad: II

Apellidos:

Nombres:

Fecha : .../...../2020 Duración:

Instrucciones: Lee y estudia atentamente el caso clínico, relacionado al tema 11, luego analiza y contesta las preguntas planteadas; y con tu equipo de trabajo discute cada respuesta y llega a un análisis común; el representante del equipo explica y socializa las respuestas a sus compañeros.

I. Descripción o presentación del caso

Se presenta una madre de 41 años en trabajo de parto y alumbró a un recién nacido, de sexo femenino de 34 semanas de gestación, con dificultad respiratoria con un APGAR de 6, peso de 2 kg. Talla de 45cm. Con una piel fina, brillante y rosada no presenta refregó de succión y deglución, no regula temperatura.

II. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución

2.1 ¿Defina que es un recién nacido prematuro?

.....

.....

.....

2.2 ¿Explique que es el test de Usher y cuáles son sus parámetros?

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 ¿Explica y comenta sobre las características de un recién nacido prematuro?

.....

.....

.....

.....

.....



2.4¿A qué se debe las complicaciones en un recién nacido prematuro ¿

III. Resultados/conclusiones

¿Mencione diagnóstico de enfermería de caso clínico?

IV. Actividades complementarias a realizar

Menciona los cuidados de enfermería que debe recibir el prematuro.

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- Wieland P., London M., Moberly S. (2006). Enfermería Maternal y del recién nacido. (5ª ed.) Madrid, McGraw Hill. Interamericana de España S.A.U.
- Deacon J., O`Neill., (2006) Cuidados intensivos de enfermería en neonatos (2ª ed.) McGraw Hill. Interamericana editores, S.A.



GUIA DE LECTURA N°7

TEMA: EL RECIEN NACIDO POSMADURO

1. PROPÓSITO:

- Analiza, identifica al recién nacido posmaduro con el propósito de Brindar un conjunto de cuidados y procedimientos que recibe el recién nacido pos maduro.

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

4. GLOSARIO: Identifica términos que consideres importantes

4. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

EL RECIÉN NACIDO POSMADURO

(Niños nacidos después de la sem 42 de gestación.)



Etiología y signos



La causa del parto posmaduro suele ser desconocida. En muy raras ocasiones puede ser debido a alteraciones del eje hipofisario-suprarrenal fetal (p. ej., anencefalia o agenesia suprarrenal).

Los RN postmaduros se hallan alerta y parecen maduros, pero la cantidad de masa de tejido blando, sobre todo de grasa subcutánea, es menor; la piel puede colgar laxamente de las extremidades y a menudo es seca y se descama. Las uñas de las manos y los pies son largas y tanto éstas como el cordón umbilical pueden estar teñidos con meconio, expulsado dentro del útero.

Complicaciones

El principal problema clínico es que, cuando la gestación llega a su término, la placenta involuciona y los múltiples infartos y la degeneración de las vellosidades provocan el síndrome de insuficiencia placentaria.

El feto puede recibir una nutrición insuficiente, con la consiguiente pérdida de los tejidos blandos fetales. Los RN postmaduros se hallan expuestos al desarrollo de asfixia durante el parto como consecuencia de la insuficiencia placentaria (v. Asfixia y reanimación, más adelante), de un síndrome de aspiración meconial (v. Alteraciones respiratorias, más adelante), que puede ser especialmente grave dado que, una vez llegada a término la gestación, el volumen de líquido amniótico disminuye y el meconio aspirado está más concentrado, y de una hipoglucemia neonatal debida a la insuficiencia de los depósitos de glucógeno en el momento del nacimiento. Esta hipoglucemia será aún mayor si ha existido asfixia perinatal, durante la cual el metabolismo anaerobio utiliza rápidamente los últimos restos de glucógeno almacenado (v. Problemas metabólicos en el RN, más adelante).

5. RESPONDA LAS PREGUNTAS:

1.- ¿Cuándo se dice que es un recién nacido posmaduro?



2.- ¿Qué cuidados se debe tener a un pos maduro y qué características tiene este RN?

6. Referencias bibliográficas

- Fernández Caballero. (2009). Manual de enfermería neonatal. Chile
- Editorial Mediterráneo. • Garrahan, J. (2009). Cuidados de enfermería neonatal. 3ª ed. España: Editorial Journal. Towle



GUIA DE VIDEO N°3

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Sección :	Apellidos :
Docente : Guillermina Pérez Gutarra	Nombres :
	Fecha : .../.....Duración: 20 min

TEMA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Instrucciones: Vea el video detenidamente teniendo en cuenta la administración de medicamentos en neonatología y los cuidados de enfermería que se debe tener.

1. PROPÓSITO:

Analiza y discute sobre la administración de medicamentos

2.- INSTRUCCIONES:

Ver el video de administración de medicamentosl Perú” individualmente y luego analizarla en grupo para luego elaborar una síntesis. Entregar la síntesis a la docente en el tiempo indicado

- Asumir en la práctica, el rol docente para presentar en un tiempo de 5 – 10´ minutos por grupo, aplicando durante el desempeño de este rol las habilidades de enseñanza recomendadas en el material del video

Se adjunta el enlace

Administración de medicamentos

<https://www.youtube.com/watch?v=LwPeK9gawhE>



TERCERA UNIDAD

GUIA DE LECTURA Nº 8

TEMA: TERMOREGULACION EN EL RECIEN NACIDO

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica y Diferencia los valores normales de la temperatura corporal, sus variaciones y mecanismos de homeostasis térmica.

1. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

2. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

3. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

TERMOREGULACION EN EL RECIEN NACIDO

1. INTRODUCCIÓN

Una de las primeras observaciones realizadas por quienes primero se ocuparon de los problemas del recién nacido, fue la facilidad que este tenía para enfriarse. El hecho era especialmente llamativo en los niños prematuros y de bajo peso. Dr. Budin a comienzos del siglo XX observó que los prematuros de menos de 1500g que se enfriaban tenían una mortalidad significativamente alta. Posteriormente el Dr. W Silverman en estudios controlados dejó establecida la importancia del ambiente térmico en la sobrevivencia de los recién nacidos. De estas primeras observaciones surgió el uso de la incubadora destinada a proporcionar al prematuro un ambiente térmico adecuado que lo aislara de las variaciones de la temperatura ambiental. Estas medidas relativamente simples significaron probablemente la más importante mejoría en la sobrevivencia de niños prematuros en la historia de la neonatología.

2.- EL RECIÉN NACIDO TIENE FACILIDAD PARA ENFRIARSE:



La termorregulación. Es la estabilidad de la temperatura corporal es expresión de un equilibrio entre la producción de calor y la pérdida de calor. Si el recién nacido, y especialmente el prematuro, tiene mayor facilidad para enfriarse que en etapas posteriores de la vida, esto tiene que explicarse **ya sea porque tiene mayores pérdidas de calor o menor capacidad de aumentar la producción de calor** en ambientes fríos o una combinación de ambas cosas.

2.1. Las pérdidas de calor en el recién nacido.

Este tiene mayores pérdidas de calor que en etapas posteriores de la vida y se debe a los siguientes factores:

- **Alta relación de superficie/volumen.** Esta relación depende del tamaño del recién nacido y de su forma. Mientras más pequeño el recién nacido más alta es esta relación y mayor es la superficie expuesta al ambiente externo por la cual se pierde calor.
- **Menor aislamiento cutáneo.** La piel y el tejido subcutáneo son también más escasos en el recién nacido, lo que es más notorio a mayor prematurez y bajo peso. Los niños de muy bajo peso (<1500g) tienen además una piel muy delgada que facilita las pérdidas por evaporación.
- **Control vasomotor.** La forma como el organismo se aísla del frío externo es por medio de la vasoconstricción cutánea. Este mecanismo está bien desarrollado en los RNT a los pocos días de vida. En el caso de los prematuros el control vasomotor no es tan efectivo. Es más inmaduro a mayor prematurez.
- **Postura corporal.** La postura es un mecanismo de defensa frente al frío. Es la tendencia a "acurrucarse" que tienen todos los mamíferos de manera de disminuir la exposición de superficie corporal al medio ambiente. El RNT no puede cambiar su posición en flexión de las 4 extremidades. El prematuro de menos de 34 semanas de gestación, tiene una posición con todos sus miembros extendidos y posteriormente presenta una postura con sus extremidades inferiores en flexión. De tal manera que este es también un factor que limita sus defensas frente a ambientes fríos.

2.2 La producción de calor en el recién nacido:

Hay una producción de calor que es el resultado del metabolismo basal, la actividad y la llamada acción térmica de los alimentos. Esta es la llamada **"termogénesis no termorreguladora"**. Cuando las pérdidas de calor superan esta forma de producción de calor el organismo responde con mecanismos que disminuyen las pérdidas (postura y vasoconstricción) y con una forma de producción de calor que es una respuesta



específica a los ambientes fríos. Esta es la "**termogénesis termorreguladora**". El recién nacido tiene una forma especial y muy eficiente de termogénesis termorreguladora que es realizada por el metabolismo de la llamada "grasa parda. Este es un tejido graso especial muy vascularizado y con rica inervación simpática tiene una alta capacidad para producir calor a través de reacciones químicas exotérmicas. La grasa parda se encuentra distribuida principalmente en la región interescapular, alrededor de los vasos y músculos del cuello, en la axila, en el mediastino entre el esófago y la traquea y alrededor de los riñones. La capacidad termogénica del recién nacido, es baja en las primeras horas de vida. La respuesta metabólica al frío mejora en el curso de las horas y días llegando en el recién nacido de término a cifras semejantes a las del adulto. En el prematuro la respuesta termogénica es menor.

La termogénesis termorreguladora está influida por diversos factores. Debe existir una función tiroidea normal. En el hipotiroidismo congénito hay dificultad para regular la temperatura. La asfixia, los bloqueadores beta adrenérgicos, el diazepam y algunos anestésicos, disminuyen la respuesta metabólica al frío.

En conclusión la labilidad térmica del recién nacido se debe principalmente a que este tiene mayores pérdidas de calor y en menor grado a las limitaciones en la producción de calor especialmente en las primeras horas de vida. Todos estos factores aumentan en el prematuro proporcionalmente al grado de su bajo peso y prematuridad.

Así como el recién nacido tiene facilidad para enfriarse en ambientes fríos, también tiene mayor facilidad para absorber calor en ambientes cálidos. El principal mecanismo de defensa en estos casos es la **sudoración**. Esta función está limitada en el recién nacido a término y más en el prematuro por inmadurez de las glándulas sudoríparas. De tal manera que estos tienen también dificultad para mantener su temperatura en ambientes cálidos y por ende mayor riesgo de que suba su temperatura corporal en estas situaciones.

3. EL MANEJO DEL AMBIENTE TÉRMICO DEL RECIÉN NACIDO.

El buen manejo del ambiente térmico es un aspecto fundamental en el cuidado del recién nacido, especialmente del prematuro. Para comprender las medidas que se deben tomar debemos recordar las cuatro formas a través de las que se pierde el calor:

3.1. Los mecanismos de transmisión y pérdida de calor.

- **La conducción** es la pérdida de calor a través de dos cuerpos en contacto con diferente temperatura. En el recién nacido es la pérdida de calor hacia las



superficies que están en contacto directo con su piel: ropa, colchón, sábanas, etc.

- **La radiación** se da entre cuerpos a distancia por ondas del espectro electromagnético (ej. típico, el sol, radiadores, vidrios, etc.) El recién nacido perderá calor hacia cualquier objeto más frío que lo rodee: paredes de la incubadora, ventanas. Ganará calor de objetos calientes a los que esté expuesto: rayos solares, radiadores de calefacción, fototerapia etc. La pérdida de calor es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia.
- **La convección**, es propia de los fluidos (ej. el aire, el flujo sanguíneo, etc.), El recién nacido pierde calor hacia el aire que lo rodea o que respira. Por estos tres mecanismos también se puede ganar calor.
- **La evaporación**. Es la pérdida de calor por el gasto energético del paso del agua a vapor de agua. Un gramo de agua evaporada consume 0.58 calorías.

3.2. El ambiente térmico neutral.

"Es el rango de temperatura ambiental en el cual el gasto metabólico se mantiene en el mínimo, y la regulación de la temperatura se efectúa por mecanismos físicos no evaporativos, manteniéndose la temperatura corporal profunda en rangos normales. El RNT normal no requiere de un ambiente térmico neutral y está preparado para mantener su temperatura y desarrollarse adecuadamente en condiciones de temperatura ambiental que están por debajo de este rango. En el caso del RNT enfermo, este debe ser cuidado en un ambiente térmico neutral.

En el manejo del ambiente térmico hay que considerar siempre los siguientes factores;

Por parte del recién nacido:

- Edad gestacional
- Peso
- Edad postnatal
- Vestimenta
- Si está enfermo

El ambiente térmico adecuado y en especial el ATN varían con todos estos factores. Debe tenerse en cuenta la importancia de la vestimenta adecuada, la cual crea una capa aislante frente a las variaciones de la temperatura ambiental.

Por parte del ambiente:



- La temperatura del ambiente.
- La temperatura de las superficies radiantes cercanas: sol, calefactores, paredes, ventanas etc... En las ventanas es importante que tengan doble vidrio para evitar que se enfríen y aumenten las pérdidas por radiación.
- La presencia de corrientes de aire y la humedad ambiental.

Habitualmente se toma solo la temperatura ambiental. Pero es importante tener presente que también influyen los otros factores recién mencionados, especialmente la temperatura de las superficies radiantes que se encuentran cerca del RN.

Para el RNT normal, basta en las primeras horas de vida una temperatura ambiental de alrededor de 27 a 28° y luego en puerperio una temperatura de alrededor de 24°. En épocas muy calurosas es frecuente que los RNT tengan alzas de t° por efectos del calor ambiental. Sin embargo, debe siempre tenerse en cuenta la influencia de las superficies radiantes y las corrientes de aire que pueden alterar el ambiente térmico aun cuando la temperatura ambiental (del aire) sea aparentemente adecuada.

En el caso del prematuro, hay tablas de referencia que dan la t° a la que se debe colocar inicialmente la incubadora para que aproximarse al ATN considerando el peso, la edad gestacional y la edad postnatal.

La forma práctica de evaluar si el niño se encuentra en un ambiente térmico neutral es tomando su temperatura axilar y verificando que esta se encuentra entre 36.5 y 37°C. La temperatura rectal no es un buen indicador del ATN. La temperatura asolar es la primera que desciende frente a un ambiente frío debido a la vasoconstricción de la piel. Cuando la temperatura rectal desciende, significa que los mecanismos de defensa frente al frío han sido sobrepasados y se produce un descenso de la temperatura corporal con los efectos negativos ella conlleva.

3.3. Las primeras horas de vida.

Como ya lo hemos mencionado, es en las primeras horas de vida donde hay mayor riesgo de enfriamiento para el recién nacido. Contribuye a esto que los niños nacen desnudos y mojados. La sala de partos tiene generalmente una temperatura muy por debajo de lo que es un ATN. Durante la vida intrauterina, el feto vive en un ambiente de estabilidad térmica. Este tiene una temperatura 0.5 Celsius más alta que la de la madre. El calor producido por el metabolismo basal es disipado por el torrente circulatorio en la placenta. **El sistema termorregulador no es requerido en la etapa intrauterina**, ya que el feto no está sometido a mayores variaciones de temperatura. La primera experiencia de frío para el ser humano es al nacimiento y su sistema



termorregulador comienza por primera vez a funcionar, lo que probablemente explique la falta de una respuesta adecuada en la producción de calor en las primeras horas.

Si en el momento del nacimiento no se toman medidas especiales, el recién nacido se enfriará. Las mayores pérdidas se producen por radiación y evaporación. Para evitarlas se deben tomar con todo niños las siguientes medidas:

- Secarlo y cubrirlo con sábanas tibias. Cambiar rápidamente la sábanilla mojada.
- Si el niño ha nacido en buenas condiciones, puede ser colocado con su madre en contacto piel a piel y bien cubierto, lo que le dará un ambiente térmico adecuado en la mayoría de las veces. Idealmente debe permanecer junta a su madre en una pieza con una temperatura de alrededor de 26 a 28° con un control regular de su t° axilar verificando de que esta se estabilice entre 36.5 y 37°.

En el caso de un niño que nace con problema o que es prematuro, es de regla atenderlo bajo un calefactor radiante, con lo cual el niño no se enfriará y podrá ser evaluado y tratado sin necesidad que este totalmente cubierto.

4. EFECTOS DEL AMBIENTE TÉRMICO EN EL RECIÉN NACIDO:

- **El enfriamiento:** El caso extremo es cuando el ambiente térmico ha superado la capacidad de termorregulación del RN y baja su temperatura corporal (temperatura rectal). Clínicamente esto puede producir en el RNT: quejido y dificultad respiratoria, apnea, disminución de la actividad, dificultad para alimentarse, hipoglicemia y acidosis, apnea. En el prematuro, los signos son más sutiles, pero sus efectos más graves pudiendo ocasionar apnea e hipoglicemia que si no son detectadas pueden poner en peligro su vida. Además, el enfriamiento se ha asociado con la incidencia de enterocolitis necrotizante y con un aumento de la presión en la arteria pulmonar.
- **Hipertermia:** Este es un evento más raro pero que puede suceder tanto en el RNT como en el prematuro. En el RNT hay polipnea y aumento de la evaporación. En la prematura apnea y se ha asociado se ha asociado a hemorragia intracraneana. Son eventos que no deberían ocurrir dada los sistemas de control que tienen las incubadoras y calefactores radiantes, los cuales presuponen siempre una buena enfermería.
- **Ambiente Térmico neutral:** Este es muy importante en el cuidado de los prematuros y del RNT enfermo. Se ha comprobado que se asocia con una menor



mortalidad y mejor incremento de peso en los prematuros. Mejora la evolución de cualquier recién nacido enfermo.

5. Pauta para evaluar la temperatura de un RN

Medir la temperatura axilar: esta debe encontrarse entre 36.5 y 36.8°C. Esta se controla regularmente en todos los recién nacidos. Más frecuente en las primeras horas de vida.

Caso en que esta más baja de 36.5°C:

- Se debe evaluar porque esto ha ocurrido considerando primero que todo si la temperatura ambiental es adecuada.
- Luego se debe revisar en la historia si hay antecedentes que puedan alterar la termorregulación como el antecedente de asfixia o la ingestión materna de derivados del diazepam o drogas anestésicas.
- Siempre que baja la temperatura axilar del rango normal se debe medir la t° rectal. Si esta está bajo 37° significa que se superaron los mecanismos de termorregulación, el niño se enfrió y está más propenso a presentar hipoglucemia y acidosis.
- Según el resultado de esta evaluación, se tomarán las medidas que correspondan: corrección de la t° ambiental, abrigar al niño, efectuar evaluaciones según clínica: glicemia, gases en sangre, pesquisa de infección. La inestabilidad térmica en el RN sin causa aparente es un signo precoz de infección y de enterocolitis necrotizante.

Caso en que la t° axilar esta sobre 37°C:

- Se debe evaluar las condiciones ambientales: t°, grado de abrigo etc.
- Se debe medir la temperatura rectal. Cuando la gradiente axilo/rectal disminuye de 0.5° y especialmente si son iguales o se invierte, es un signo importante de que el alza térmica se debe probablemente a un ambiente demasiado cálido. Es la situación más frecuente en verano en los RNT que se encuentran en puerperio con sus madres. En caso contrario se deberá evaluar las condiciones clínicas generales del niño y de acuerdo a esto descartar en primer lugar, una infección.
- En todos los casos de alteración de la t° debe efectuarse un seguimiento del RN controlando su t° axilar cada media a una hora hasta que ésta se estabilice y evaluando las condiciones clínicas de éste.

5. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1.- ¿Defina que es termorregulación?



2.- ¿Porque el recién nacido tiene facilidad para enfriarse?

3.- ¿Cuáles son los mecanismos de transmisión y pérdida de calor?

4.- ¿Cuáles son los efectos del ambiente térmico en el recién nacido?

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Controversies concerning vitamin K and the newborn. Pediatrics 2003;112:191-2.
- Bor O, Akgun N, Yakurt A, Sarhus F, Kose S. Late hemorrhagic disease of the newborn. Pediatr Intern 2000; 42:64-6. [[Links](#)]
- Buck ML. Vitamin K for the prevention of bleeding in newborns. Pediatr Pharmacotherapy 2001; 7:10-6.



GUIA DE LECTURA N°9

TEMA: SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL DEL RECIEN NACIDO

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica al recién nacido con el síndrome meconial.

1. INSTRUCCIONES:

- Lee en forma analítica el material proporcionado. Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

2. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

3. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL DEL RECIEN NACIDO

1.1 Definición:

El Síndrome de aspiración meconial es un trastorno respiratorio causado por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. La aspiración puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto. Los casos más severos pueden ser secundarios a procesos patológicos intrauterinos, primariamente asfixia crónica e infección.

1.2.- Fisiopatología:

La fisiopatología involucra la presencia de meconio en el líquido amniótico, aspiración y enfermedad pulmonar. El 20 % a 23 % de los recién nacidos con líquido teñido de meconio presentan depresión respiratoria al nacer y son causados por procesos patológicos intrauterinos como asfixia crónica e infección, esto conduce a la presencia de meconio en el líquido y a gasping en el recién nacido. La hipertensión pulmonar persistente frecuentemente acompaña a los casos severos de aspiración meconial contribuyendo a la hipoxemia.



- 1.2.1.- Composición del meconio: El meconio es una sustancia espesa, verde – negra, inodora que se encuentra en el interior del intestino del feto desde el tercer mes de gestación. Se produce por la acumulación de desechos fetales como células descamadas del intestino y piel, mucina gastrointestinal, pelo, materias grasas del vernix caseoso, líquido amniótico y secreciones intestinales. Contiene glicoproteínas sanguíneas específicas y una pequeña cantidad de lípidos y proteínas que disminuyen durante la gestación. El color verde – negro es resultado de pigmentos biliares y es estéril. Sin embargo cuando el meconio es aspirado dentro del pulmón puede estimular la liberación de citoquinas y otras sustancias vaso activo que conducen a una respuesta cardiovascular y de inflamación en el feto y recién nacido.
- 1.2.2.- Expulsión de meconio: La expulsión de meconio por parte del feto ocurre precozmente en la gestación. En algunos casos la expulsión de meconio puede ser causada por un aumento en la peristalsis intestinal y relajación del esfínter anal provocado por un aumento del estímulo vagal en las compresiones de cordón umbilical o por aumento del tono simpático durante la hipoxia.
- 1.2.3.- Aspiración: El meconio contenido en el líquido amniótico puede ser aspirado durante movimientos respiratorios fetales o en las respiraciones iniciales posterior al parto. El meconio que permanece en la faringe o tráquea puede ser aspirado después del nacimiento durante las respiraciones iniciales del recién nacido siendo más frecuente en niños deprimidos.
- 1.2.4.- Enfermedad Pulmonar: La aspiración meconial puede interferir con la respiración normal a través de varios mecanismos que incluyen obstrucción de la vía aérea, irritación química, infección e inactivación del surfactante, aunque es más probable que los casos severos de aspiración meconial los problemas sean secundarios más a los procesos patológicos intraútero que a la aspiración.
- 1.2.4.1. Obstrucción de la vía aérea: La obstrucción de la vía aérea puede ser parcial o total. La obstrucción completa provoca



atelectasias distales, la parcial puede ocurrir si el meconio particulado ocluye parcialmente la vía aérea. escape aéreo.

1.2.4.2.- Irritación química: Los componentes del meconio, incluyendo sales biliares, causan inflamación de la vía aérea que es evidente entre 24 y 48 horas después de la inhalación. Se produce una neumonitis exudativa e inflamatoria con alteración del epitelio alveolar y exudado proteico que conduce al colapso alveolar y necrosis celular.

1.2.4.3.- Infección: El líquido amniótico teñido con meconio puede ser un factor potencial para infección bacteriana de la cavidad amniótica y debe alertar al clínico. .

1.3.- Cuadro clínico:

Los recién nacidos con síndrome de aspiración meconial son a menudo post maduros, pequeños para la edad gestacional y muchos nacen con depresión respiratoria.

1.3.1.- Exámen físico:

Los pacientes pueden tener evidencia de ser postmaduros con piel descamativa, uñas largas y vernix disminuido. El vernix, cordón umbilical y uñas pueden estar teñidas de meconio dependiendo de cuan largo el recién nacido ha estado expuesto a meconio en el útero. En general las uñas se tiñen después de 12 a 24 horas de exposición.

Los pacientes afectados tienen distres respiratorio con marcada taquipnea y cianosis. La disminución de la distensibilidad pulmonar y el uso de la musculatura respiratoria accesoria se evidencian por retracción intercostal y subxifoidea y respiración abdominal acompañadas de quejido y aleteo nasal.

2.- Diagnóstico

2.1.- El diagnóstico del síndrome de aspiración meconial se confirma por medio de una radiografía de tórax. La placa radiográfica inicial puede mostrar densidades lineares similares en apariencia a la taquipnea transitoria del recién nacido. resuelven en el curso de 7 a 10 días pero pueden persistir



por semanas. En el 10 a 30% de los pacientes con aspiración meconial se produce síndrome de escape aéreo.

2.2.- Diagnóstico diferencial: Otras causas incluyen: taquipnea transitoria del recién nacido, enfermedad de membrana hialina, neumonía bacteriana, escape aéreo, septicemia y anomalías congénitas del pulmón.

3.- Tratamiento

3.1.- El tratamiento de la aspiración meconial es de soporte.. Los recién nacidos con riesgo de aspiración meconial deben ser monitorizados en forma estricta y proporcionar una adecuada oxigenación y ventilación.

-Se les debe proporcionar un ambiente térmico neutral para minimizar el consumo de oxígeno.

-La manipulación del recién nacido debe ser limitada para evitar agitación y exacerbación de la hipertensión pulmonar persistente si está presente.

3.2.- Oxigenoterapia: El oxígeno debe ser proporcionado para obtener una saturación mayor de 99 mientras se realizan los test diagnósticos. Debe utilizar catéteres umbilicales arteriales y venosos para monitorizar gases y presión arteriales y administrar fluidos y medicamentos.

3.3.- Ventilación asistida: La ventilación asistida se utiliza cuando el intercambio gaseoso no es adecuado.

3.6.- Restricción de líquidos: La alimentación enteral no está indicada en pacientes con enfermedad pulmonar severa. Los líquidos deben ser restringidos a 65 mL/kg por día y se debe limitar la administración de sodio para minimizar el edema periférico y pulmonar

3.8.- Antibióticos: Ya que la infección es difícil de distinguir de la aspiración meconial se recomienda comenzar con antibióticos (ampicilina más aminoglicósido) mientras llegan los resultados de los cultivos. A menos que la sospecha de sepsis sea muy fundada no se debe realizar una punción lumbar por la descompensación pulmonar que el procedimiento puede provocar.



4. Pronóstico

4.1.- La mayoría de los recién nacidos con meconio tienen un buen pronóstico. Desde el uso de la aspiración traqueal, el síndrome de aspiración meconial y la muerte secundaria a ello han disminuido. Sin embargo, el pronóstico depende del grado de depresión respiratoria al nacimiento.

4.2.- Mortalidad: El parto con meconio se asocia a una mayor mortalidad perinatal.

4.3.- Desarrollo Neurológico: Este es bueno en casos no complicados y sin enfermedades subyacentes, pero como los casos más severos se asocian a asfixia intrauterina y/o infección el pronóstico neurológico depende de ello.

4. RESPONDA LAS SIGUIENTE PREGUNTAS :

1.- ¿Defina que es el síndrome de aspiración meconial?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.- ¿Cuál es la composición del meconio?

.....
.....
.....
.....
.....
.....



3.- ¿Cuál es el tratamiento del síndrome meconial?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.-¿cuáles son los Cuidados de enfermería en un recién nacido con el síndrome meconial?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Controversies concerning vitamin K and the newborn. Pediatrics 2003;112:191-
2. Bor O, Akgun N, Yakurt A, Sarhus F, Kose S. Late hemorrhagic disease of the newborn. Pediatr Intern 2000; 42:64-6. [[Links](#)]
3. Buck ML. Vitamin K for the prevention of bleeding in newborns. Pediatr Pharmacotherapy 2001; 7:10-6.



GUIA DE LECTURA N°10

TEMA: SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica al recién nacido con el síndrome de insuficiencia respiratoria

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO: : Identifica términos que consideres importantes

4. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

Síndrome de Insuficiencia Respiratoria en Recién Nacidos (enfermedad de la membrana hialina, SIR)

por Laurie Rosenblum, MPH

DEFINICIÓN

El síndrome de insuficiencia respiratoria (SIR) ocurre principalmente en los niños prematuros. Provoca que los recién nacidos tengan dificultad para respirar. Si no se trata adecuadamente, el ISR puede provocar complicaciones, como una infección del torrente sanguíneo y sangrado en el cerebro. En casos severos, el SIR puede conllevar a convulsiones e incluso, la muerte.

CAUSAS

El SIR ocurre en niños prematuros porque sus pulmones no se han desarrollado lo suficientemente. A los pulmones inmaduros les falta surfactante. El surfactante es un líquido espumoso crucial para que los sacos de aire en los pulmones se expandan y reciban el aire. Cuando no hay suficiente surfactante, los pulmones no se pueden expandir y el bebé tiene dificultad para respirar.

La probabilidad de desarrollar SIR disminuye a medida que el bebé crece. Los bebés que nacen después de la semana 36, rara vez desarrollan esta afección.



Sistema respiratorio de un bebé



Copyright © Nucleus Medical Media, Inc. Risk

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.

- Para los niños que nacen antes de la semana 37; esta afección es más común y será más severa entre más prematuro sea el niño
- Madre con diabetes insulino dependiente
- Parto múltiple
- Parto por cesárea
- Estrés por baja temperatura
- Asfixia
- Parto precipitado
- Bebé con afección previa
- Hombres

SINTOMAS

Los siguientes síntomas comienzan, generalmente, de inmediato o a las pocas horas después del parto:

- Dificultad para respirar, apnea
- Respiración rápida, poco profunda
- Llanto retardado o repentino
- Sonido como de gruñido en cada respiración
- Ensanchamiento de las fosas nasales
- Espuma en los labios
- Coloración azul alrededor de los labios y en el tejido debajo de las uñas
- Inflamación de las extremidades
- Disminución de la diuresis

DIAGNOSTICO



El doctor preguntará el historial clínico de la madre y del embarazo. El bebé también será evaluado, como a continuación se señala:

Antes del nacimiento

El líquido amniótico puede ser examinado para indicadores de la maduración de los pulmones del feto, como:

- Surfactante
- Lecitina: proporción de esfingomielina
- Glicerol fosfatidil

Después de haber nacido

- Análisis de laboratorio: para descartar una infección
- Examen físico: incluye un control de la respiración del bebé y de la aparición de un color azul alrededor de los labios y en el tejido debajo de las uñas
- Prueba de gases sanguíneos: para revisar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre
- Radiografía torácica: un examen que usa radiación para tomar una imagen de las estructuras internas del cuerpo, en este caso, del torso

TRATAMIENTO

El tratamiento para un bebé con SIR normalmente incluye oxígeno y también puede incluir:

Respirador artificial

Un respirador mecánico (respirador artificial) se usa para evitar que los sacos de aire se colapsen y para mejorar el intercambio de oxígeno y otros gases en los pulmones. Este tratamiento ayudará al bebé a respirar mejor y casi siempre se requiere en casos severos de SIR. Se puede utilizar ventilación de alta frecuencia para reducir lesiones pulmonares.

Tratamiento de surfactante

El surfactante se puede administrar para ayudar a que los sacos de aire se expandan y permitan la entrada de más oxígeno. Existen dos opciones, ambas son dirigidas directamente a la tráquea del bebé. Un tipo de surfactante proviene de las vacas y el otro es sintético. Mientras el surfactante produce efecto, el uso del respirador puede ser gradualmente reducido.

Óxido nítrico inhalado

Este gas inhalado puede utilizarse para mejorar la oxigenación.

Soporte nutricional

Los recién nacidos que padecen SIR se les puede suministrar agua y alimentos de la siguiente manera:

- Sonda de alimentación: se inserta una sonda a través de la boca del bebé que llega hasta el estómago



- Alimentación parenteral: los nutrientes son administrados directamente a través de las venas

PREVENCIÓN

Los pasos para ayudar a prevenir el SIR se pueden ocupar en un pequeño número de ocasiones.

Para reducir la probabilidad de tener un bebé prematuro:

- Tenga cuidado prenatal adecuado desde la etapa más temprana del embarazo.
- Tenga una dieta balanceada y tome vitaminas que sean sugeridas por su doctor.
- No fume ni consuma alcohol o drogas.
- Solo tome medicinas que hayan sido aprobadas por su médico.

Si tiene alto riesgo de tener un bebé prematuro:

- Se le podrían administrar esteroides justo antes de dar a luz para ayudar a que los pulmones del bebé se desarrollen
- Su doctor puede realizarle una amniocentesis para revisar la maduración de los pulmones del bebé y para ayudarla a determinar la mejor forma de dar a luz

Después de dar a luz, si un bebé tiene alto riesgo de desarrollar SIR, se le puede dar surfactante justo después del nacimiento para ayudarlo a que respire mejor.

5. RESPONDA LAS PREGUNTAS

1.- Define que es síndrome de insuficiencia respiratoria en recién nacidos.

2. ¿Cuáles son las causas de recién nacido con síndrome de insuficiencia respiratoria?



3.- ¿Diga usted cuales son los síntomas y el tratamiento en la insuficiencia respiratoria?

4.- ¿Con que test se evalúa insuficiencia respiratoria y cuáles son esos parámetros?

5.-¿Cuál es el tratamiento de la insuficiencia respiratoria?

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Respiratory distress syndrome (RDs). American Lung Association website. Available at: <http://www.lung.org/assets/documents/publications/solddc-chapters/rds.pdf>. Published 2010. Accessed September 15, 2015.
- Hermansen C, Lorah K. Respiratory Distress in the Newborn. Am Fam Physician. 2007 Oct 1;76(7):987-994.
- Respiratory distress syndrome. The Merck Manual Professional Edition website. Available at:



- http://www.merckmanuals.com/professional/pediatrics/respiratory_disorders_in_neonates/respiratory_distress_syndrome.html. Updated January 2015. Accessed September 15, 2015.

Última revisión September 2015 por Kari Kassir, MD

ESTUDIO DE CASO N°2

ICTERICIA NEONATAL

Sección:
Docente:
Unidad: III
Semana: 10

Apellidos:
Nombres:
Fecha : .../...../2020 – 20 Duración:
Tipo de práctica: Individual () Grupal (x)

Instrucciones: Lee y estudia atentamente el caso clínico, relacionado al tema 10 luego analiza y contesta las preguntas planteadas; y con tu equipo de trabajo discute cada respuesta y llega a un análisis común; el representante del equipo explica y socializa las respuestas a sus compañeros.

I. Descripción o presentación del caso

Se presenta un recién nacido de sexo masculino, con antecedentes de ser primer hijo de madre adolescente, parto eutócico, de término (39 semanas), alimentado con lactancia materna exclusiva. EL recién nacido ingresa por emergencia al 5 día de vida, presenta la piel y la esclerótica de los ojos, el rostro y una parte del miembro superior lucen amarillas, presenta vómitos, letargia, rechazo de alimento, fiebre **38°F**. presenta cifras de bilirrubina total de 17.8 mg%. y bilirrubina directa está por encima de los 1.5 mg%

2. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución

2.1 ¿Defina que es ictericia y que tipos de ictericia conoce?

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 ¿Explica y comenta sobre los signos que presenta el neonato?

.....

.....

.....

.....

.....



2.3 ¿Qué diferencia existe entre ictericia fisiológica y patológica?

2.4 ¿Cuáles son los valores normales que tiene de bilirrubina el recién nacido ?

- **Resultados/conclusiones**

¿Mencione diagnóstico de enfermería de caso clínico ?

- **Actividades complementarias a realizar**

Menciona los cuidados de enfermería que debe recibir el neonato.



Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- <https://www.slideshare.net/Endrinakrisstellb/ictericia-neonatal-66691043>
- <https://es.slideshare.net/brianfernandezmontenegro/ictericia-neonatal-61534795>

GUIA DE LECTURA N°11

TEMA: Enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K

1. **PROPÓSITO:**

Analiza, identifica la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina k

2. **INSTRUCCIONES:**

3. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

4. **PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:**

Enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K

Dr.: Manuel Pantoja Ludueña*

* Jefe de la Unidad de Neonatología. Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz – Bolivia.

Introducción

La enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K se debe a una acentuada disminución de los factores de coagulación II, VII, IX, y X; proteínas hepáticas llamadas factores del complejo protrombínico que son dependientes de la vitamina K ya que son activados por esta sustancia.

La vitamina K proviene normalmente de la dieta y de la síntesis bacteriana intestinal. El intestino no está colonizado al nacer y por lo tanto no hay producción bacteriana de vitamina K y al agotarse las reservas de vitamina K obtenidas de la madre a través de la placenta, aparecen las manifestaciones clínicas producto de esta deficiencia.

Epidemiología



La enfermedad hemorrágica del recién nacido por deiciencia de vitamina K ocurre con una incidencia aproximada del 0,25% al 1,7%, siendo mas frecuente en recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva y que no recibieron vitamina K al nacimiento.

La mayor incidencia de esta enfermedad se la observa en países donde la atención a la población es deficiente y no se administra vitamina K al nacimiento; en nuestro medio es frecuente por la alta incidencia de partos domiciliarios.

Se informa una baja frecuencia de enfermedad hemorrágica del recién nacido por deiciencia de vitamina K en los países donde se ha establecido como medida terapéutica única, la administración de vitamina K intramuscular al momento de nacer, en comparación con aquellos lugares donde se utilizan múltiples dosis de vitamina K por vía oral, debido al incumplimiento de tratamiento por parte de las madres o la existencia de una deficiente absorción intestinal.

Etiopatogenia

La enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K es causada por diversos factores: ausencia de reservas tisulares de vitamina K, ausencia de profilaxis con la administración de vitamina K al nacer, lactancia materna exclusiva y inicio tardío de la alimentación.

La vitamina K es indispensable para la biosíntesis de seis factores de coagulación: protrombina, V, VII, IX, X y proteínas inhibitorias C y S. Los niveles séricos de estos factores están disminuidos los primeros días de vida debido a la escasa reserva neonatal de vitamina K, por el deficiente paso transplacentario y falta de síntesis de la misma por ausencia de flora intestinal. En ocasiones los niveles permanecen bajos hasta los seis meses de edad, pero lo habitual es que vuelvan a sus niveles normales alrededor de los tres meses de vida.

La vitamina K es un cofactor necesario para la gama-carboxilación de los precursores de protrombina que la convierten en activa; estos precursores se denominan proteínas inducidas por ausencia de vitamina K (PIVKA), las cuales se encuentran elevadas en la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

La vitamina K se encuentra disponible en dos formas: ñtoquinona o vitamina K_p que se encuentra en abundancia en aceites vegetales y hojas de las plantas, y es la única que



esta disponible en el mercado y la otra forma utilizable es la vitamina K₂ o menaquinona que es sintetizada por la flora intestinal.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se los destacan en el [cuadro N° 1](#); estas situaciones ocasionan disminución de la cantidad de vitamina K disponible o disminución de la síntesis por el hígado del neonato y a consecuencia de ello, se produce la enfermedad hemorrágica por deficiencia de vitamina K.

Cuadro N° 1. Factores que predisponen a una enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K.

Factores maternos:

➤ Drogas que interfieren con la disponibilidad de vitamina K:

- Salicilatos
- Warfarina,
- Dicumarol
- Hidantoína
- Carbamazepina
- Primidona
- Fenobarbital
- Rifampicina
- Isoniazida

Factores neonatales:

➤ Ocasionalmente la lactancia materna exclusiva

- Prematuridad
- Alimentación deficiente
- Nutrición parenteral
- Síndromes de mala absorción: fibrosis quística, enfermedad celiaca, diarrea crónica.
- Esterilización intestinal por uso de antibióticos
- Retardo de colonización bacteriana intestinal
- Complicaciones obstétricas y perinatales: asfisia y sufrimiento fetal prolongado
- Enfermedades hepáticas: insuficiencia hepática, atresia biliar, hepatitis, deficiencia de alfa-1-antitripsina.

Manifestaciones clínicas

La enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K se manifiesta con sangrados de diferente magnitud y que en ocasiones pueden



comprometer la vida del recién nacido. Se presenta durante los primeros días de vida y excepcionalmente en forma más tardía en los recién nacidos que no se les administró vitamina K en forma profiláctica y sobre todo en los niños alimentados con lactancia materna exclusiva, por ser la leche materna deficiente en vitamina K (la leche materna tiene 15 $\mu\text{g/L}$ comparado con 60 $\mu\text{g/L}$ en la leche de vaca) y más aún si la madre ingiere alimentos pobres en contenido de vitamina K. Como dato importante para destacar, está el hecho de que el recién nacido con esta variedad de diátesis hemorrágica, no tiene un padecimiento subyacente y por tanto es un niño, en cualquier otro aspecto, sano.

Las manifestaciones clínicas más importantes incluyen: melena, rectorragia, hematemesis, cefalo-hematoma, sangrado del cordón umbilical, equimosis, petequias, hemorragias viscerales y sangrado posterior a una cirugía, como ser una circuncisión. El sangrado más peligroso y que deja secuelas severas o es la causa de muerte, es la hemorragia intracraneana que se presenta con mayor frecuencia en la presentación tardía de la enfermedad. Otros síntomas y signos que podemos encontrar, son palidez de piel y mucosas, irritabilidad, intolerancia a la alimentación, succión deficiente, convulsiones y fontanela abombada.

Clasificación

La enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K, se clasifica de acuerdo a la edad de presentación en precoz, clásica y tardía, ver [cuadro N° 2](#).

Cuadro N° 2. Clasificación de la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K.

Clasificación	Edad de inicio	Causas probables
Temprana	Primeras 24 horas de vida.	Uso de drogas maternas que interfieren con la vitamina K, complicaciones del parto.
Clásica	2 a 14 días de vida.	Falta de profilaxis con vitamina K.
Tardía	A partir de la 2ª. semana de vida hasta los 6 meses de edad.	Falta de profilaxis con vitamina K al nacer y niños usualmente alimentados con lactancia materna exclusiva, síndromes de mala absorción, uso de antibióticos de amplio espectro, hepatopatías, nutrición parenteral.

Diagnóstico

La anomalía primaria en la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K es la hipoprotrombinemia, por lo que el tiempo de protrombina siempre es anormal y ocasionalmente pueden estar prolongados el tiempo parcial de tromboplastina y el tiempo de coagulación.

El tiempo de protrombina es una prueba de la vía extrínseca y evalúa la activación del factor X por el factor VII y los factores VI, X, V, II y fibrinógeno. El tiempo de tromboplastina evalúa la vía intrínseca y la activación del factor X por factores XII, XI, IX y VIII; también evalúa la vía común (factores X, V, II y fibrinógeno). La medición de vitamina K en plasma es técnicamente difícil, por lo que no es un estudio práctico para el diagnóstico.



El tiempo de sangría, el ibrinógeno y el recuento de plaquetas se encuentran normales. En el hemograma se puede encontrar una anemia y la magnitud de la misma dependerá de la severidad de la hemorragia.

Otros exámenes complementarios que se pueden solicitar son: ecografía transfontanelar y tomografía axial computarizada de cráneo, cuando se sospecha de la presencia de una hemorragia intracraneana.

Diagnóstico diferencial

Para hacer el diagnóstico diferencial de la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K se deben considerar todas las entidades que se manifiestan con sangrado durante el período neonatal, como ser: coagulación intravascular diseminada (CID), trombocitopenia, hemofilia A y B, ingestión de sangre materna, insuficiencia hepática, deficiencia hereditaria de factores de coagulación, hemorragia secundaria a hemangioma, anomalías vasculares o trauma y enfermedades infiltrativas de la médula ósea (leucemia).

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar son: anemia aguda, choque hipovolémico y hemorragia en algún órgano vital que pueda poner en peligro la vida del paciente, como ser la hemorragia intracraneana.

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K consiste en la administración de 1 a 2 mg de vitamina K_p intramuscular (IM) o intravenosa (IV) lenta en dosis única. Si la hemorragia es considerable se puede administrar además, 10 a 15 mL/Kg de plasma fresco congelado. Posterior a las 12 horas de administración de la vitamina K, deben mejorar las pruebas de coagulación y debe cesar el sangrado; si esto no ocurre, hay bastantes posibilidades de que la hemorragia se deba a otras causas.

En situaciones donde la hemorragia ha llegado a ser considerable o en caso de choque hipovolémico será necesaria la administración de paquete globular 10 mL/Kg/dosis o sangre fresca total 20 mL/Kg/dosis.

En los casos en que la madre utiliza medicación anticonvulsivante, se le debe administrar 10 mg de vitamina K₁ por vía IM 24 horas antes del parto y al recién nacido 1 mg IM en el período post-parto inmediato, repitiendo la dosis a las 24 horas de vida.

Los niños con nutrición parenteral, fibrosis quística, atresia de vías biliares, diarrea crónica, deben recibir complemento semanal de 0.5 mg de vitamina K.



Prevención

La Academia Americana de Pediatría recomienda la administración profiláctica a todos los recién nacidos de una dosis única de vitamina K por vía IM, para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K de presentación clásica y tardía; con el siguiente esquema: administración IM de vitamina K1, en dosis única de 0,5 mg a neonatos con peso igual o inferior a 1500 g y 1 mg a niños con peso superior a 1500 g durante las primeras seis horas de vida y repetir la dosis a los 15-30 días de vida en los niños alimentados con lactancia materna exclusiva.

La Academia Americana de Pediatría también indica que se deben realizar mayores estudios para valorar la eficacia, seguridad y bio-disponibilidad de los preparados orales de vitamina K₁ y que se debe adecuar la dosis para prevenir la presentación tardía de la enfermedad por deficiencia de vitamina K, particularmente en los niños alimentados con lactancia materna exclusiva.

El esquema por vía oral que algunos centros preconizan es el siguiente: 2 mg de vitamina K1 al iniciar la lactancia materna, repetir la dosis a las 2-4 semanas y a las 6-8 semanas de vida y siempre deben cerciorarse de que los padres cumplan con la administración de todas las dosis indicadas.

Conclusiones

Una dosis única de vitamina K por vía intramuscular, administrada después del nacimiento, es efectiva en la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K de presentación clásica, especialmente si el niño es alimentado con lactancia materna exclusiva.

La profilaxis con vitamina K intramuscular mejora los índices bioquímicos del estado de coagulación entre el primer y el séptimo día. La vitamina K por vía oral no previene la presentación tardía de la enfermedad.

5. RESPONDA LAS PREGUNTAS

1.- Defina que es Enfermedad hemorrágica del recién nacido.

2.- ¿Cuáles son los factores de riesgo de la enfermedad hemorrágica del recién nacido?



3.- ¿Cómo se clasifica la enfermedad hemorrágica del recién nacido?

4.- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la enfermedad hemorrágica del recién nacido?

6. Referencias Bibliograficas :

1. American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Controversies concerning vitamin K and the newborn. Pediatrics 2003;112:191-2.
2. Bor O, Akgun N, Yakurt A, Sarhus F, Kose S. Late hemorrhagic disease of the newborn. Pediatr Intern 2000; 42:64-6. [[Links](#)]
3. Buck ML. Vitamin K for the prevention of bleeding in newborns. Pediatr Pharmacotherapy 2001; 7:10-6.



GUIA DE LECTURA N°12

TEMA: SEPSIS NEONATAL

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica al recién nacidos con sepsis neonatal.

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

4. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

SEPSIS NEONATAL

DEFINICIÓN

Es una infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la sepsis de aparición tardía ocurre después de los 8 días y antes de los tres meses de edad.

Causas

Muchas bacterias diferentes, incluso la *Escherichia coli* (*E. coli*), *Listeria* y ciertas cepas de estreptococo, pueden causar sepsis neonatal. Los estreptococos del grupo B (GBS, por sus siglas en inglés) han sido una causa mayor de sepsis neonatal. Sin embargo, este problema se ha vuelto menos común porque se examina a las mujeres durante el embarazo. El virus del herpes simple (HSV, por sus siglas en inglés) también puede causar una infección grave en un bebé recién nacido. Esto sucede más a menudo si la madre contrajo recientemente esta infección.

La sepsis neonatal de aparición temprana se presenta más a menudo dentro de las 24 horas después del nacimiento. El bebé contrae la infección de la madre antes o durante el parto.

Los siguientes factores incrementan el riesgo para un bebé de padecer una sepsis bacteriana de aparición temprana:



- Colonización durante el embarazo con estreptococos del grupo B.
- Parto prematuro.
- Ruptura de fuente (ruptura de membranas) que dura más de 18 horas antes del nacimiento.
- Infección de tejidos de la placenta y líquido amniótico (corioamnionitis).

Los bebés con sepsis neonatal de aparición tardía resultan infectados después del parto. Los siguientes factores aumentan el riesgo para un bebé de padecer este tipo de sepsis:

- Tener un catéter durante mucho tiempo en un vaso sanguíneo.
- Permanecer en el hospital por un período de tiempo prolongado.

Síntomas

Los bebés con sepsis neonatal pueden tener los siguientes síntomas:

- Cambios en la temperatura corporal
- Problemas respiratorios
- Diarrea
- Glucemia baja
- Movimientos reducidos
- Reducción en la succión
- Convulsiones
- Frecuencia cardíaca lenta
- Área ventral hinchada
- Vómitos
- Piel y esclerótica de color amarillo (ictericia)

Pruebas y exámenes

Los exámenes de laboratorio pueden ayudar a diagnosticar la sepsis neonatal e identificar la causa de la infección. Los exámenes de sangre pueden incluir:

- Hemocultivo
- Proteína C reactiva



- Conteo de glóbulos blancos (CGB)

Si el bebé tiene síntomas de sepsis, se llevará a cabo una punción lumbar (punción raquídea) para examinar el líquido cefalorraquídeo en búsqueda de bacterias. Se pueden hacer cultivos de piel, heces y orina para el virus del herpes, especialmente si la madre tiene un antecedente de infección.

Si el bebé tiene tos o problemas respiratorios, se tomará una radiografía del tórax.

Los urocultivos se realizan en bebés que tienen más de unos cuantos días de edad.

Tratamiento

Los bebés menores de 4 semanas que tienen fiebre u otros signos de infección reciben antibióticos intravenosos (IV) de inmediato. (Los resultados de laboratorio pueden tardar de 24 a 72 horas). Los recién nacidos cuyas madres hayan tenido corioamnionitis o que hayan estado en un alto riesgo por otras razones también recibirán antibióticos al principio, incluso si no tienen síntomas.

El bebé recibirá antibióticos por hasta 3 semanas si se encuentran bacterias en la sangre o en el líquido cefalorraquídeo. El tratamiento será más corto si no se encuentran bacterias.

Una medicina antiviral llamada aciclovir se usará para las infecciones causadas por HSV. Los bebés mayores que tengan resultados del laboratorio normales y que solo hayan tenido fiebre pueden no recibir antibióticos. En lugar de esto, el niño puede ir a casa y regresar para consultas de seguimiento.

Los bebés que necesiten tratamiento y que ya hayan ido a casa después de nacer a menudo serán hospitalizados para realizarles un monitoreo.

Pronóstico

Con el tratamiento oportuno, muchos bebés con estas infecciones bacterianas se recuperarán por completo sin problemas perdurables. No obstante, la sepsis neonatal es una causa principal de muerte infantil y cuanto más rápidamente un bebé reciba el tratamiento, mejor será el desenlace clínico.

Posibles complicaciones

Las complicaciones pueden incluir:

- Discapacidad
- Muerte

Prevención

Las mujeres embarazadas pueden necesitar antibióticos preventivos si tienen:

- Corioamnionitis
 - Colonización de estreptococos del grupo B
 - Han dado a luz a un bebé con sepsis debido a las bacterias anteriormente
- Otros factores que pueden ayudar a prevenir la sepsis incluyen:



- Prevenir y tratar las infecciones en la madre, incluso el virus del herpes simple
- Proporcionar un sitio limpio para el nacimiento
- Dar a luz al bebé dentro de las 12 a 24 horas posteriores al rompimiento de la fuente (el parto por cesárea debe llevarse a cabo dentro de las 4 a 6 horas posteriores o antes del rompimiento de la fuente)

Nombres alternativos

Sepsis del neonato; Septicemia neonatal; Sepsis en bebés

5. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1.- Defina que es sepsis neonatal.

2.- ¿Cuales son la causa de la sepsis neonatal?

3.- ¿Cuáles son los síntomas de sepsis neonatal?



4.- ¿Cuál es el tratamiento de una sepsis neonatal?

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Committee on Infectious Diseases; Committee on Fetus and Newborn, Baker CJ, Byington CL, Polin RA.. Policy Statement: Recommendations for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal (GBS) Disease. *Pediatrics*. 2011;128(3):611-616. PMID: 21807694 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21807694.
- Baley JE, Gonzalez BE. Perinatal viral infections. In Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 57.



CUARTA UNIDAD

GUIA DE LECTURA N°13

TEMA: ANO IMPERFORADO.

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica al recién nacido con ano imperforado.

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

2. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

3. DESCRIPCIÓN DEL TEMA:

Ano imperforado

Es un defecto que está presente al nacer (congénito), en el cual la abertura hacia el ano falta o está obstruida. El ano es la abertura hacia el recto a través de la cual las heces salen del cuerpo.

Causas

El ano imperforado puede ocurrir de varias maneras:

- El recto puede terminar en un bolsillo que no se conecta con el colon.
- El recto puede tener aberturas hacia otras estructuras. Estas pueden incluir la uretra, la vejiga, la base del pene o el escroto en los niños o la vagina en las niñas.
- Puede haber estrechamiento (estenosis) o ausencia del ano.

Lo causa un desarrollo anormal en el feto. Muchas formas de ano imperforado ocurren con otras anomalías congénitas.

Síntomas

Los síntomas de este problema pueden incluir:

- Orificio anal muy cerca de la abertura vaginal en las mujeres.



- El bebé no elimina la primera deposición al cabo de 24 a 48 horas después del nacimiento.
- Ausencia o desplazamiento del orificio anal.
- Las deposiciones salen a través de la vagina, la base del pene, el escroto o la uretra.
- Zona abdominal hinchada.

Pruebas y exámenes

Un proveedor de atención médica puede diagnosticar esta afección durante un examen físico. Se pueden recomendar estudios imagenológicos.

Tratamiento

El bebé debe ser examinado en busca de otros problemas, como anomalías de los genitales, las vías urinarias y la columna.

Se requiere cirugía para corregir el ano. Si el recto se comunica con otros órganos, también será necesaria la reparación de estos órganos. Con frecuencia, se requiere una colostomía temporal (conectar el extremo del intestino grueso a la pared abdominal de manera que las heces se puedan recolectar en una bolsa).

Expectativas (pronóstico)

La mayoría de las anomalías se pueden corregir eficazmente con cirugía. La mayoría de los niños con anomalías leves tienen un muy buen pronóstico; sin embargo, el estreñimiento puede ser un problema.

Los niños que se someten a cirugías más complejas por lo regular aun tendrán control sobre sus deposiciones la mayoría de las veces. Sin embargo, con frecuencia, necesitan seguir un programa para el intestino, el cual incluye comer alimentos ricos en fibra, tomar ablandadores de heces y algunas veces usar enemas.

Algunos niños pueden necesitar otras cirugías.

Prevención

No se conoce ninguna forma de prevención. Los padres con antecedentes familiares de este defecto pueden buscar asesoría genética.

Nombres alternativos

Malformación anorrectal; Atresia anal



4. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1.- **¿Defina** que es ano imperforado?

2.- **¿Diga las causas y los síntomas del ano imperforado?**

3.- **¿Cuál es el tratamiento del ano imperforado?**

5. Bibliografía

- Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF. Surgical conditions of the anus and rectum. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 344.
- Levitt MA, Pena A. Imperforate anus and cloacal malformations. In: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ, eds. *Ashcraft's Pediatric Surgery*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 35.

Traducción y localización realizada por: DrTango, I



GUIA DE LECTURA N°14

TEMA: ESTENOSIS PILÓRICA

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica al recién nacido con estenosis pilórica.

2. INSTRUCCIONES:

- Leer en forma analítica el material proporcionado. Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO: Identifica términos que consideres importantes

4. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

ESTENOSIS PILÓRICA

La estenosis pilórica es un estrechamiento del píloro, la abertura que va del estómago al intestino delgado.

Causas

Normalmente, el alimento pasa de manera fácil desde el estómago hacia la primera parte del intestino delgado a través de una válvula llamada píloro. En la estenosis pilórica, los músculos del píloro se engruesan. Esto impide que el estómago se vacíe en el intestino delgado.

La causa exacta del engrosamiento se desconoce. Los genes pueden jugar un papel, dado que los hijos de padres que tuvieron estenosis pilórica son más propensos a padecer esta afección. Otros factores de riesgo incluyen ciertos antibióticos, un exceso de ácido en la primera parte del intestino delgado (duodeno), y ciertas enfermedades con las que puede nacer el bebé, como la diabetes.

La estenosis pilórica ocurre con mayor frecuencia en niños menores de 6 meses. La afección es más común en niños que en niñas.

Síntomas

- El vómito es el primer síntoma en la mayoría de los niños:
- El vómito puede ocurrir después de cada alimentación o sólo después de algunas alimentaciones.
- El vómito por lo general comienza alrededor de las 3 semanas de vida, pero puede empezar en cualquier momento entre la primera semana y los 5 meses de edad.



- El vómito es fuerte (vómitos explosivos).
- El bebé presenta hambre después de vomitar y desea alimentarse de nuevo.

Otros síntomas aparecen varias semanas después del nacimiento y pueden incluir:

- Dolor abdominal.
- Eructos.
- Hambre constante.
- Deshidratación (empeora con la gravedad del vómito).
- Imposibilidad para aumentar de peso o pérdida de peso.
- Movimiento ondulatorio del abdomen poco después de consumir alimentos y justo antes de presentarse el vómito.

Pruebas y exámenes

La afección generalmente se diagnostica antes de que el bebé cumpla 6 meses de edad.

Un examen físico puede revelar:

- Signos de deshidratación, como resequedad de la piel y la boca, menos lágrimas al llorar y pañales secos.
- Un vientre hinchado.

Una masa en forma de aceituna al tocar (palpar) la zona estomacal, que es un píloro anormal.

- Una ecografía abdominal puede ser el primer examen imagenológico a realizar. Otros exámenes que se pueden hacer incluyen:
- Radiografía con bario que revela un estómago hinchado y un píloro estrecho.
- Análisis bioquímico de la sangre, que a menudo revela un desequilibrio de electrolitos.

Tratamiento

El tratamiento para la estenosis pilórica consiste en una cirugía para dilatar el píloro. La cirugía se llama piloromiotomía.

Si no es seguro poner al bebé a dormir para la cirugía, se utilizará un dispositivo llamado endoscopia con un globo diminuto en el extremo. El globo se infla para dilatar el píloro.

En bebés que no pueden someterse a una cirugía, se puede probar la alimentación por sonda o medicina para relajar el píloro.



Expectativas (pronóstico)

La cirugía generalmente alivia todos los síntomas. Tan solo algunas horas luego de la cirugía, el bebé puede comenzar a recibir alimentaciones pequeñas y frecuentes.

Posibles complicaciones

Si la estenosis pilórica no se trata, el bebé no obtendrá suficiente nutrición y líquidos, y puede presentar un peso menor al deseado y deshidratación.

Nombres alternativos

Estenosis pilórica hipertrófica congénita; Estenosis pilórica hipertrófica infantil; Obstrucción del orificio gástrico.

5. PREGUNTAS

1.- ¿Defina estenosis pilórica?

2.- ¿Diga las causas y los síntomas de la estenosis pilórica?

3.- ¿Cuál es el tratamiento de la estenosis pilórica?



4. ¿Cuáles son los Cuidados de enfermería?

6.REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Hunter AK, Liacouras CA. Pyloric stenosis and other congenital anomalies of the stomach. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 329.
- Kanters A, Ponsky T. Pyloromyotomy for pyloric stenosis. In: Delaney CP, ed. *Netter's Surgical Anatomy and Approaches*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 10.



GUIA DE LECTURA N°15

TEMA: Mielomeningocele

1. PROPÓSITO:

Analiza y identifica al recién nacido con mielomeningocele.

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO: Identifica términos que consideres importantes

4. PRESENTACION DEL TEXTO O LECTURA:

Mielomeningocele

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.

Etiología (Causas y factores de riesgo)

Normalmente, durante el primer mes de un embarazo, los dos lados de la columna vertebral (espinazo) se unen para cubrir la médula espinal, los nervios raquídeos y las meninges (los tejidos que cubren la médula espinal).

La espina bífida se refiere a cualquier defecto congénito que involucra cierre incompleto de la columna vertebral.

El mielomeningocele es el tipo más común de espina bífida. Es una anomalía del tubo neural en la cual los huesos de la columna no se forman completamente, lo que da como resultado un conducto raquídeo incompleto.

Esto hace que la médula espinal y las meninges (los tejidos que recubren la médula espinal) protruyan (sobresalgan) de la espalda del niño.

El mielomeningocele puede afectar hasta 1 de cada 800 bebés. El resto de los casos de mielomeningocele son en su mayor parte:



- Espina bífida oculta, una afección en la cual los huesos de la columna no se cierran, pero la médula espinal y las meninges permanecen en su lugar y la piel generalmente cubre el defecto
- Meningocele, una afección en donde el tejido que cubre la médula espinal protruye a través del defecto de la columna, pero la médula espinal permanece en su lugar

También se pueden presentar otros trastornos congénitos o defectos de nacimiento en un niño con mielomeningocele.

La hidrocefalia puede afectar hasta el 90% de los niños con mielomeningocele. Igualmente, se pueden observar otros trastornos de la médula espinal o del sistema musculoesquelético, incluyendo siringomielia y dislocación de la cadera.

La causa del mielomeningocele es desconocida. Sin embargo, se cree que los bajos niveles de ácido fólico en el organismo de una mujer antes y durante el comienzo del embarazo juegan un papel en este tipo de defecto congénito. La vitamina ácido fólico (o folato) es importante para el desarrollo del cerebro y la médula espinal.

De igual manera, si un niño nace con mielomeningocele, los futuros niños de esa familia corren un riesgo más alto que el resto de la población general. Sin embargo, en muchos casos, no hay conexión con la familia.

Algunos han planteado la teoría de que un virus puede jugar un papel, debido a que hay una tasa mayor de esta afección en niños que nacen a comienzos del invierno. Las investigaciones también señalan posibles factores ambientales como la radiación.

Manifestaciones clínicas (Signos y síntomas)

Un recién nacido puede presentar un saco que sobresale de la mitad a la parte baja de la espalda. El médico no puede ver a través del saco cuando proyecta una luz por detrás. Los síntomas abarcan:

- 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

Otros síntomas pueden abarcan:

- Pies o piernas anormales, como pie zambo



- Acumulación de líquido dentro del cráneo (hidrocefalia)
- Pelo en la parte posterior de la pelvis llamada área sacra
- Depresión del Área sacra

Diagnóstico (Pruebas y exámenes)

La evaluación prenatal puede ayudar a diagnosticar esta afección. Durante el segundo trimestre, las mujeres embarazadas pueden hacerse un examen de sangre llamado prueba de detección cuádruple.

Este examen detecta mielomeningocele, síndrome de Down y otras enfermedades congénitas en el bebé. La mayoría de las mujeres que llevan en su vientre un bebé con espina bífida tendrán niveles más altos de lo normal de una proteína llamada alfafetoproteína (AFP) materna.

Si la prueba de detección cuádruple es positiva, se necesitan exámenes adicionales para confirmar el diagnóstico. Dichos exámenes pueden ser:

- Ecografía del embarazo
- Amniocentesis

El mielomeningocele se puede observar después de que el niño nace. Una evaluación neurológica puede mostrar que tiene pérdida de las funciones relacionadas con los nervios por debajo del defecto.

Por ejemplo, el hecho de observar cómo responde el bebé a los pinchazos en diversos lugares puede revelar dónde puede percibir las sensaciones.

Los exámenes realizados en el bebé después del nacimiento pueden comprender radiografías, ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética del área de la columna.

Tratamiento

Se puede recomendar la asesoría genética. En algunos casos, cuando se detecta un defecto severo a principios del embarazo, se puede considerar la posibilidad de aborto terapéutico.



Después de nacer, generalmente se recomienda una cirugía para reparar el defecto a temprana edad. Antes de la cirugía, el niño tiene que ser tratado con cuidado para reducir los daños a la médula espinal expuesta.

Esto puede incluir un cuidado y posicionamiento especiales, dispositivos de protección y modificaciones en los métodos de alimentar, manipular y bañar al bebé.

Los niños que también tienen hidrocefalia pueden necesitar que se les coloque una derivación ventrículo-peritoneal. Esto ayudará a drenar el líquido adicional.

Los antibióticos se pueden utilizar para tratar o prevenir infecciones como meningitis o infecciones urinarias.

La mayoría de los niños requerirá tratamiento de por vida para problemas que resulten del daño a la médula espinal y los nervios raquídeos. Esto incluye:

- Una suave presión hacia abajo sobre la vejiga puede ayudar a drenar este órgano. En los casos severos, se pueden necesitar sondas de drenaje, llamadas catéteres. Una dieta alta en fibra y los programas de entrenamiento para evacuar pueden mejorar el funcionamiento intestinal
- Es posible que se necesite la terapia ortopédica o la fisioterapia para tratar los síntomas musculoesqueléticos. Igualmente, se pueden necesitar dispositivos ortopédicos para los problemas musculares y articulares
- Las pérdidas neurológicas se tratan de acuerdo con el tipo y severidad de la pérdida funcional

Los exámenes de control generalmente continúan a lo largo de toda la vida del niño. Éstos se hacen para verificar su nivel de desarrollo y tratar cualquier problema intelectual, neurológico o físico.

Pronóstico

Un mielomeningocele usualmente se puede corregir con cirugía. Con tratamiento, la expectativa de vida no se ve gravemente afectada. El daño neurológico con frecuencia es irreversible.

Se pueden desarrollar nuevos problemas dentro de la médula espinal posteriormente en la vida, sobre todo después de que el niño empieza a crecer rápidamente durante la pubertad.



Esto puede llevar a más pérdida de la función, así como también problemas ortopédicos como escoliosis, deformidades del pie o del tobillo, caderas dislocadas y tensión o contracturas de la articulación.

Muchos pacientes con mielomeningocele usan principalmente una silla de ruedas.

Posibles complicaciones

- Parto difícil con problemas posteriores a un nacimiento traumático, como disminución del oxígeno al cerebro y parálisis cerebral
- Infecciones urinarias frecuentes
- Hidrocefalia
- Pérdida del control vesical o intestinal
- Meningitis
- Debilidad o parálisis de las piernas permanente

Es posible que esta lista no los incluya a todos.

Consulte

- Un saco protruye de la columna de un bebé recién nacido
- El niño tarda en caminar o gatear
- Se presentan síntomas de hidrocefalia, como fontanelas prominentes, irritabilidad, somnolencia extrema y dificultades en la alimentación
- Se presentan síntomas de meningitis, como fiebre, cuello rígido, irritabilidad y llanto agudo

Prevención

Los suplementos de ácido fólico pueden ayudar a reducir el riesgo de las anomalías del tubo neural, como el mielomeningocele. Es recomendable que cualquier mujer que esté pensando en quedar embarazada tome 0.4 mg de ácido fólico al día. Las mujeres embarazadas necesitan 1 mg diario.

Es importante recordar que las deficiencias de ácido fólico se deben corregir antes de embarazarse puesto que los defectos se desarrollan muy temprano.

Se puede examinar a las futuras madres para determinar la cantidad de ácido fólico en su sangre.

5. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Qué es el Mielomeningocele?



2. ¿Cuáles son sus signos y síntomas de la Mielomeningocele?

3. ¿Cuál sería la prevención para esta patología?

6. **Referencias Bibliográficas:**

- Francisco Ruza. Tratado de Cuidados intensivos pediátricos. 3ª ed. Ediciones Norma-Capitel, 2003.
- Robert K. Stoelting, Stephen F. Dierdorf. Anestesia Y Enfermedad Coexistente. 4ª ed. Elsevier, 2003.
- Fernando Silberman, Óscar Varaona. Ortopedia y Traumatología. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana, 2010.



GUIA DE LECTURA N°16

TEMA: ONFALOCELE

1. PROPÓSITO:

Analiza e identifica al recién nacido con Onfalocele.

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

4. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

Onfalocele

Es un defecto congénito en el cual el intestino u otros órganos abdominales del bebé están fuera del cuerpo debido a un orificio en el área del ombligo. Los intestinos están cubiertos solo por una capa de tejido delgada y se pueden observar fácilmente.

Causas

Un onfalocele se considera un defecto en la pared abdominal (un agujero en la pared abdominal). Los intestinos del niño generalmente sobresalen (protruyen) a través de un agujero.

La afección se ve similar a una gastrosquisis. Un onfalocele es un defecto congénito en el cual el intestino u otros órganos abdominales del bebé protruyen a través de un agujero en la zona del ombligo del bebé y están cubiertos por una membrana. En la gastrosquisis, no hay una membrana que cubra.

Los defectos en la pared abdominal se desarrollan a medida que el bebé crece dentro del útero de la madre. Durante el desarrollo, los intestinos y otros órganos (hígado, vejiga, estómago, y ovarios o testículos) se desarrollan fuera del cuerpo al inicio y después generalmente vuelven al interior. En los bebés con onfalocele, el intestino y otros órganos permanecen fuera de la pared abdominal, con una membrana que los cubre. Se desconoce la causa exacta de los defectos de la pared abdominal.

Los bebés con onfalocele a menudo tienen otros defectos congénitos. Dichos defectos incluyen problemas genéticos (anomalías cromosómicas), hernia diafragmática congénita, y defectos cardíacos y renales. Estos problemas también afectan el panorama general (pronóstico) para la salud del bebé y su supervivencia.



Síntomas

Un onfalocele se puede ver claramente. Esto se debe a que los contenidos abdominales sobresalen (protruyen) a través de la zona del ombligo.

Existen diferentes tamaños de onfalocelos. En los pequeños, solamente el intestino permanece por fuera del cuerpo. En los más grandes, también pueden estar por fuera el hígado u otros órganos.

Pruebas y exámenes

Con los ultrasonidos prenatales, a menudo se identifica a los bebés con onfalocele antes del nacimiento.

A menudo no es necesario un examen para diagnosticar el onfalocele. Sin embargo, a los bebés con onfalocele se les deben realizar exámenes para otros problemas que a menudo vienen con esta afección. Esto incluye ultrasonidos de los riñones y corazón, exámenes de sangre para buscar trastornos genéticos, entre otros exámenes.

Tratamiento

Los onfalocelos se reparan con cirugía, aunque no siempre de manera inmediata. Un saco protege los contenidos abdominales y puede permitir tener tiempo para atender primero otros problemas más serios, como los defectos cardíacos.

Para reparar un onfalocele, se cubre el saco con un material sintético especial, el cual luego se sutura en el lugar para formar lo que se denomina un silo. A medida que el bebé crece con el paso del tiempo, los contenidos abdominales se reintroducen en el abdomen.

Cuando el onfalocele puede encajar cómodamente dentro de la cavidad abdominal, se retira el silo y se cierra el abdomen.

Algunas veces, el onfalocele es tan grande que no puede ser reubicado dentro del abdomen del bebé. La piel alrededor del onfalocele crece y eventualmente lo cubre. Se pueden reparar los músculos abdominales y la piel cuando el niño sea mayor con el fin de lograr un resultado estético mejor.

Expectativas (pronóstico)

Se espera la recuperación completa después de la cirugía para un onfalocele. Sin embargo, los onfalocelos a menudo ocurren con otros defectos congénitos. El pronóstico del bebé depende de qué otras afecciones tenga.

Si el onfalocele se identifica antes del nacimiento, se debe vigilar cuidadosamente a la madre para garantizar que el feto permanezca saludable.

Se deben hacer los planes respectivos para un parto cuidadoso y el manejo inmediato del problema después del nacimiento. El parto del bebé se debe llevar a cabo en un



centro médico en donde tengan experiencia con la reparación de defectos de la pared abdominal. Los bebés que no necesiten ser trasladados a otro centro médico para un tratamiento adicional probablemente tendrán un mejor pronóstico.

Los padres deben contemplar examinar al bebé, y posiblemente a los familiares, para buscar otros problemas genéticos que están asociados con esta afección.

Posibles complicaciones

Otra complicación es la muerte del intestino (necrosis). Esto ocurre cuando el tejido intestinal muere debido a un bajo flujo sanguíneo o una infección.

El aumento de la presión de los contenidos abdominales fuera el lugar puede disminuir el flujo sanguíneo a los intestinos y los riñones. También pueden dificultar la expansión de los pulmones del bebé, lo que puede causar problemas respiratorios.

Esta afección es evidente en el nacimiento y se detectará en el hospital al momento del parto si no se ha visto antes en los exámenes de ultrasonido fetal de rutina durante el embarazo. Si ha dado a luz en casa y su bebé parece tener este defecto, llame de inmediato al número de emergencia local (911 en los Estados Unidos).

Este problema se diagnostica y se repara en el hospital en el momento del nacimiento. Después de regresar al hogar, llame a su proveedor de atención médica si su bebé presenta cualquiera de estos síntomas:

- Disminución de las deposiciones
- Problemas de alimentación
- Fiebre
- Vómito verde o verde amarillento
- Zona abdominal hinchada
- Vómitos (regurgitación del bebé diferente de lo normal)
- Cambios preocupantes en el comportamiento

Nombres alternativos

Defecto congénito - onfalocele; Defecto de la pared abdominal - bebé; Defecto de la pared abdominal - neonato; Defecto de la pared abdominal - recién nacido.

5. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1.- ¿Qué es el onfalocele?

2.- ¿cuáles son las causas y signos y síntomas del onfalocele?



3.- ¿Cuál es el tratamiento de un onfalocele?

4.- ¿Cuáles son las posibles complicaciones.?

6. Resumen Bibliográfico:

- Gottlieb LJ, Reid RR, Slidell MB. Pediatric chest and trunk defects. In: Rodríguez ED, Losee JE, Neligan PC, eds. *Plastic Surgery: Volume 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery and Pediatric Plastic Surgery*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 40.
- Walther AE, Nathan JD. Newborn abdominal wall defects. In: Wyllie R, Hyams JS, Kay M, eds. *Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 58.



GUIA DE LECTURA N°17

TEMA: HIDROCEFALIA

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica al recién nacido con Hidrocefalia.

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. GLOSARIO: Identifica términos que consideres importantes

4. DESCRIPCIÓN DEL TEMA:

HIDROCEFALIA

Es una acumulación de líquido dentro del cráneo, que lleva a que se presente hinchazón del cerebro.

Hidrocefalia significa "agua en el cerebro."

Causas

La hidrocefalia se debe a un problema con el flujo del líquido que rodea el cerebro. Este se denomina líquido cefalorraquídeo o LCR. El líquido rodea al cerebro y la médula espinal, y ayuda a amortiguar al primero.

El LCR normalmente circula a través del cerebro y la médula espinal y se absorbe en el torrente sanguíneo. Los niveles de LCR en el cerebro pueden elevarse si:

- Se bloquea el flujo de LCR.
- Este no logra absorberse apropiadamente en la sangre.
- El cerebro produce demasiada cantidad de dicho líquido.

Demasiado LRC ejerce presión sobre el cerebro. Esto lo empuja hacia arriba contra el cráneo y daña el tejido cerebral.

La hidrocefalia puede empezar mientras el bebé está creciendo en el útero. Es común en bebés que tienen mielomeningocele, un defecto



congénito en el cual la columna vertebral no se cierra apropiadamente.

La hidrocefalia también puede deberse a:

- Defectos genéticos
- Ciertas infecciones durante el embarazo

En los niños pequeños, la hidrocefalia puede deberse a:

- Infecciones que afectan el sistema nervioso central (como meningitis o encefalitis), especialmente en bebés
- Sangrado intracerebral durante o poco después del parto (especialmente en bebés prematuros)
- Lesión antes, durante o después del parto, que incluye hemorragia subaracnoidea
- Tumores del sistema nervioso central, que incluye el cerebro o la médula espinal
- Lesión o traumatismo

La hidrocefalia se presenta con mayor frecuencia en niños. Otro tipo, llamada hidrocefalia normotensiva, puede ocurrir en adultos y en personas mayores.

Síntomas

Los síntomas de la hidrocefalia dependen de:

- La edad
- La cantidad de daño cerebral
- Lo que esté causando la acumulación de LCR

En los bebés, la hidrocefalia provoca que la fontanela (zona blanda) protruya y que la cabeza sea más grande de lo esperado. Los síntomas iniciales también pueden ser:

- Ojos que parecen mirar hacia abajo
- Irritabilidad
- Convulsiones
- Suturas separadas
- Somnolencia



- Vómitos
Los síntomas que pueden ocurrir en niños mayores pueden incluir:
- Llanto breve, chillón y agudo
- Cambios en la personalidad, la memoria o en la capacidad para razonar o pensar
- Cambios en la apariencia facial y en el espaciamiento de los ojos
- Estrabismo o movimientos oculares incontrolables
- Dificultad para la alimentación
- Somnolencia excesiva
- Dolor de cabeza
- Irritabilidad, control deficiente del temperamento
- Pérdida del control vesical (incontinencia urinaria)
- Pérdida de la coordinación y problemas para caminar
- Espasticidad muscular (espasmo)
- Crecimiento lento (niño de 0 a 5 años)
- Movimientos lentos o restringidos
- Vómitos

Pruebas y exámenes

El proveedor de atención médica examinará al bebé. Esto puede mostrar:

- Venas hinchadas o distendidas en el cuero cabelludo del bebé.
- Sonidos anormales cuando el proveedor golpea suavemente el cráneo del niño con las puntas de los dedos, lo que sugiere un problema con los huesos craneales.
- Parte o toda la cabeza puede ser más grande de lo normal, a menudo en la parte frontal.
- Ojos que lucen "hundidos".
- La esclerótica de los ojos aparece por encima de la parte coloreada del ojo, dándole a estos una apariencia de "puesta de sol".
- Los reflejos pueden ser normales.



Las mediciones repetitivas del perímetro cefálico con el tiempo pueden mostrar que la cabeza se está agrandando.

Una tomografía computarizada de la cabeza es uno de los mejores exámenes para identificar la hidrocefalia. Otros exámenes que se pueden hacer incluyen:

- Arteriografía
- Gammagrafía cerebral con radioisótopos
- Ecografía del cráneo (una ecografía del cerebro)
- Punción lumbar y análisis del líquido cefalorraquídeo (rara vez se hace)
- Radiografías del cráneo

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir o prevenir el daño cerebral a través del mejoramiento del flujo del LCR.

Si es posible, se puede llevar a cabo una cirugía para eliminar la obstrucción.

Si no se puede hacer, se puede colocar una sonda flexible llamada derivación dentro del cerebro para redireccionar el flujo del LCR. La derivación envía LCR a otra parte del cuerpo, como el abdomen, donde puede absorberse.

Otros Tratamiento pueden incluir:

- Antibióticos si hay signos de infección. En caso de infecciones graves, puede ser necesario retirar la derivación.
- Un procedimiento llamado ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo (ETV), la cual libera presión sin reemplazar la derivación.
- Extirpación o cauterización de las partes del cerebro que producen LCR. El niño necesitará chequeos regulares para constatar que no haya problemas posteriores. Se hacen exámenes regulares con el fin de verificar el nivel de desarrollo del niño y buscar problemas intelectuales, neurológicos o físicos.

Las enfermeras visitadoras, los servicios sociales, los grupos de apoyo y las agencias locales pueden brindar apoyo emocional y ayudar en el cuidado de un niño con hidrocefalia que tenga daño cerebral significativo.



Expectativas (pronóstico)

Sin tratamiento, hasta 6 de cada 10 personas con hidrocefalia morirán. Las que sobreviven tienen grados diferentes de discapacidades intelectuales, físicas y neurológicas.

El pronóstico depende de la causa. El mejor pronóstico lo tiene la hidrocefalia que no se debe a una infección. Las personas con hidrocefalia causada por tumores usualmente tienen un pronóstico bastante desalentador.

La mayoría de los niños con hidrocefalia que sobrevive por 1 año tendrá un período de vida bastante normal.

Posibles complicaciones

La derivación puede resultar obstruida. Los síntomas de tal obstrucción abarcan dolor de cabeza y vómitos. Los cirujanos pueden ayudar a abrir la derivación sin tener que reemplazarla.

Puede haber otros problemas con la derivación, como retorcimiento, separación del tubo o infección en el área de dicha derivación.

Otras complicaciones pueden abarcar:

- Complicaciones de la cirugía
- Infecciones como meningitis o encefalitis
- Deterioro intelectual
- Daño neurológico (disminución en el movimiento, la sensibilidad o el funcionamiento)
- Discapacidades físicas.

Cuándo contactar a un profesional médico

Busque atención médica de inmediato si su hijo tiene cualquier síntoma de este trastorno. Acuda a la sala de emergencias o llame al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos) si se presentan síntomas de emergencia, como:

- Problemas respiratorios
- Letargo o somnolencia extremos
- Dificultades para la alimentación
- Fiebre
- Llanto chillón
- Ausencia de pulso (palpitaciones cardíacas)
- Convulsiones
- Dolor de cabeza intenso
- Cuello rígido



- Vómitos

Igualmente, debe consultar con su proveedor si:

- Al niño se le ha diagnosticado hidrocefalia y la enfermedad empeora.
- Usted no le puede brindar los cuidados necesarios en el hogar.

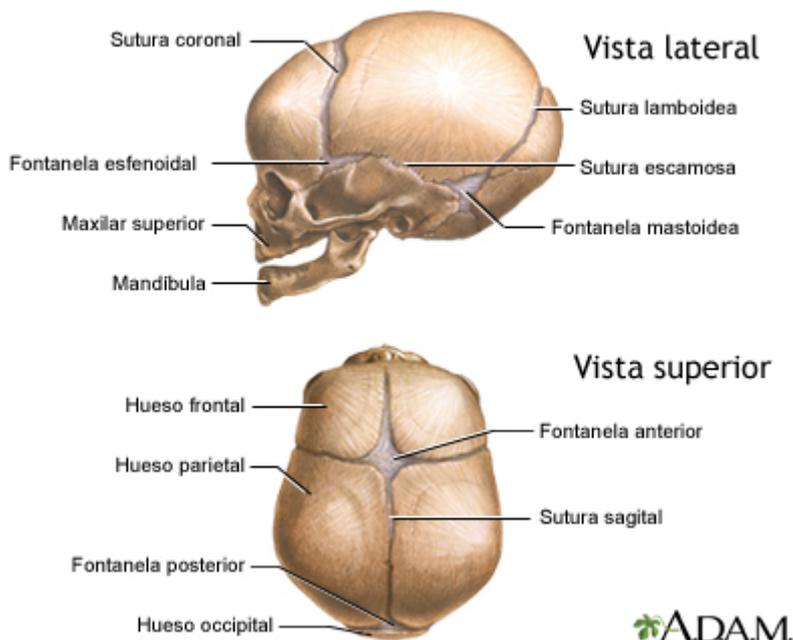
Prevención

Proteja la cabeza del niño o del bebé de una lesión. El tratamiento oportuno de infecciones y otros trastornos asociados con la hidrocefalia puede reducir el riesgo de sufrir esta enfermedad.

Nombres alternativos

Agua en el cerebro

Cráneo del recién nacido



5.-RESPONDE LAS PREGUNTAS

1. ¿Defina que es hidrocefalia?



2.- ¿Cuáles son las causas y los síntomas del niño con hidrocefalia?

3.- ¿Cuál es el tratamiento de la Hidrocefalia?

6.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Kinsman SL, Johnston MV. Congenital anomalies of the central nervous system. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 591.
- Rosenberg GA. Brain edema and disorders of cerebrospinal fluid circulation. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 88.



GUIA DE LECTURA N°18

TEMA: LABIO LEPORINO

1. PROPÓSITO:

Analiza, identifica al recién nacido con labio leporino.

2. INSTRUCCIONES:

- Conformar grupos de 06 estudiantes
- En grupo, leer en forma analítica el material proporcionado.
- Subrayar los datos más importantes
- Luego respondan en forma reflexiva las preguntas consignadas.

3. **GLOSARIO:** Identifica términos que consideres importantes

4. PRESENTACION DEL TEXTO/LECTURA:

Labio leporino

El labio leporino o fisura labial es uno de los defectos congénitos más frecuentes, y afecta a uno de cada 500 bebés recién nacidos. Los suplementos de ácido fólico, antes y durante el embarazo, ayudan a prevenirlo.



Escrito por Dr. Alfredo Tagarro, Pediatra en el Hospital Infanta Sofía de Madrid

El labio leporino o fisura labial es parte de un abanico de defectos orofaciales que comprenden el labio leporino y el labio leporino con paladar hendido. Es uno de los defectos congénitos más frecuentes, ya que afecta aproximadamente a uno de cada 500 recién nacidos. Se trata de un problema que puede estar integrado en algún síndrome con más alteraciones, o presentarse de forma aislada.



Durante la fase embrionaria, hay zonas del cuerpo que están abiertas, y se va cerrando a lo largo del tiempo. El labio leporino y el paladar hendido no son más que defectos en el cierre de la parte media de la cara (la unión entre la zona nasal medial y la maxilar superior). Su manifestación es una fisura (más o menos grande, dependiendo de los casos) entre el labio superior y la fosa nasal. Puede extenderse hacia atrás, dividiendo también la encía y el paladar.

La cara cumple una función muy importante a nivel emocional y psicológico, y al tratarse de una afección muy espectacular que afecta al rostro, lo que en principio es un simple defecto de cierre, que no afecta directamente a las funciones vitales, se convierte en un drama para las familias. Puede convertir a un bebé con las mismas necesidades de cariño que los demás en objeto de rechazo.

El término labio leporino procede del latino 'leporem' (liebre). En la actualidad, esta referencia no parece muy afortunada, por lo que se prefieren otros términos como labio fisurado o fisura labial. Se utiliza también el término FLAP (fisura labio-alveolo-palatina) para hacer referencia a la fisura que implica el labio, la encía y el paladar.

Causas del labio leporino o la fisura palatina

La fusión del proceso nasal y del maxilar se produce tan pronto como en la 5ª semana de embarazo. El origen del labio fisurado se encuentra en una mezcla entre factores genéticos predisponentes y factores ambientales que lo desencadenan. Es más frecuente en varones, pero se transmite más a partir de madres con casos bilaterales.

En la última década se han identificado mutaciones en varios genes y se ha comprobado que no sólo mutaciones, sino interacciones complejas entre algunos genes, pueden llevar a la formación de la fisura labial. Parece que estos genes son susceptibles al tabaco y a la deficiencia de ácido fólico, pero aún hay mucho por conocer en este sentido.



Descripción general



Cleft palate

Cleft lip and cleft palate



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



Unilateral cleft lip

Bilateral cleft lip

© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

LABIO LEPORINO - PALADAR HENDIDO

El labio leporino y la hendidura del paladar son orificios o hendiduras en el labio superior, en el techo de la boca (paladar) o en ambas partes. El labio leporino y la hendidura del paladar se producen cuando las estructuras faciales de un feto no se cierran por completo.



El labio leporino y la hendidura del paladar son algunos de los defectos congénitos más frecuentes. Ocurren con mayor frecuencia como defectos congénitos aislados, pero también se asocian con muchos síndromes o trastornos genéticos hereditarios.

Tener un bebé que nació con estos defectos puede resultar angustiante, pero el labio leporino y la hendidura del paladar se pueden corregir. En casi todos los bebés, se puede hacer una serie de cirugías para restaurar el funcionamiento adecuado y obtener una apariencia más normal, con una cantidad mínima de cicatrices.

Síntomas

Por lo general, una separación (hendidura) en el labio o en el paladar se identifica de inmediato al momento del nacimiento. El labio leporino y la hendidura del paladar pueden presentarse como:

- Una separación en el labio y en la parte superior de la boca (paladar) que puede afectar uno o ambos lados del rostro
- Una separación en el labio que puede presentarse solo como una pequeña hendidura o que puede extenderse desde el labio a través de la encía superior y del paladar hasta la parte inferior de la nariz
- Una separación en la parte superior de la boca que no afecta la apariencia del rostro

De manera menos frecuente, una hendidura solo se produce en los músculos del paladar blando (hendidura del paladar submucoso), que se encuentran en la parte trasera de la boca y que están revestidos por la membrana de esta. Este tipo de hendidura suele pasar desapercibido al momento del nacimiento y es posible que no se diagnostique hasta más adelante cuando los signos se manifiestan. Los signos y síntomas de la hendidura del paladar submucoso son:

- Dificultad con la alimentación
- Dificultad para tragar, con la posibilidad de que los líquidos o los alimentos salgan por la nariz
- Voz nasal al hablar
- Infecciones de oído crónicas



Por lo general, el labio leporino y la hendidura del paladar se detectan al momento del nacimiento, por lo que el médico puede comenzar a coordinar la atención médica en ese momento. Si tu bebé presenta signos y síntomas de hendidura del paladar submucoso, pide una consulta con el médico.

Causas

El labio leporino y la hendidura del paladar suceden cuando los tejidos de la cara y de la boca del bebé no se fusionan de manera adecuada. Normalmente, los tejidos que conforman el labio y el paladar se fusionan entre sí durante el segundo y el tercer mes del embarazo. Pero en los bebés con labio leporino y hendidura del paladar, la fusión nunca ocurre, o bien es parcial, dejando una abertura (hendidura).

Los investigadores creen que la mayoría de los casos de labio leporino y de hendidura del paladar se deben a una interacción de factores genéticos y ambientales. En muchos bebés, no se llega a descubrir la causa definitiva.

Los genes que provocan la hendidura son heredados de la madre o del padre, ya sea solos o como parte de un síndrome genético que comprende el labio leporino o la hendidura del paladar como uno de los signos. En algunos casos, los bebés heredan un gen que aumenta la probabilidad de desarrollar una hendidura, y un detonante ambiental hace que la hendidura efectivamente se manifieste.

Factores de riesgo

Varios factores pueden aumentar la probabilidad de que un bebé padezca labio leporino o hendidura del paladar, entre ellos:

- **Antecedentes familiares.** Los padres con antecedentes familiares de labio leporino o de hendidura del paladar corren un riesgo mayor de tener un hijo con una hendidura.
- **Raza.** En los Estados Unidos, según ciertos informes, el labio leporino y la hendidura del paladar son más frecuentes en los indígenas estadounidenses y menos frecuentes en afroamericanos.
- **Sexo.** Los hombres son dos veces más propensos a tener labio leporino con o sin hendidura del paladar. La hendidura del paladar sin labio leporino es más frecuente en mujeres.



- **Exposición a ciertas sustancias durante el embarazo.** Es más probable que el labio leporino y la hendidura del paladar se presenten en los hijos de las mujeres embarazadas que fuman cigarrillos, beben alcohol o toman ciertos medicamentos.
- **Tener diabetes.** Existen algunas pruebas de que las mujeres a quienes se les diagnosticó diabetes antes del embarazo pueden correr mayor riesgo de que su bebé tenga labio leporino con o sin hendidura del paladar.
- **Tener obesidad durante el embarazo.** Existe cierta evidencia de que los bebés de las mujeres obesas pueden correr un mayor riesgo de padecer labio leporino y hendidura del paladar.

Complicaciones

Los niños con labio leporino, con o sin hendidura del paladar, se enfrentan a diversas dificultades según el tipo y la gravedad de la hendidura.

- **Dificultad para alimentarse.** Una de las preocupaciones más inmediatas después del nacimiento es la alimentación. Si bien la mayoría de los bebés con labio leporino pueden alimentarse por lactancia materna, una hendidura del paladar puede dificultar la succión.
- **Infecciones del oído y pérdida de la audición.** Los bebés con hendidura del paladar tienen un riesgo especial de manifestar líquido en el oído medio y pérdida de la audición.
- **Problemas en los dientes.** Si la hendidura se extiende a lo largo de la encía superior, podría afectar el desarrollo de los dientes.
- **Dificultades con el habla.** Como el paladar se usa para articular los sonidos, la hendidura del paladar puede afectar el desarrollo normal del habla. El habla puede sonar demasiado nasal.
- **Desafíos de enfrentar una enfermedad.** Los niños con hendiduras suelen sufrir problemas sociales, emocionales y de comportamiento debido a las diferencias en el aspecto y el estrés que genera la atención médica intensiva.

Prevención

Después del nacimiento de un bebé con una hendidura, los padres se encuentran preocupados, lo cual es comprensible, por la posibilidad de tener otro hijo con la misma afección. Mientras que muchos casos de labio leporino y hendidura del paladar no



pueden prevenirse, ten en cuenta estas medidas para aumentar tu conocimiento o disminuir los riesgos:

- **Considera buscar asesoramiento en genética.** Si tienes antecedentes familiares de hendidura del paladar o labio leporino, infórmale a tu médico antes de quedar embarazada. Es posible que tu médico te derive a un asesor en genética que pueda ayudarte a determinar los riesgos de tener un hijo con hendidura del paladar o labio leporino.
- **Toma vitaminas prenatales.** Si planeas quedar embarazada pronto, consulta con tu médico si debes tomar vitaminas prenatales.
- **No consumas tabaco o alcohol.** El consumo de alcohol o tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de tener un bebé con un defecto congénito.

Diagnóstico

La mayoría de los casos de labio leporino y hendidura del paladar se descubren inmediatamente después del nacimiento y no requieren pruebas especiales para su diagnóstico. Cada vez más, el labio leporino y la hendidura del paladar pueden observarse en una ecografía antes del nacimiento del bebé

Ecografía antes del nacimiento

Una ecografía prenatal es una prueba que usa ondas sonoras para producir imágenes del feto en desarrollo. Al analizar las imágenes, el médico puede detectar una diferencia en las estructuras faciales.

El labio leporino puede detectarse por medio de una ecografía alrededor de la semana 13 de embarazo. A medida que el feto continúa su desarrollo, puede resultar más fácil diagnosticar de forma precisa el labio leporino. Cuando solo se produce hendidura del paladar, es más difícil observarlo mediante una ecografía.

Si una ecografía prenatal muestra una hendidura, el médico podría ofrecer realizar un procedimiento para tomar una muestra de líquido amniótico del útero (amniocentesis). El análisis de líquido puede indicar que el feto ha heredado un síndrome genético que puede causar otros defectos congénitos. Sin embargo, la mayoría de las veces se desconoce la causa de labio leporino y hendidura del paladar.

Tratamiento



Reparación de labio leporino

Los objetivos del tratamiento para el labio leporino y la hendidura del paladar son mejorar la capacidad del niño para comer, hablar y oír normalmente, así como lograr una apariencia facial normal.

Los cuidados para los niños que tienen labio leporino y hendidura del paladar suelen involucrar un equipo de médicos y de expertos, entre ellos:

- Especialistas en oídos, nariz y garganta (otorrinolaringólogos)
- Pediatras
- Cirujanos que se especializan en la reparación de hendiduras, como cirujanos plásticos u otorrinolaringólogos
- Cirujanos orales
- Dentistas pediátricos
- Ortodoncistas
- Personal de enfermería
- Especialistas en audición o audiólogos
- Logopedas
- Asesores en genética
- Asistentes sociales



- Psicólogos

El tratamiento supone una cirugía para reparar el defecto y terapias para mejorar cualquier afección relacionada.

Cirugía

La cirugía para corregir el labio leporino y la hendidura del paladar depende de la situación particular de tu hijo. Tras la reparación inicial de la hendidura, el médico puede recomendar cirugías de seguimiento para mejorar el habla o la apariencia del labio y de la nariz.

Por lo general, las cirugías se realizan en este orden:

- Reparación del labio leporino: en los primeros 12 meses de edad
- Reparación de la hendidura del paladar: a los 18 meses o antes, de ser posible
- Cirugías de seguimiento: entre los 2 años de edad y los últimos años de la adolescencia

La cirugía de labio leporino y hendidura del paladar se lleva a cabo en un hospital. Tu hijo recibirá anestesia general, por lo que no sentirá dolor ni estará despierto durante la cirugía. Se utilizan varias técnicas y procedimientos quirúrgicos diferentes para reparar el labio leporino y la hendidura del paladar, reconstruir las zonas afectadas y prevenir o tratar las complicaciones relacionadas.

A menudo, los procedimientos pueden constar de lo siguiente:

- **Reparación de labio leporino.** Para cerrar la separación del labio, el cirujano realiza incisiones a ambos lados de la hendidura y crea colgajos de tejido. Después cose los colgajos juntos. La reparación debe permitir que el labio adquiera una apariencia, estructura y función más normales. La reparación nasal inicial, de ser necesaria, suele realizarse al mismo tiempo.
- **Reparación de la hendidura del paladar.** Pueden utilizarse varios procedimientos para cerrar la separación y volver a construir la parte superior de la boca (paladar blando y duro), según la situación de tu hijo. El cirujano realiza incisiones a ambos lados de la hendidura y vuelve a colocar el tejido y los músculos en su lugar. Después cose la separación para cerrarla.
- **Cirugía para la colocación de tubos de drenaje.** A los niños que tienen hendidura del paladar es posible que se les coloquen tubos de drenaje, normalmente a los 6 meses de vida, a fin de reducir el riesgo de que tengan una supuración crónica del oído, lo cual puede causar pérdida de la audición. La cirugía para la colocación de tubos de drenaje implica situar pequeños tubos en forma de



bobina en el tímpano para crear una abertura con el objetivo prevenir la acumulación de líquidos.

- **Cirugía para reconstruir la apariencia.** Es posible que se necesiten cirugías adicionales para mejorar la apariencia de la boca, el labio y la nariz.

La cirugía puede mejorar, de manera significativa, la apariencia del niño, su calidad de vida y su capacidad para comer, respirar y hablar. Los posibles riesgos de la cirugía comprenden sangrado, infección, mala cicatrización, arrugas en la cicatriz y daño temporal o permanente a los nervios, los vasos sanguíneos u otras estructuras.

Tratamiento de las complicaciones

El médico puede recomendar un tratamiento adicional para las complicaciones causadas por el labio leporino y la hendidura del paladar. Por ejemplo:

- Estrategias de alimentación, como usar un alimentador o una tetina para biberón especial
- Terapia del habla para corregir las dificultades al hablar
- Ajustes ortodóncicos en los dientes y en la mordida, como usar aparatos de ortodoncia
- Control por parte de un dentista pediátrico del desarrollo de los dientes y de la salud oral desde una edad temprana
- Control y tratamiento de las infecciones de oído, que pueden comprender tubos de drenaje
- Audífonos y otros dispositivos de asistencia para un niño que presenta pérdida de la audición
- Terapia con un psicólogo para ayudar al niño a afrontar el estrés causado por los reiterados procedimientos médicos u otras preocupaciones

5. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1.- ¿Defina labio leporino?



2.- ¿cuáles son los factores de riesgo del labio leporino?

3.- ¿Cuáles son las complicaciones del labio leporino?

4.- ¿Cuál es la prevención y el tratamiento en el labio leporino?

6.RESUMEN BIBLIOGRAFICO:

- Cantín, Mario; Suazo Galdames, Iván (2011). «Labio leporino en la terminología biomédica». *Revista médica de Chile* (Santiago de Chile: Sociedad Médica de Santiago) **139** (2): 274-5. [ISSN 0034-9887](https://doi.org/10.53306/RMChil.139.2.274).
- Corbo Rodríguez, María Teresa; Marimón Torres, María E. (2001). «Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primario de salud». *Rev Cubana Med Gen Integr* **17** (4): 379-85.
- Bzoch, K.R. (1989). "Rationale, Methods, and Techniques of Cleft Palate Speech Therapy". In Bzoch, K.R. *Communicative Disorders Related to Cleft Lip and Palate* (3rd ed.). Boston MA: College-Hill Press. pp. 273–289