

GRADO EN ENFERMERÍA

Prof. Dra. Rosa Pérez Contreras
rosa.perez@denf.uhu.es

ENFERMERÍA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA

TEMAS

1. **VALORACIÓN PEDIÁTRICA**
2. **CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO**
3. **EL DOLOR EN PEDIATRÍA**
4. **PROBLEMAS DE SALUD EN LA ETAPA NENOTAL**
5. **PATOLOGÍAS EN LA ETAPA INFANTIL**
6. **MALTRATO INFANTIL**

1. VALORACIÓN PEDIÁTRICA

INTRODUCCIÓN

- EL PLAN DE CUIDADOS CENTRA LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE, NO EN LA ENFERMEDAD.
- DEL PLAN DE CUIDADOS LA ENFERMERA SACA UNA IMPORTANTE BASE DE DATOS Y LO ADAPTA A CADA PACIENTE SEGÚN SUS NECESIDADES.
- PARA PODER OFRECER CUIDADOS DE CALIDAD AL NIÑO Y FAMILIA, ADEMÁS DE CONOCIMIENTOS PROPIOS DE ENFERMERÍA EL PROFESIONAL REQUIERE TENER CONOCIMIENTO Y HABILIDADES ESPECÍFICAS → EL PAC PEDIÁTRICO RESPONDE DE FORMA DISTINTA.
- TENER PRESENTE: NIVEL DE DESARROLLO Y ALT SALUD MÁS FRECUENTES Y QUE ES UN INDIVIDUO EN PLENO DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL E INTELECTUAL.

- **EL EL PROCESO** ENFERMERO PERMITE A TRAVÉS DE LOS DATOS RECOGIDOS HACER UNA VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EXISTENTES, PLANIFICAR, EJECUTAR Y
-

EVALUAR LAS ACCIONES ENFERMERAS

- ✓ FOMENTAR LA SALUD O REDUCIR/ELIMINAR/PREVENIR LAS ALTERACIONES DE SALUD DEL NIÑO.

REVISIÓN CONTINUA DEL PLAN DE CUIDADOS ESTABLECIDO.

EL NIÑO/FAMILIA ES UN TODO

SE PUEDE DECIR QUE CUANDO EL NIÑO ENFERMA, TODA FAMILIA SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

VALORACIÓN

- LA VALORACIÓN SIRVE DE BASE PARA LA IDENTIFICACION DE LAS NECESIDADES DEL NIÑO → DATOS IMPRESCINDIBLES DE FORMA EXHAUSTIVA Y RIGUOSA, PARA PLANIFICAR CUIDADOS ADECUADOS.
- SIN VALORACIÓN NO SE PUEDE HACER EL DX.
- OBJETIVO → DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO Y CONOCER EL POTENCIAL DE LA FAMILIA PARA CUIDARLO.
- ADEMÁS DE VALORAR NECESIDADES FISICAS Y VITALES, TENER EN CUENTA EL AMOR, AFECTO Y SEGURIDAD PARA DESARROLLO ADECUADO.
- LA RECOGIDA DE DATOS HA DE SER LO MÁS COMPLETA POSIBLE, COMENZANDO EN EL 1º CONTACTO CON EL PACIENTE HASTA EL ALTA.

VALORACIÓN

Hª CLINICA

APORTA INFORMACION SOBRE LA SALUD FISICA DEL NIÑO DESDE SU NACIMIENTO, DETALLA LOS ACONTECIMIENTOS DE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL, DESDE SU APARICION HASTA EL MOMENTO DE LA CONSULTA Y CONTIENE HECHOS DE LA Hª SOCIAL, CULTURAL Y FAMILIAR.

TAMBIEN INFORMA SOBRE ANALISIS DE LABORATORIO, ESTUDIOS RADIOLOGICOS, ORDENES MEDICAS, NOTAS DE EVOLUCION Y REGISTROS ENFERMEROS ANTERIORES → DOCUMENTO UNICO PARA EL CONJUNTO DEL EQUIPO QUE ATIENDE AL NIÑO → ENGLOBA TODO Y FACILITA VISION AMPLIA DE LA ENFERMERA.

VALORACIÓN

EXPLORACIÓN FÍSICA Y OBSERVACIÓN

- SON DATOS OBJETIVOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO. HAY QUE PREPARARLO SEGÚN LA EDAD. SE DEBE RESPETAR LA INTIMIDAD, ESTIMULAR LA PARTICIPACIÓN DEL NIÑO/FAMILIA PARA OBTENER UNA BUENA RELACIÓN. TENER EN CUENTA EL ENTORNO (TEMPERATURA, LUZ, MATERIAL).
- EXPLICAR CORRECTAMENTE EL PROCEDIMIENTO Y REGISTRAR LOS DATOS.
- 1º EXPLORACIÓN CEFALO-CAUDAL QUE PUEDE CAMBIARSE SEGÚN NECESIDADES DEL NIÑO. LOS PROCEDIMIENTOS + TRAUMÁTICOS AL FINAL.
- LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

VALORACIÓN

- ✓ MEDIR PESO, TALLA Y PERIMETRO CRANEAL SI ES LACTANTE.
- ✓ CONTROL DE CTE VITALES (TEMP, FC, FR...). TA ES – IMPORTANTE.
- ✓ ES IMPORTANTE OBSERVAR LENGUAJE Y CONDUCTA DEL NIÑO TANTO CON PADRES COMO CON EQUIPO SANITARIO.
- ✓ VALORAR ASPECTO FISICO GENERAL (HIGIENE, ESTADO NUTRICIONAL...).
- ✓ COMPROBAR ESTADO DE LA PIEL (COLOR, TEMPERATURA, EDEMA...), DE LAS UÑAS Y PELO.
- ✓ CABEZA: EN LACTANTE ESTADO DE FONTANALES Y SIMETRIA; EXPLORACION EXT E INT DE OJOS Y OIDOS, COMPROBACION DE SECRECIONES NASALES, ESTADO DE BOCA.

VALORACIÓN

- ✓ EN EL CUELLO, FLEXIBILIDAD Y ESTADO DE GANGLIOS LINFATICOS.
- ✓ TORAX: FORMA Y MAMAS. RUIDOS RESPIRATORIOS Y CARDIACOS.
- ✓ ABDOMEN: FORMA Y ASPECTO DEL OMBLIGO. PRESENCIA DE MASAS Y PUNTOS DOLOROSOS.
- ✓ DESARROLLO NORMAL DE GENITALES.
- ✓ ESTADO MUSCULO-ESQUELETICO, POSTURA, MARCHA, SIMETRIA, ALIENACION DEL CUERPO.
- ✓ NEUROLOGICO: EQUILIBRIO, COORDINACION Y RELEJOS.

VALORACIÓN

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN FÍSICA:

1. INSPECCIÓN: EXAMEN VISUAL PARA DETECTAR CARACTERÍSTICAS ANORMALES O SIGNOS FÍSICOS IMPORTANTES.
2. AUSCULTACIÓN: SE REALIZA MEDIANTE OÍDO O ESTETOSCOPIO.
3. PALPACIÓN: Utilización DE TACTO Y SENSIBILIDAD PARA VALORAR DUREZA, TAMAÑO, TEXTURA, TEMP, INFLAMACIÓN Y MOVIMIENTO DE ORGANOS.
4. PERCUSIÓN: GOLPETEOS SUAVES Y ESCUCHA DE RUIDOS PRODUCIDOS. VALORACIÓN DE TAMAÑO, BORDES, CONSISTENCIA DE ORGANOS CORPORALES, ADEMÁS DE LA PRESENCIA DE LIQUIDO EN CAVIDADES.

TANTO LOS DATOS OBTENIDOS POR TÉCNICAS COMO INFORMACIÓN DE FAMILIA ES IMPORTANTE DEBIDO A LA INCAPACIDAD DE NIÑOS Y LACTANTES PARA COMUNICARSE → LA OBSERVACIÓN ES UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA RECOGER DATOS Y ADEMÁS ES LA PERSONA QUE MÁS TIEMPO PASA CON EL NIÑO.

ENTREVISTA

- LA ENTREVISTA Y LA VALORACIÓN FÍSICA SE COMPLEMENTAN Y SE CLARIFICAN MUTUAMENTE Y A MENUDO SE REALIZAN, DE FORMA SIMULTÁNEA. ES VALIOSO CONTAR CON LOS PADRES DEL NIÑO TANTO PARA LA VALORACIÓN COMO PARA EL TRATAMIENTO YA QUE SON LOS QUE MEJOR LO CONOCEN Y TAMBIÉN PORQUE INTERESA CONOCER LAS APTITUDES Y CAPACIDADES QUE PRESENTAN PARA LLEVAR A CABO LOS CUIDADOS QUE VA A NECESITAR SU HIJO.
- AUNQUE, POR LO GENERAL, LA MAYOR PARTE DE LA CONVERSACIÓN SE MANTIENE CON LOS PADRES, NO HAY QUE EXCLUIR A LOS NIÑOS, QUE SERÁN INFORMADORES ACTIVOS SI SON MAYORES.

En la entrevista se tienen que contemplar:

-Aspectos generales: datos bibliográficos (nombre, edad, domicilio, teléfono...), calendario de vacunación, alergias, motivo de consulta y estado de salud.

- Aspectos específicos:

- costumbres y hábitos del niño → higiene personal y el vestido.
 - Alimentación → cantidad, tipos de alimentos, apetito y si existe algún problema con la dieta o intolerancia.
 - Eliminación → esfínteres, hábitos intestinales y presencia de algunas alteraciones.
 - Sueño y descanso → horas de sueño, siesta, horarios, si duerme con algún osito u objeto que favorezca el sueño.
 - Actividades y ejercicio → aficiones y juegos preferidos.
 - Datos relacionados con la escuela o estudios → proceso de socialización.
- Experiencias anteriores relacionadas con la salud, preocupaciones y medidas de solución utilizadas anteriormente.

- EL MODELO DE ENTREVISTA HAY QUE TENERLO PRESENTE COMO GUÍA PARA NO OLVIDAR NINGÚN ASPECTO IMPORTANTE, PERO NO SE DEBE SEGUIR EstrictAMENTE A MODO DE CUESTIONARIO YA QUE ESO LIMITARÍA LA INFORMACIÓN. HAY QUE HABLAR CON EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE SOBRE SI HA TENIDO HOSPITALIZACIONES Y EXPERIENCIAS ANTERIORES PORQUE LA ANSIEDAD Y EL MIEDO PUEDEN DISMINUIR EN LA MEDIDA EN QUE SE COMUNICAN, O CUANDO LOS PROBLEMAS SON EXPRESADOS.
- PARA UNA RELACIÓN EFICAZ CON EL NIÑO Y PARA COMPRENDER SU COMPORTAMIENTO → ENFERMERA CONOCER ETAPA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL NIÑO (CRECIMIENTO FISIOLÓGICO, DESARROLLO EMOCIONAL E INTELECTUAL). EL LENGUAJE QUE UTILICEN ESTARÁ EN CONCORDANCIA CON EL NIVEL DE DESARROLLO DEL NIÑO → EN TODAS LAS EDADES LA COMUNICACIÓN NO VERBAL ES LA MAS IMPORTANTE.

- EN LA ETAPA DE VALORACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS ES IMPORTANTE VALIDAR O CONFIRMAR QUE TODA LA INFORMACIÓN RECPGIDA ES VERDADERA Y BASADA EN HECHOS. SI NO SE ESTA SEGURO DE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN SE DEBEN OBETENR MAS DATOS PARA VERIFICARLOS → SI NO, ERRORES EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS. UNA VALORACIÓN POBRE → DIAGNOSTICO INEXACTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ENCUENTRA EL NIÑO Y SU FAMILIA.
- LOS DATOS DEBEN QUEDAR REFLEJADOS Y RECOGIDOS EN LOS REGISTROS ENFERMEROS

1.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico enfermeros → en base a la respuesta del niño o familia a problemas de salud o procesos vitales.

- Permiten identificar → DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS
- Problemas de colaboración

NANDA

PLANIFICACIÓN

- Encaminadas a prevenir, controlar, reducir o eliminar los problemas detectados en el niño y su familia

Identificación de prioridades para establecer el orden de las intervenciones.

Establecimiento de objetivos para guiar las acciones enfermeras → los resultados que se esperan observar en el niño/familia tras haber recibido los cuidados. REALISTAS Y MESURABLES. → N O C

Intervenciones enfermeras en función de las necesidades de cada niño y de los objetivos planteados, teniendo en cuenta la enseñanza y el entrenamiento de los padres en el cuidado de su hijo → NIC

EJECUCIÓN

CUIDADOS ENFERMEROS: la interacción con el niño y la familia como herramienta para continuar la valoración de la salud

- Individuales
- Integrales
- Continuos

Anotar cada actividad realizada → disminuye cuidados erróneos o duplicados

ACCIÓN ENFERMERA:

- Independientes o propias: observación en la higiene y masajes.
- Dependientes o delegadas: administración de tratamiento y canalización de vías

PROTOCOLOS

EVALUACIÓN

- FINAL DEL PROCESO ENFERMERO
- EVALUACIÓN → debe ser CONTINUA comprobando: Eficacia de los cuidados con respecto a los OBJETIVOS PLANTEADOS
- La evaluación permite revisar el plan y adecuarlo a otras situaciones

Podemos evaluar:

- Capacidad de cuidado familiar
- Salud del niño
- Calidad profesional de las enfermeras

EN RESUMEN

ETAPAS:

- VALORACIÓN → sirve para identificar las necesidades del niño
- DIAGNÓSTICO → precisión porque todo el proceso se sustenta aquí.
- PLANIFICACIÓN → identificación de prioridades, establecer objetivos, intervención enfermeras a realizar
- EJECUCIÓN → intervenciones necesarias para la consecución de los objetivos planteados anteriormente, llevando a cabo su registro.
- EVALUACIÓN → continua de los resultados esperados y comprobación de que hemos llegado a los objetivos propuestos

1.2. CUIDADOS COTIDIANOS EN EL RECIÉN NACIDOS

ESTÁN ENCAMINADOS A SATISFACER LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL RN, IDENTIFICAR LOS POSIBLES RIESGOS EN SU SATISFACCIÓN, ENSEÑAR A LOS PADRES EL CUIDADO DE SU HIJO Y PROPORCIONARLES APOYO EMOCIONAL.

CONTROL DE LA FUNCIÓN CARDIORRESPIRATORIA:

Los valores deben registrarse cuando el niño esté tranquilo y durante 1 min completo.

Los valores normales de la FC y FR junto con el buen color, la actividad espontánea y el buen tono muscular son signos fiables de oxigenación suficiente.

ALIMENTACIÓN:

La madre debe ponérselo al pecho lo antes posible. En los primeros días se recomienda que se haga frecuentemente para estimular la producción de leche.

Si una madre elige alimentar a su hijo con fórmula adaptada, la enfermera deberá respetar la decisión y ayudarla en la administración del biberón a su hijo.

El agua glucosada, considerada durante mucho tiempo un líquido seguro para la 1ª alimentación, puede ser tan perjudicial como la leche en caso de aspiración.

Diversos estudios han demostrado reacción histica igualmente con el agua glucosada que con la fórmula láctea. En caso de duda, se aconseja ofrecer 1º una ración de agua estéril y, si ésta es deglutida y retenida sin dificultad, se administra posteriormente la fórmula de elección.

INDICADORES

Indicadores utilizados en la valoración:

➤ Conductas del RN frente a la alimentación deberían ser:

- Reflejo de succión energético y coordinado con la deglución
- Eructo
- Demanda espontánea
- Actitud relajada durante y después de las tomas
- Periodos de descanso entre toma de entre 2-4h

➤ El control del peso también se utiliza, sin embargo, debe recordarse que en los primeros días hay una pérdida fisiológica de peso: la curva ponderal seguirá una progresión descendente pudiendo llegar como máximo al 10% del peso del nacimiento. Hay que pesar al niño 1 vez al día. La maniobra tiene que ser ágil para evitar las pérdidas de calor.

ELIMINACIÓN:

Observación cualitativa y/o cuantitativa y el registro de la emisión de orina, heces y vómitos.

Orina:

la 1ª micción se observa en la sala de parto. La gran mayoría orina dentro de las 1ª 24h, y solamente algunos dentro de las 48h. Es importante anotar el momento en que se ha producido la 1ª micción, ya que si en estos plazos no ha miccionado, cabe pensar en malformaciones o en un cuadro de insuficiencia renal. Observar las características, puesto que normalmente orinan a chorro; si lo hacen gota a gota, se podía sospechar una uropatía malformativa.

ELIMINACIÓN:

Deposiciones:

La emisión de meconio, generalmente, tiene lugar después del parto. Si no hay emisión durante las primeras 24h de vida, puede ser debido a una oclusión intestinal. A partir del 2º o 3º día efectúan las deposiciones de transición.

Vómitos:

Debe tenerse en cuenta el inicio, el momento en el que se ha producido, la cantidad y las características. El vómito bilioso es un signo de alarma al igual que la emisión de una gran cantidad de saliva por la boca que puede indicar atresia de esófago.

Sudoración:

Escasa en el RN.

MOVILIZACIÓN Y POSTURA:

El RN realiza movimientos continuos de las extremidades espontáneamente. En decúbito prono, gira la cabeza de un lado a otro para evitar la asfixia, tiene las extremidades flexionadas, la pelvis alta y las rodillas debajo del abdomen. La sedestación será imposible ya que su espalda está redondeada y las EEl flexionadas.

Si se utiliza la suspensión ventral, se observa la cabeza le cuelga por debajo del nivel del cuerpo.

Se recomienda:

- Mantener al RN en Decúbito supino o, en su defecto, en decúbito lateral. Se desaconseja la utilización de topes y almohadas.
- Al incorporar al bebé, sostener siempre la cabeza y la espalda colocando la mano en su nuca.
- En caso de mecerlo hay que hacerlo con movimientos lentos y amplios.
- Evitar la ropa de cama demasiado ajustada.
- La presencia de movimientos aislados de sobresalto no tiene ninguna significación de riesgo.

SUEÑO Y DESCANSO:

Éste varía según el RN y depende de varios factores (drogadicción materna, la propia naturaleza del niño...). El RN normal pasa cerca de un 80% en fase de reposo (entre 18-20h durmiendo y entre 20-30 min de vigilia), dedicando las restantes a su alimentación.

Hay que conocer y respetar los periodos de sueño y vigilia y apreciar la individualidad, es decir, cada niño presentará una respuesta diferente que condicionará la necesidad de estimulación o descanso.

El RN expresa su incomodidad a través del llanto, hay que consolarlo y éste cesará con facilidad, de no ser así puede presentar algún trastorno. No es normal la dificultad para despertarse o para ser consolado.

VESTIDO:

Va a ser condicionado por la Tª ambiente y tiene que ser:

- Confeccionada con fibras naturales
- Holgada
- De fácil colocación
- Abrochada por detrás con tiras adhesivas o botones planos
- Suficiente abrigo y de transpiración fácil

No se trata de colocar muchas prendas al RN, sino de adecuar la Tª de la habitación.

Los pañales de un solo uso se emplearán siempre que el niño no presente eritema. Si lo presenta se cambian por los de algodón.

MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA:

Una de las responsabilidades de la enfermera es el mantenimiento de la temperatura corporal:

- Control de la temperatura corporal (36-37°C).
- Control de la temperatura ambiental.
- Evitar mecanismos de pérdida de calor.

Hay diferentes posiciones de tomar la temperatura en el RN.

La diferencia entre tomar la temperatura axilar y rectal, es aproximadamente de 0,5.

La temperatura ideal es de 21-23°C.

Como interpretar una buena regulación e hipotermia a través de los signos:

Buena regulación: coloración sonrosada, con la distribución de la misma temperatura por todo el cuerpo.

Hipotermia: cutis marmorata, palidez o cianosis distal.

HIGIENE Y CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL:

Medidas profilácticas del cordón umbilical:

- Limpieza periódica
- Evitar escoriaciones.

El cordón umbilical cambia de aspecto desde que el bebe nace, al principio es blanco y gelatinoso, después se va volviendo poco a poco necrosado y al tiempo se desprende entre 4-12 días.

Cuidados del cordón:

- Lavarse las manos
- Limpiar con alcohol de 70º y proteger con gasa estéril, 2 veces al día, o cuando haya estado en contacto con heces u orina.
- Hacerlo antes de las tomas de alimento, para evitar vómitos
- Mostrarse alerta cuando el cordón este húmedo o presente eritema, sangrado o supuración.

ASEO DEL RN:

No bañar por inmersión mientras el cordón umbilical no se haya desprendido.

Utilizar torundas de algodón con agua y jabón, (jabón líquido ácido, pH de la piel 5,5) empezando por la cara y finalizando por la región perianal.

En niñas, lavar siempre desde el pubis hacia el ano, y cambiar de torundas en cada aplicación.

No aplicar polvos de talco, ya que reseca la piel.

Lavar con agua y jabón, el área del pañal, cada vez que se ensucie, y secar muy bien. Observar si presenta eritema muy intenso o dermatitis importante.

Lavar los ojos diariamente con suero fisiológico estéril.

MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD:

Ambiente tranquilo, libre de humo, ruidos molestos, y luces exageradas.

Cunas amplias, de fácil manipulación y de buena visibilidad.

Evitar raptos, suele hacerlo una mujer que se hace pasar por enfermera o voluntaria. Aconsejar a los padres no dejar solo al niño en la habitación.

Evitar peligros: riesgo de asfixia por la ropa o por aspiración de alimentos, caída de objetos pesados por el, superficies elevadas sin protección...

Identificar los signos de alarma: cianosis, hemorragias, anuria, sialorrea, convulsiones, ictericia precoz, eritrosis, palidez, trastornos respiratorios...

COMUNICACIÓN Y DESARROLLO:

Para favorecer que el bebé pueda comunicarse, recrearse, y desarrollarse, se deberá garantizar la presencia de la figura maternal y se evitará un numero elevado de cuidadores.

Existen estímulos para el desarrollo del niño que es interesante que los apdres conozcan:

- Ópticos: cambios de lugar, mirar objetos de colores vivos, situar sus ojos frente a los ojos de los padres.
- Acústicos: hablarles, caja de música...
- Vestibulares: pequeños movimientos.
- Táctiles: acariciarlos. Es uno de los sentidos mas desarrollados en el RN.

COMUNICACIÓN Y DESARROLLO:

Es importante proporcionar apoyo emocional y soporte a los padres.

Es aconsejable transmitir los conocimientos paulatinamente, durante los primeros días, a la vez que se proporcionan cuidados al RN y revisarlos al alta.

La enfermera deberá facilitar la verbalización de la necesidad de aprendizaje o de las escasas habilidades para los cuidados, crear un entorno privado y relajado que permita la libre expresión de los sentimientos y destacar las mejoras y elogiar los esfuerzos.

Con una buena alimentación, un ambiente térmico adecuado y un soporte anímico facilitador de una buena relación padres-hijo, el RN seguirá una evolución satisfactoria.

1.3. VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO

La valoración del crecimiento nos da datos acerca de la salud del niño.

Se valora:

- ☐ La longitud.
- ☐ Talla.
- ☐ Perímetros.
- ☐ Influenciados por hormonas y factores genéticos y factores ambientales.

Longitud

Niños menores de 2 años con pediómetro se coloca al niño en decúbito supino, la cabeza y las piernas en plano duro, las plantas de los pies descalzas en posición vertical y mirando de frente.

Se mide desde el vértice de la cabeza hasta la planta de los pies. Niño inmóvil y calmado.

Talla

Niño mayores de 2 años con un tallímetro. El niño descalzo, de pie y erecto, apoyando la espalda en el tallímetro, los tobillos juntos y los brazos caídos, mirando de frente.

Perímetro cefálico

Niño menores de 2 años, ya que el periodo de crecimiento es más grande en esta edad.

Se usa una cinta métrica flexible que rodea la zona central del gabelo (Espacio entre las cejas) arcos superciliares y el área más prominente del occipucio.

Perímetro braquial

Indicador del tejido magro y graso.

Útil para determinar el estado nutricional del niño.

Se coloca el niño de pie con los brazos relajados y sobre el brazo izquierdo se mide la circunferencia equidistante entre el acromion y el olecranon con una cinta métrica inextensible y flexible (en centímetros)

Composición corporal: el peso

No es un indicador que expresa la salud del niño ni su estado nutricional pero si es importante para su crecimiento.

El peso debe aumentar gradualmente conforme la edad del niño, si se quedara más de 3 meses con una línea horizontal o descendiente es una señal de alarma.

Valoración enfermera

Para la valoración del crecimiento la enfermera debe:

1. Obtener y registrar los datos de identificación del niño, su fecha de nacimiento y loque peso en ese momento.
2. Pesar al niño, registrarlo en la historia y en la gráfica e interpretar los datos.

Obtención del peso:

Menores de 2 años:

Calibrar el peso: el niño se pesará siempre a la misma hora y las mismas condiciones.

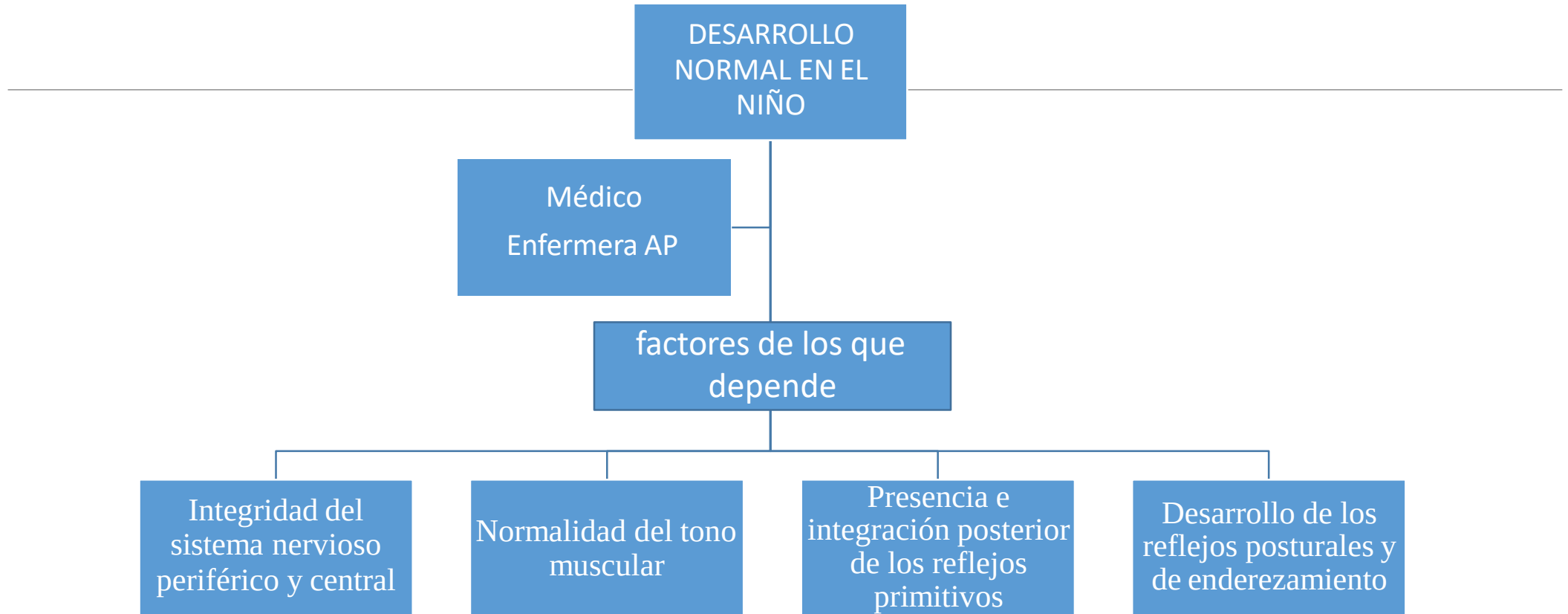
Si se trata de un lactante se pondrá en decúbito dorsal o sentado en el pesabebes cuidando que ni las manos ni los pies toquen ninguna superficie. Para tranquilizar al bebe que este la madre cerca.

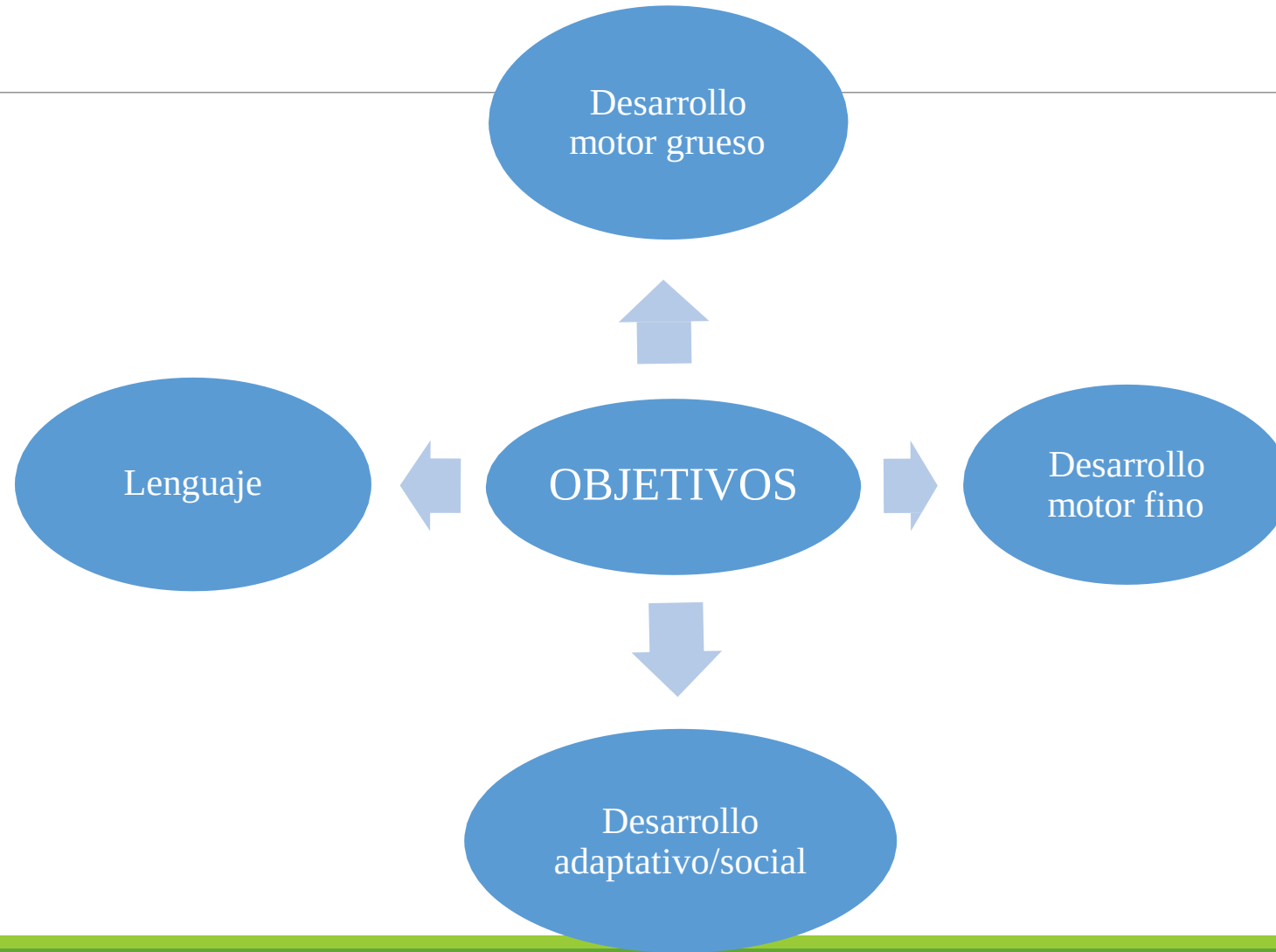
Niños mayores de 2 años:

Se realiza en una bascula que soporta el tallímetro, en posición erecta, descalzo y sin apoyo, y en ropa interior.

El registro del peso es sistemático para orientar sobre el estado nutricional del niño y los cálculos de su alimentación y medicación.

1.4. VALORACIÓN DEL DESARROLLO NORMAL





TEST DE DENVER SIMPLIFICADO

- Se utiliza para valorar el desarrollo, recomendándose que se realice a lactantes y niños de hasta 2 años de edad en todas las visitas de control efectuadas.
- Forma parte del programa de atención al niño.
- Se trata de un método de fácil manejo para el que lo utiliza.
- Su finalidad es conocer el desarrollo psicomotor y seguir su evolución periódica para estructurar los cuidados necesarios en los aspectos observados deficientes, siendo importante la detección precoz de niños con retraso para llevar a cabo pauta de actuación adecuada.
- No se trata de una prueba de inteligencia ni de un instrumento diagnóstico.
- Su realización será posible en el recién nacido a término y en los prematuros se aplicará la edad corregida.

DESARROLLO MOTOR

-La motricidad general del RN está sostenida por los reflejos innatos o primitivos que son esenciales para su supervivencia, siguiendo la siguiente secuencia:

- Control oculomotor al nacer (alrededor del 4 mes de vida)
- Control de la cabeza y los brazos (4 – 7 mes de vida)
- Control de tronco y manos (7- 10 mes de vida)
- Capacidad para andar y correr (2 años)
- Control motor maduro (5 años)

-El desarrollo de cada niño sigue una secuencia ordenada, pasando por periodos de diferenciación, especialización e integración, en perfecta interrelación con los factores endógenos y exógenos.

- Sin las primeras adquisiciones motrices, las siguientes más complejas y perfeccionadas no tendrían lugar.

-Las adquisiciones motoras más importantes se producen en los dos primeros años de la vida, por la interacción entre la maduración fisiológica, neurológica y las sensaciones interoceptivas, exteroceptivas y propioceptivas.

- Estas sensaciones son estimuladas de forma natural y espontánea en las relaciones que los adultos mantienen con los niños (caricias, mimos, juegos, etc)

2. CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO

CONCEPTO

EL NEONATO DE ALTO RIESGO SE DEFINE COMO AQUEL QUE, POR SU HISTORIA PARENTERAL Y ANTECEDENTES DE RIESGO, PRESENTA UNA POSIBILIDAD SIGNIFICATIVAMENTE SUPERIOR A LA MEDIA DE LA POBLACIÓN DE ENFERMAR, MORIR O QUEDAR CON SECUELAS.

ANTECEDENTES O FACTORES DE RIESGO

Condiciones socioeconómicas desfavorables	Edad materna. Trabajo físico intenso durante el embarazo. Malnutrición materna. Falta de control del embarazo
Enfermedades maternas	Preconcepcionales: cardiopatías, enfermedad neoplásica, metabolopatías Durante la gestación: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes, infecciones, drogadicción
Problemas fetales	Malformaciones. Crecimiento intrauterino retardado (CIR). Infección fetal
Problemas durante el parto	Sufrimiento fetal agudo. Fiebre materna intraparto. Rotura prematura de membranas
Problemas neonatales	Asfixia. Prematuridad. Distrés respiratorio. Sepsis

CLASIFICACIÓN

☀ **Según la edad gestacional**

Pretérmino
Postérmino

☀ **Problemas de peso**

Bajo peso
Peso elevado

CLASIFICACIÓN

Problemas maternos

Enfermedad materna:

Hipertensión
Diabetes
Epilepsia

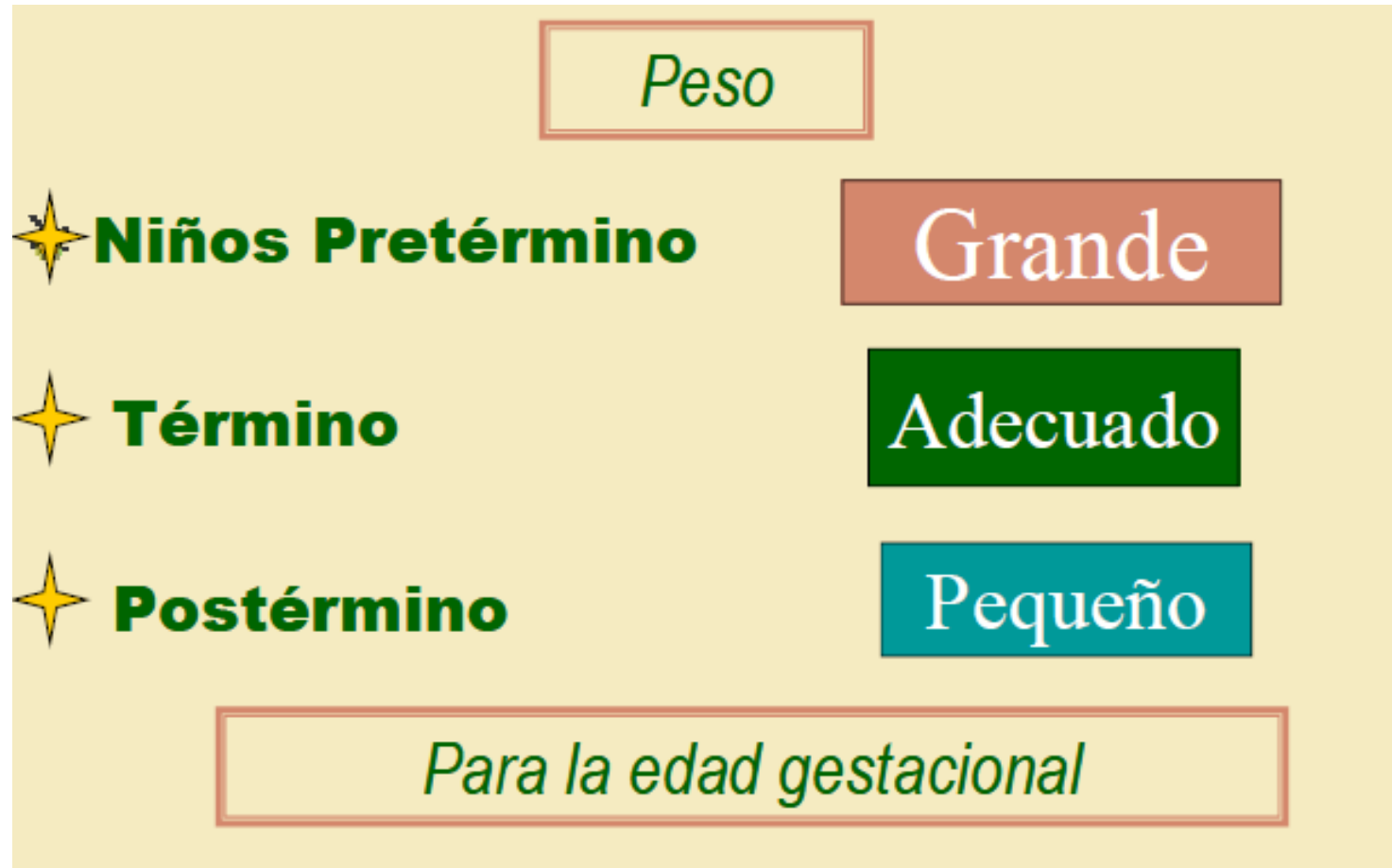
Infecciones maternas:

Rubeola
Toxoplasmosis
Hepatitis
VIH

Hábitos tóxicos:

Tabaco
Alcohol
Otras Drogas

RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO:



CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO (CIR)

Hablamos de CIR, cuando para una edad gestacional determinada el peso es inferior al percentil 10 de las curvas de crecimiento

Se pueden diferenciar dos tipos

CIR armónicos o simétricos

CIR disarmónicos o asimétricos

CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO (CIR)

CIR armónicos o simétricos	CIR disarmónicos o asimétricos
• Suele ser consecuencia de retraso de crecimiento durante el segundo trimestre de la gestación • Niños pequeños pero con aspecto de bien nutridos • Considerados de muy alto riesgo • Pronóstico habitualmente malo	• Son el resultado de un crecimiento retardado durante el tercer trimestre de la gestación • Normalmente por hipertensión materna • Tienen mayor riesgo de presentar problemas durante el parto (asfixia fetal) e inmediatamente después del nacimiento (hipoglucemia)

RECIEN NACIDO PRETÉRMINO

***Reto para profesionales
Cualificación Enfermería:***

*Imprescindible para Mejorar
supervivencia y disminuir secuelas*

IMPORTANCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

- ☼ *Tasa de prematuridad: 6-10% de nacimientos. 1.2% por debajo de los 1500gr.*
- ☼ *El parto pretérmino es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países desarrollados.*
- ☼ *Es responsable aproximadamente de 50 a 70% de la **mortalidad neonatal** y de 25 a 30% de la **mortalidad infantil**.*
- ☼ *Hospitalizaciones prolongadas*
- ☼ *Secuelas*

Mortalidad neonatal:



DEFINICIÓN



DEFINICIÓN

Limite de viabilidad entre 23 s y 400 gr:

👉 < 23 s. ó < 400 g : **No reanimar**
(excepto vitalidad extrema o bajo peso)

👉 ≥ 26 s. ó 700 g : **Tratamiento activo**

👉 24-25 s. ó 500-700 g : **Individualizar**

CAUSAS

- ✶ **F. Maternos:** Infecciones, enfermedades crónicas, Edad materna.
- ✶ **F. Obstétricos:** anomalía placentarias, tumores, malformaciones uterinas, rotura de las membranas.
- ✶ **F. Fetales:** gemelaridad (20%), malformaciones congénitas, cromosopatías e infecciones fetales
- ✶ **F. Sociales:** Trabajo corporal intenso

RECIEN NACIDO POSTÉRMINO

Concepto: nace después de las 42 s/g.

Características: Largos y delgados, cabello y uñas largas, ausencia de vernix, poca grasa subc., pliegues profundos, descamación cutánea y expresión de alerta.

Problemas:

Placenta insuficiente
Disminución glucógeno
No tolerar el trabajo del parto



Asfixia neonatal. Aspiración de meconio
Hipoglucemia y policitemia
Enfriamiento
Hiperbilirrubinemia

Problemas

- ✘ Hipotermia
- ✘ Alteración de la nutrición por defecto
- ✘ Hipoglucemia

MÁS HABITUALES

Cuidados:

Objetivos:
Reducir consumo calórico
Proporcionar ingesta adecuada
Asegurar buena oxigenación



Fuente de calor
Alimentación precoz Valorar glucemia
Valorar dificultad respiratoria
Oxigenoterapia

R.N. PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL

🔑 Concepto:

- Pesan menos de 2.500 gr.o < P10
- Causas que afectan a la circulación placentaria:
CIR: Tipo I y II

GENERALMENTE

🔑 Características/ valoración

- Proporcionado
- Desproporcionado
- Aspecto de viejos
- Cabeza grande
- Pobre masa muscular y grasa
- Piel seca
- Cordón amarillento
- Actitud de alerta

CUIDADOS DEL PEQUEÑO

✿ Alimentación

- Inicio precoz
- Parenteral
- Glucemias

✿ Respiratorio

- Distres respiratorio

✿ Temperatura

- Incubadora

✿ Seguridad

- Contacto familiar

✿ Hidratación

- Peso
- Balance

PRINCIPALMENTE

R.N. DE PESO ELEVADO PARA E.G.

- ✿ Su peso se sitúa por encima del percentil 90

- ✿ La causa es desconocida aunque guarda relación:

- Predisposición genética.
- Multiparidad
- Sexo del niño
- Diabetes materna

- ✿ Problemas asociados:

- ✿ Traumatismos al nacer

- ✿ Asfixia neonatal

- ✿ Aspiración de meconio

- ✿ Cesárea

VALORACIÓN/CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El cuidado enfermero de los niños de riesgo requiere:

- ❖ Anticipación
- ❖ Planificación de cuidados presentes o posibles.
- ❖ Intervención y aplicación de los tratamientos prescritos.
- ❖ Estar familiarizados con el manejo del utillaje, a veces muy sofisticado.
- ❖ Ser sensibles a las necesidades de los padres cuando se enfrentan a la enfermedad, muerte del hijo o riesgo de secuelas

VALORACIÓN/CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Disminuir las situaciones que pueden alterar el funcionamiento fisiológico del neonato (Ej. dejar la incubadora abierta, temperatura, etc.).
- ❖ Observar signos de cambio (Ej. coloración).
- ❖ Interpretar los datos del laboratorio y otras exploraciones.
- ❖ Conservar la energía del lactante (mantener la temperatura del neonato dentro de los límites de la zona de neutralidad térmica).
- ❖ Favorecer el establecimiento de ciclos (vigilia-sueño, etc.).
- ❖ Estimular el desarrollo del niño (psicomotriz).
- ❖ Ayudar a los padres a establecer una vinculación positiva con el neonato.

2.1. R.N. ALTO RIESGO: MADRE DIABÉTICA

IMPORTANCIA

- Elevada frecuencia.
- Repercusiones de la diabetes sobre el feto
- Mejoría de los casos con la adecuada profilaxis y tratamiento.

FACTORES QUE INCIDEN EN EL PRONÓSTICO

- La clase y gravedad de la diabetes materna:
 - Diabetes gestacional y clase A controlada por dieta, los RN presentan pocas complicaciones
 - Las mujeres con diabetes insulino dependiente (no controladas adecuadamente rn es macrosómico)
 - Las mujeres diabéticas con enfermedad renal, retiniana..., presentan problemas fetales + graves
- Control y seguimiento de la diabetes

FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES GESTACIONAL

- Los HMD durante el embarazo soportan un ambiente con trastornos metabólicos, dependientes del tipo de diabetes y en especial de la hiperglicemia.
- La hiperglucemia materna estimula la producción de insulina (hiperinsulinismo fetal). Provocando una macrosomía fetal.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL R.N.

ES MACROSÓMICO

ES INMADURO

ASPECTO ROLLIZO, PLETÓRICO, BLANDO, CARA DE LUNA

**HIPOTONÍA
MUSCULAR**

TEMBLORES

PROBLEMAS

EL PERIODO DE MAYOR RIESGO SE EXTIENDE HASTA LAS 48H Y LAS 6H PRIMERAS

■ **A nivel metabólico**

■ **Hipoglucemia**

■ Más frecuente

■ **Hipocalcemia**

■ **Hiperbilirrubinemia**

■ **A nivel respiratorio**

■ Membrana Hialina

■ Asfixia neonatal

■ **Malformaciones**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Prevenir y detectar hipoglucemia

- Control periódico de glucemia
 - D. gestacional (glicemia 1-2h y a 6-8h, control posterior según clínica)
 - D. Insulino-dependiente (desde la primera hora, 2, 4-6, posterior según niveles y grado de macrosomia)
- Iniciar alimentación precoz
- En los hospitalizados administrar glucosa IV
- Cuidados propios de su inmadurez

2.2 R.N. ALTO RIESGO: MADRE HIPERTENSA

IMPORTANCIA

- ❑ Es un problema bastante frecuente
- ❑ Una de las causas más importantes de mortalidad materna
- ❑ Una de las causas más frecuentes de CIR
- ❑ Origen en sustancias vasoactivas liberadas por la placenta.
(Alteraciones de la placenta).

Consideraciones

**HIPERTENSIÓN EN
EMBARAZO:**

**CUANDO LAS CIFRAS
SUPERAN 140/90
mm Hg**

**HIPERTENSIÓN
GRAVE:**

**CUANDO LA
PRESIÓN
DIASTÓLICA ES
SUPERIOR A 110 mm
Hg**

COMPLICACIONES

- ☐ PROTEINURIA Y EDEMAS DURANTE EL EMBARAZO (PREECLAMPSIA)
- ☐ PRECLAMPSIA CON CONVULSIONES
- ☐ CIR ASIMÉTRICO DEL TERCER TRIMESTRE

VALORACIÓN/CUIDADOS ENFERMERÍA

- VIGILANCIA PRENATAL DE LA MADRE → REPOSO EN CAMA
- VALORACIONES PERIÓDICAS DEL FETO
- SE RECOMIENDA CESÁREA → EVITAR TRABAJO DE PARTO Y SUFRIMIENTO FETAL

EMBARAZO

- TEST DE APGAR AL MINUTO DE NACER Y POSTERIORMENTE REPETIR → POSIBLE REANIMACIÓN
- CONTROL TÉRMICO → INCUBADORA
- ASEGURAR CORRECTA OXIGENACIÓN
- CONTROLAR → HIPOGLUCEMIAS E HIPOCALCEMIAS

RECIÉN NACIDO

2.3 R.N. ALTO RIESGO: MADRE ADICTA A DROGAS

HIJO DE MADRE ADICTA A DROGAS

- Presentan abstinencia neonatal.
- Presentan problemas asociados:
 - Desnutrición, anemia e infecciones (no realizan controles)
- Pueden nacer con patología debido a la infección materna.
- Mayor riesgo de prematuridad.
- Mayor incidencia de muerte.

HIJO DE MADRE ADICTA A DROGAS

- 40% de niños menores de 2.500 g,
- 20 % de bajo peso para su edad gestacional,
- 24 % de prematuridad
- 6% de recién nacidos malformados
- 79 % de síndrome de abstinencia
- 2% de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- 3% de infección por virus de la hepatitis C (VHC)
- 4% de niños para adopción

VALORACIÓN

Síndrome de abstinencia:

Se debe al cese de forma brusca del aporte de la droga recibía

■ Tipo de droga y última dosis:

- Heroína:
 - Bajo Peso, prematuridad
- Metadona:
 - Mayor Síndrome de abstinencia
- Cocaína:
 - Disminución flujo sanguíneo y oxigenación
 - Asocia a muerte súbita, prematuridad
 - Edad escolar: conducta y procesamiento mental

MANIFESTACIONES

- **Signos de abstinencia:**

- **Manifestaciones SNC 24h/ según dosis**

- Alteraciones neurológicas(+ comunes) 😞

- Inquietud, irritabilidad, sacudidas, temblores, convulsiones, llanto agudo, hipertonía, trastornos de sueño.

- Alteraciones gastrointestinales

- Succión excesiva, rechazo alimento, vómitos, regurgitaciones, diarreas

- Alteraciones metabólicas

- Alteraciones respiratorias

- Taquipnea, cianosis y apnea

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Valorar y registrar los parámetros test Finnegan.
- Prevenir sobreestimulación:
 - Ambiente tranquilo sin estímulos, evitar luz y ruidos
- Proporcionar cuidado individualizado
- Valorar tolerancia a alimentación:
 - Administrar alimentación más frecuente y menor cantidad.
- Promocionar el vínculo maternofilial y control actitudes maternas hacia el bebé.
- Administración de tratamiento farmacológico (60%),
 - Inicio si +8 en tres valoraciones consecutiva o 2 con 12.
- Análisis de sangre para detectar infecciones congénitas
- Seguimiento tras el alta

RESUMEN

- 1.- Se recalca la importancia de la identificación, a partir de sus antecedentes, del recién nacido de alto riesgo, para organizar y planificar mejor los cuidados.
- 2.- La prematuridad constituye, uno de los motivos más importantes de ingreso en las unidades de cuidados especiales neonatales.
- 3.- Los niños con retraso de crecimiento intrauterino (CIR) constituyen un grupo heterogéneo, pero predominan los denominados disarmónicos.
- 4.- La patología materna, especialmente diabetes e hipertensión arterial, son una causa importante de morbimortalidad fetal y neonatal

3. EL DOLOR EN PEDIATRÍA

EL DOLOR ES UNA EXPERIENCIA EMOCIONAL DESAGRADABLE FRECUENTE EN PEDIATRÍA

CONSIDERACIONES

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

etiología, intensidad, duración y consecuencias

CAPACITACIÓN PERSONAL O DE GRUPO PARA TRATAR EL DOLOR

habilidades, conocimientos

VARIABLES DEL INDIVIDUO

edad, sexo, raza, nivel sociocultural, estado anímico

RECURSOS

fármacos, material, monitorización

ÁMBITO TTO DEL DOLOR

domicilio, ambulatorio, hospital

TIPO DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

OBJETIVOS TTO ADECUADO DEL DOLOR

DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL NIÑO Y DE LOS PADRES

MEJORAR LA ADHESIÓN A LOS TRATAMIENTOS

EVITAR LOS EFECTOS NEGATIVOS DEL DOLOR



Aumento de la morbimortalidad

Impacto negativo sobre el desarrollo

Hiperalgesia

EVITAR LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS DE LA SENSACIÓN
DOLOROSA (ANSIOLISIS)

FOMENTAR LA PREVENCIÓN, ANTICIPÁNDONOS AL DOLOR PRODUCIDO POR LAS ENFERMEDADES O LOS
PROCEDIMIENTOS

DEFINICIONES

DOLOR

Experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a lesión tisular real o potencial, y cuya presencia es **revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de la conducta**

ANALGESIA

Abolición de la percepción del dolor sin intención de producir sedación, que en el caso de aparecer será un efecto secundario de la medicación analgésica.

DEFINICIONES

ANSIEDAD

Distorsión del nivel de conciencia, que se traducirá en un aumento de la percepción del entorno y de la reactividad inespecífica al dolor y a las reacciones vegetativas

SEDACIÓN

Estado de disminución de la conciencia del entorno, manteniendo o no los reflejos protectores de la vía aérea, la percepción del dolor, la capacidad de mantener la vía aérea permeable y la ventilación espontánea

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL DOLOR



```
graph TD; A[PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL DOLOR] --> B[Anamnesis de las características del dolor]; A --> C[Tratamiento del dolor]; A --> D[Analgésicos, indicaciones, dosis y efectos secundarios];
```

**Anamnesis de
las
características
del dolor**

**Tratamiento del
dolor**

**Analgésicos,
indicaciones,
dosis y efectos
secundarios**

Anamnesis de las características del dolor

PREGUNTAS

1. ¿EXISTE DOLOR?

Ningún signo físico o de conducta es un indicador absoluto de dolor

OBSERVAR RESPUESTAS

```
graph TD; A([OBSERVAR RESPUESTAS]) --> B[CONDUCTUALES]; A --> C[FISIOLÓGICAS]; A --> D[NEUROENDOCRINAS];
```

CONDUCTUALES

- Niños etapa verbal → similar a adultos
- Niños etapa preverbal → expresión facial, gritos, llanto y movimientos corporales

FISIOLÓGICAS

- Cambios cardiovasculares (aumento FC y TA)
- Cambios respiratorios (aumento FR)
- Cambios neurovegetativos (aumento de sudoración palmar).

NEUROENDOCRINAS

- Aumentan las hormonas de estrés (catecolaminas, cortisol, glucagón)
- Hiperglucemia

2. ¿CÓMO ES EL DOLOR?

SEGÚN LA DURACIÓN DEL DOLOR

AGUDO

ENFERMEDAD O
PRUEBAS
DIAGNÓSTICAS

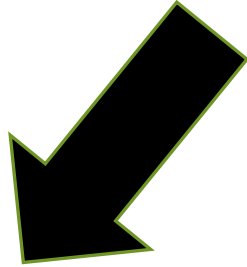
CRÓNICO

PIERDE SENTIDO DE
ALARMA

RECURRENTE

INTERMITENTES A LO
LARGO MESES O AÑOS

3. ¿CUÁL ES LA INTENSIDAD DEL DOLOR ?



LEVE



MODERADO



GRAVE

**VALORACIÓN OBJETIVA EN EL NIÑO → COMPLICADO → MÍNIMA CAPACIDAD VERBAL
Y CAMBIOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES DURANTE SU DESARROLLO**

3. ¿CUÁL ES LA INTENSIDAD DEL DOLOR ?

TRES MÉTODOS PARA EVALUARLO

COMPORTAMENTALES

FISIOLÓGICOS

AUTOVALORATIVOS

**DEPENDE EDAD
NIÑO**

EFFECTIVIDAD >4 años.
Escalas analógicas -visuales, de colores, de dibujos y las numéricas.

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

HAY DIFERENTES ESCALAS QUE INTENTAN OBJETIVAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO

TODAS LAS ESCALAS PUNTÚAN DE 0 A 10, SIENDO 0 LA AUSENCIA DE DOLOR Y 10 EL MÁXIMO DOLOR

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

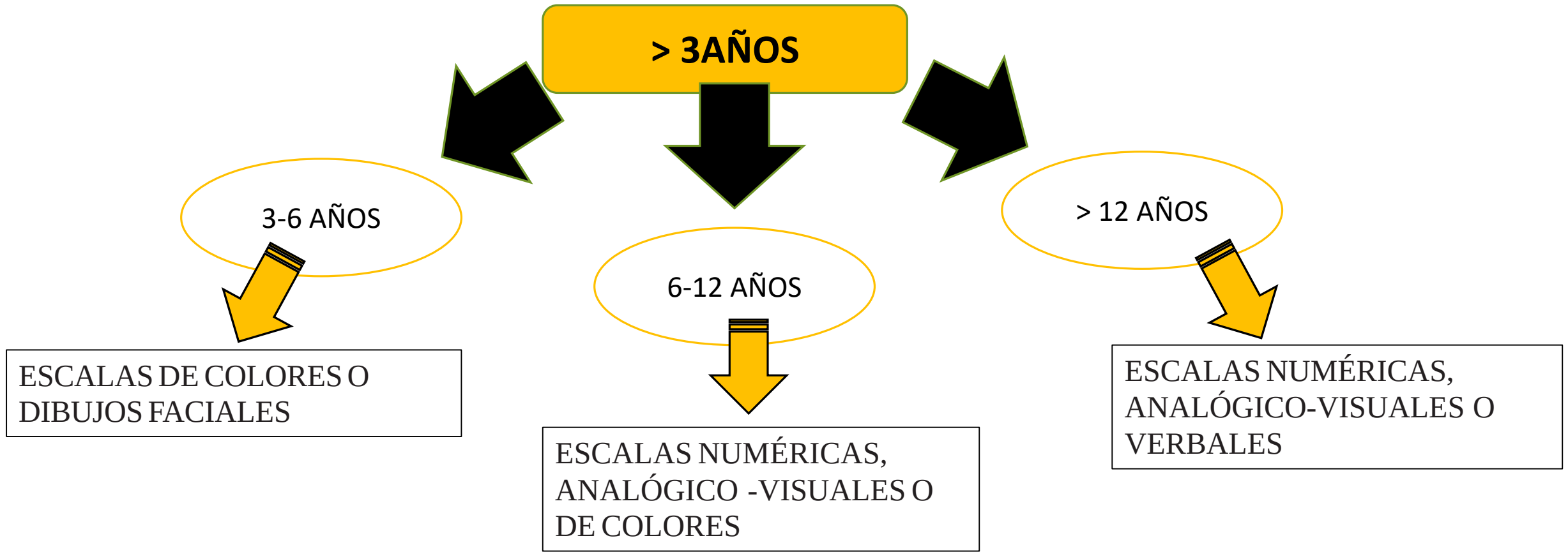
< 3 AÑOS

```
graph TD; A["< 3 AÑOS"] --> B["ESCALAS FISIOLÓGICO-CONDUCTUALES"]; B --> C["TA<br/>Llanto<br/>Actividad motora espontánea<br/>Expresión facial<br/>Expresión verbal"];
```

ESCALAS FISIOLÓGICO-CONDUCTUALES

TA
Llanto
Actividad motora espontánea
Expresión facial
Expresión verbal

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR



4. ¿ESTÁ INFLUIDO EL DOLOR EN SU PERCEPCIÓN POR ALGÚN FACTOR?

EL DOLOR NO ES EXCLUSIVAMENTE UN FENÓMENO BIOLÓGICO → **ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y DEL ENTORNO**

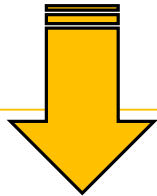
- SEXO
- EDAD
- NIVEL COGNITIVO
- CULTURA
- CONDUCTA DE LOS PADRES

- ASPECTOS EMOCIONALES → ANSIEDAD, MIEDO
 - EXPERIENCIAS DOLOROSAS PASADAS
 - ENTORNO
- **CONDUCTA DE LOS PROFESIONALES**

5. ¿CUÁL ES LA ETIOPATOGENIA DEL DOLOR?



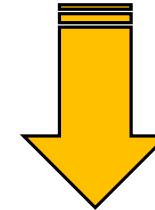
**DOLOR SECUNDARIO A UNA
AGRESIÓN TISULAR:
TRAUMÁTICO, QUIRÚRGICO**



Infecciones
Traumatismos
Quemaduras
Cirugía
Punciones diagnóstico-terapéuticas



**DOLOR POR ENFERMEDAD:
INFLAMATORIO, VASCULAR,
NEUROPÁTICO, PSICÓGENO**



Anamnesis y una exploración física → **la etiología del dolor** →
tto etiológico y analgésico

Tratamiento del dolor

PREGUNTAS

1. ¿CUÁL ES LA EDAD DEL NIÑO?

- ❑ Es muy importante adecuar el tto a la edad del niño.
- ❑ En niños muy pequeños no será posible la intervención psicológica → la familia protagonista.
- ❑ Al hacer la selección del fármaco a utilizar tendremos en cuenta la inmadurez funcional de la mayoría de los órganos del lactante.

2. ¿QUÉ PAPEL PUEDEN TENER LOS PADRES EN EL TTO DEL DOLOR?

❑ Hay que tener presente que los padres son los mejores aliados del niño durante cualquier procedimiento doloroso.

Pueden ayudar a calmar con palabras tranquilizadoras a los niños



Explicando los pasos del procedimiento y las sensaciones que tendrá en el momento del procedimiento, calmando y consolando al niño.

3. ¿ES POSIBLE ALGUNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA?

- ❑ Si se dispone de personal cualificado será posible utilizar técnicas de hipnosis que se basan en *relajaciones profundas y sugerencias post-hipnóticas*



Aumentarán el bienestar, reducirán molestias y aumentarán el propio dominio durante el proceso doloroso.

4. ¿QUÉ TIPO DE DOLOR SE VA A TRATAR?

Según la intensidad del dolor

- **Dolor leve.** Habitualmente será suficiente un fármaco **analgésico** administrado por *vía oral*.
- **Dolor moderado.** Pueden ser necesarias las asociaciones de fármacos → **un analgésico, un antiinflamatorio o un opioide menor**. *Vía oral*, pero se puede necesitar la *vía subcutánea, intramuscular, rectal o intravenosa*.
- **Dolor grave.** Suele ser necesario utilizar **opioides** por *vía intravenosa*.

4. ¿QUÉ TIPO DE DOLOR SE VA A TRATAR?

Según la duración del dolor

- **Dolor agudo.** En el dolor agudo de fuerte intensidad se comienza con fármacos que aseguren una respuesta efectiva (no muy potentes).
- **Dolor crónico.** Se empieza con el analgésico menos potente que pueda resultar efectivo. Siempre hay que considerar *la etiología de los diferentes tipos de dolor en patologías médicas* → los fármacos como las vías de administración o técnicas coadyuvantes serán diferentes.

4. ¿QUÉ TIPO DE DOLOR SE VA A TRATAR?

Dolor por procedimientos diagnóstico terapéuticos

- ❑ Actualmente existen múltiples procedimientos que requieren técnicas de sedo-analgesia. Es preciso valorar en estos casos el grado de dolor y ansiedad que se va a inducir, para ***anticiparnos*** al mismo.

5. ¿PRECISA ALGÚN TIPO DE SEDACIÓN?

- ❑ En ocasiones, por la variabilidad en la percepción del dolor, la analgesia sola no es suficiente y se precisa inducir sedación o ansiolisis.
- ❑ El grado de sedación necesario también será variable → según las características que presente el niño (edad, tipo de dolor, etc)

6. ¿QUÉ REPERCUSIONES TENDRÁ EL DOLOR O EL TTO DEL MISMO EN EL NIÑO?

- ❑ No siempre será posible mantener al niño en *un estado de ausencia total de dolor*.
- ❑ Importante saber → *qué repercusiones tendrá el dolor a nivel metabólico, respiratorio o hemodinámico*
- ❑ Atención a → *efectos secundarios*, previsibles o no sobre el paciente → *depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia, ALERGIAS*.

7. ¿CUÁL ES EL TTO MÁS ADECUADO PARA EL PACIENTE (VIA, FÁRMACO, DURACIÓN)?

- ❑ Elegiremos el fármaco en función de las características e intensidad del dolor.
- ❑ Conocer la farmacología y farmacocinética del analgésico prescrito: utilizar dosis adecuadas y a intervalos apropiados.
- ❑ Conocer las reacciones adversas de los fármacos que utilizamos y prevenirlas en lo posible.

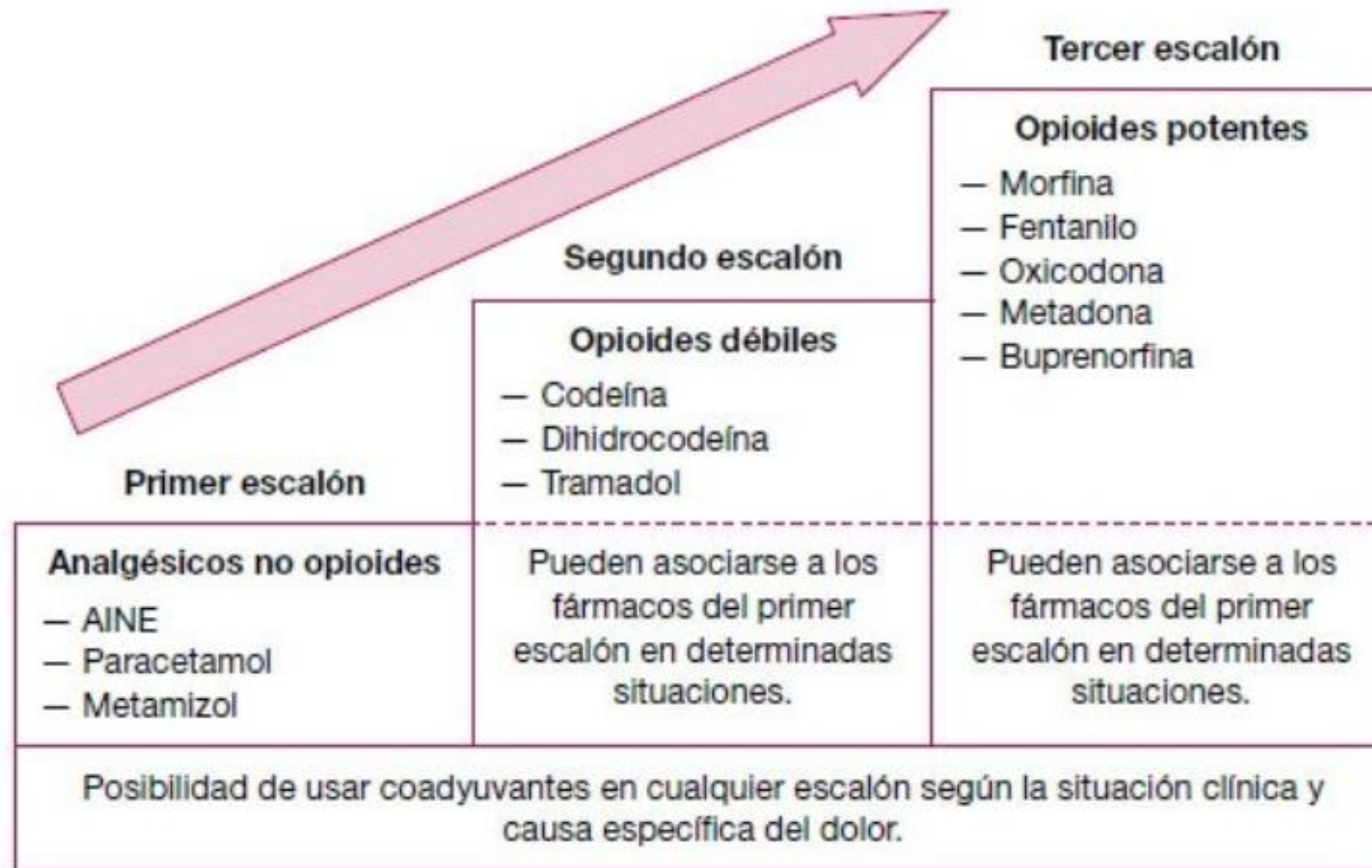
7. ¿CUÁL ES EL TTO MÁS ADECUADO PARA EL PACIENTE (VIA, FÁRMACO, DURACIÓN)?

- Al cambiar un fármaco utilizar dosis equianalgésicas.
- No utilizar combinaciones de fármacos salvo indicaciones específicas y de resultados demostrados.
- Respetar las diferencias individuales que existen entre los pacientes.

7. ¿CUÁL ES EL TTO MÁS ADECUADO PARA EL PACIENTE (VIA, FÁRMACO, DURACIÓN)?

- ❑ La analgesia puede ser administrada ya sea en *infusión continua, en bolus o a demanda* según el grado de dolor.
- ❑ La **vía oral** es la más simple y debe ser utilizada como primera alternativa en el **dolor leve y moderado**.
- ❑ Vías intramuscular y subcutánea → administración de opioides, cada vez menos utilizadas.
- ❑ La **vía intravenosa** se utilizará cuando no es posible la vía oral y/o si el **dolor es moderado-grave**.

Escalera Analgésica de la OMS.



- **Ascensor Analgésico.**

Piso inferior: coadyuvantes.

4 botones: a seleccionar según grado de dolor.

1º Dolor leve: no opioides.

2º Dolor moderado: opioides débiles.

3º Dolor intenso: opioides potentes.

4º Dolor insoportable: unidades
especializadas.

CAUSAS DE ANALGESIA INADECUADA

- Comunicación inadecuada.
- Retraso en el inicio.
- Fármacos inadecuados o insuficientes.
- Ausencia de tratamiento individualizado.

4. PROBLEMAS DE SALUD EN LA ETAPA NENOTAL

ÍNDICE

- ☐ El neonato con infección congénita
- ☐ El neonato con problemas respiratorios
- ☐ Ictericia neonatal
- ☐ Síndrome de sufrimiento fetal
- ☐ Hipoglucemia neonatal
- ☐ Sepsis neonatal
- ☐ Enterocolitis necrosante

NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA

EL NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA

T
O
R
C
H

TOXOPLASMOSIS

OTRAS INFECCIONES

RUBEOLA

CITOMEGALOVIRUS

HERPES SIMPLE

- Son una serie de infecciones que pueden producir defectos congénitos graves en el neonato cuando se adquieren durante la gestación.
- Se transmiten por vía transplacentaria o por contacto directo con el patógeno durante el parto.
- Trasmisión antes de la semana 20SG = consecuencias más graves para el feto (malformaciones múltiples).
- Transmitidas en la segunda mitad de la gestación= prematuridad, bajo peso y alteraciones del sistema nervioso.

NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR TOXOPLASMOSIS

ORIGEN/AFECTACIÓN

- Infección producida por el parásito protozoo *Toxoplasma gondii*.
- El riesgo de **transmisión** aumenta a medida que avanza la gestación.
- La **afectación fetal** tiene una evolución inversa → más afectación en las primeras 20SG que posteriormente.

CLASIFICACIÓN/SINTOMATOLOGÍA

MINORÍA SINTOMÁTICOS AL NACER



RIESGO

Secuelas tétrada de Sabín:
hidrocefalia
calcificaciones intracraneales
corioretinitis
convulsiones

LA GRAN MAYORÍA (85%) ASINTOMÁTICO AL NACER



EL 20-30% PUEDE PRESENTAR A LARGO PLAZO AFECTACIÓN OCULAR, SOBRE TODO CORIORETINITIS (Inflamación de la coroides y retina)

PREVENCIÓN/TRATAMIENTO

- La gestante infectada → tto con **espiramicina**
→ seguimiento ecográfico seriado.
- EL neonato → controles serológicos, neurológicos, auditivos y oftalmológicos.

NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR RUBÉOLA

ORIGEN/AFECTACIÓN

- Infección producida por el virus de la rubéola. La frecuencia de la infección congénita es muy baja (vacuna en el calendario sistémico).
- La transmisión y afectación fetal dependen del momento de la gestación:
 - En las 12 primeras semanas → 80%.
 - En la semana 30 DISMINUYE → 30%
 - En el último mes ASCIENDE → 100%

SINTOMATOLOGÍA/TRATAMIENTO

ANTES DE LAS 12 SG



RIESGO

**síntomas clásicos de la
tétrada de Gregg:**
cardiopatía
oftalmopatía
Sordera
microcefalia

No existe tratamiento eficaz



**La profilaxis se basa en la
vacunación de las mujeres antes
de la edad fértil. Está
contraindicada durante la
gestación**

NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS

ORIGEN/AFECTACIÓN

- Infección producida por un virus de la familia *Herpesviridae*.
- Produce una de las **infecciones congénitas + frecuentes**.
- AFECCIÓN→ aumentando el riesgo cuanto mayor es la edad gestacional.
- SECUELAS NEONATO→ primeras 24 semanas (sobre todo en las 12 primeras).

CLASIFICACIÓN/ SINTOMATOLOGÍA

10-15% SINTOMÁTICO AL NACER



**PUEDEN PRESENTAR SECUELAS
IMPORTANTES:**

**RETRASO PSICOMOTOR
DÉFICIT VISUAL
DÉFICIT AUDITIVO
NEUROSENSORIAL**

85-95% ASINTOMÁTICO AL NACER



SECUELAS DE APARICIÓN TARDÍA:

**DEFECTOS AUDITIVOS
RETRASO PSICOMOTOR**

NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR HERPES SIMPLE

ORIGEN/AFECTACIÓN

- INFECCIÓN PRODUCIDA POR VHS-1 Y VHS-2 DE LA FAMILIA *HERPESVIRIDAE*.
- LA TRANSMISIÓN INTRAUTERINA ES MUY INFRECIENTE.
- MÁS RIESGO DE ABORTO Y DE PARTO PRETÉRMINO.
- 2 FORMAS DE CONTAGIO:
 - AL ATRAVESAR EL CANAL DEL PARTO → CONSECUENCIAS → LESIONES CUTÁNEAS, OCULARES Y DEL SNC.
 - POSNATAL POR CONTACTO CON LESIONES HERPÉTICAS NO GENITALES.

MEDIDAS PROFILÁCTICAS

**ADMINISTRAR
ACICLOVIR**

**CESÁREA
ELECTIVA
CUANDO HAYA
LESIONES
HERPÉTICAS AL
INICIO DEL
PARTO**

NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR VARICELA

ORIGEN/AFECTACIÓN

- Infección producida por un virus de la familia *Herpesviridae*.
- El riesgo de **transmisión** hasta la 20 SG es bajo, elevándose en el **tercer trimestre**.
- La **afectación fetal** > primer y segundo trimestre
- La **afectación fetal** < tercer trimestre

CLASIFICACIÓN/ SINTOMATOLOGÍA

SINDROME VARICELA CONGÉNITA



- LESIONES CUTÁNEAS CICATRICIALES
- LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS
 - LESIONES OCULARES
- ANOMALÍAS INTESTINALES Y ESFINTERIANAS

HIJOS DE MADRE CON VARICELA EN LA GESTACIÓN (20SG)



EPIODIO DE HERPES ZÓSTER EN LOS 2
PRIMEROS AÑOS DE VIDA

PREVENCIÓN/TRATAMIENTO

- TRASMINISIÓN EN LOS 5 DÍAS PREVIOS AL PARTO Y LOS 2 DÍAS POSTERIORES A ÉSTE(+ 50% CASOS)→ **RIESGO DE VARICELA FULMINANTE** CON AFECTACIÓN MULTIVISCERAL→ FRENAR EL PARTO DURANTE LOS 7 DÍAS POSTERIORES A LA APARICIÓN DEL ERITEMA CUTÁNEO
- LOS NEONATOS DE MADRES QUE HAN CONTRAÍDO LA VARICELA EN ESTE PERIODO → TTO PRECOZ CON **GAMMAGLOBULINA**.
- EN GESTANTES NO INMUNES EXPUESTAS EN CUALQUIER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN→ TTO CON INMUNOGLOBULINA PROFILÁCTICA DURANTE LAS PRIMERAS 72-96 H DEL CONTACTO.

NEONATO CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR SIFILIS

ORIGEN/AFECTACIÓN

- INFECCIÓN PRODUCIDA POR LA ESPIROQUETA *TREPONEMA PALLIDUM*.
- LA TRANSMISIÓN:
 - A PARTIR DE LA SEMANA 14-16 DE GESTACIÓN.
 - DURANTE EL PARTO POR CONTACTO DIRECTO DEL RN CON LESIONES CONTAGIOSAS.
- IMPORTANCIA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ → SIFILIS CONGÉNITA TARDÍA (IRREVERSIBLE)

PREVENCIÓN/TRATAMIENTO

- ☐ TRATAMIENTO DE LA GESTANTE CON **PENICILINA**
- ☐ SI LA MADRE HA RECIBIDO TTO CORRECTAMENTE(+ 30 DÍAS DEL PARTO) → SEGUIMIENTO SEROLÓGICO DEL NEONATO
- ☐ SI LA MADRE NO RECIBE TTO CORRECTO → ADMINITRACIÓN DE PENICILINA+ SEGUIMIENTO DE SEROLOGÍA AL NEONATO

NEONATO CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS

ENFERMERDAD DE LA MEMBRANA HIALINA (EMH)

CONCEPTO = déficit en la producción de surfactant que afecta sobre todo a prematuros.

El surfactante → Aparece en el líquido amniótico entre las 28-32 SG → niveles maduros a las 35 SG.

MANIFESTACIONES = dificultad respiratoria progresiva en las primeras 6 h de vida → culmina hacia el tercer día (fecha en la que se produce el mayor número de muertes).

PREVENCIÓN = la administración prenatal de un ciclo de corticoides es la medida más eficaz para disminuir la incidencia de esta patología.

TRATAMIENTO= el soporte ventilatorio con CPAP nasal o ventilación mecánica + la administración de surfactante exógeno de origen animal a través de un tubo endotraqueal

TAQUIPNEA TRANSITORIA

RELEVANCIA= es la causa más frecuente de dificultad respiratoria en el RN.

CONCEPTO= consiste en un retraso en la reabsorción del líquido pulmonar presente en la vida fetal. Afecta normalmente a niños casi a término y es más frecuente cuando el niño nace por cesárea.

MANIFESTACIONES= Se caracteriza por la aparición de una importante taquipnea, con evolución corta y benigna.

TRATAMIENTO= administración de O₂. Casi nunca precisa ventilación mecánica.

SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL (SAM)

RELEVANCIA= constituye una complicación grave del sufrimiento fetal agudo intraparto (SFA).

CONCEPTO= cuadro obstructivo en las vías aéreas que altera la relación ventilación/perfusión, produciendo hipoxemia en el RN que aspira líquido amniótico teñido de meconio durante el nacimiento.

COMPLICACIONES= hipertensión pulmonar → **alta mortalidad**

ACTUACIÓN= ventilación mecánica y óxido nítrico.

PREVENCIÓN= aspiración previa al llanto en el momento de nacer.

BRONCONEUMONÍA O SEPSIS NEONATAL PRECOZ (SNP)

CONCEPTO= complicación infecciosa en el parto, producida frecuentemente por *Streptococcus* β -hemolítico.

MANIFESTACIONES= sepsis neonatal precoz → dificultad respiratoria en las primeras horas de vida y apneas precoces.

PREVENCIÓN= profilaxis con penicilina intraparto por v.i a todas las madres con riesgo obstétrico de infección (positivo en el cultivo vaginal y rectal en el último trimestre de embarazo)

DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP)

CONCEPTO

Alteración pulmonar **crónica** que aparece en RN, que han sido sometidos a **ventilación mecánica y oxigenoterapia durante periodos prolongados**.

Se considera que todo lactante que tras los primeros 28 días de vida sigue precisando oxígeno suplementario padece una DBP.

TRATAMIENTO

- mantener un buen estado nutricional
- prevenir la aparición de infecciones
- aplicar broncodilatadores y corticoides
- fisioterapia respiratoria

ICTERICIA NEONATAL

CONCEPTOS GENERALES

Bilirrubina indirecta: no conjugada → puede atravesar la barrera hematoencefálica

Bilirrubina directa: conjugada, no atraviesan la barrera hematoencefálica.

BILIRRUBINA LIBRE TÓXICA cerebro del RN



Encefalopatía bilirrubínica. Kernicterus.

(Secuelas neurológicas y riesgo elevado de muerte)

Tabla I. Factores de riesgo de hiperbilirrubinemia en el recién nacido

FACTORES MATERNOS

Incompatibilidad Rh, ABO
Lactancia materna
Fármacos (diazepam, oxitocina)
Raza asiática
Enfermedades maternas (diabetes gestacional)

FACTORES NEONATALES

Cefalohematomas, hematomas, parto instrumental
Fármacos (cloranfenicol, eritromicina, acetil sulfisoxa
Pérdida excesiva de peso tras nacimiento
Infecciones (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, otros)
Sexo masculino
Prematuridad <36 semanas
Policitemia
Hermano anterior con fototerapia
Lactancia materna exclusiva

Adaptación de Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirrubinemia in the Term Newborn. *Am Fam Physician* 2002;65:606, 613-4.

TIPOS DE ICTERICIA



**ICTERICIA
FISIOLÓGICA**



**ICTERICIA
PATOLÓGICA**

ICTERICIA FISIOLÓGICA

CONCEPTO

- La ictericia es la coloración amarillenta de piel, escleras y mucosas por aumento de la bilirrubina y su acumulación en tejidos corporales
- Niveles superiores a 2 mg/dl en niños y a 5 mg/dl en neonatos
- **Se debe a un aumento de la bilirrubina indirecta no conjugada**

ICTERICIA FISIOLÓGICA

CARACTERÍSTICAS

- ❑ El pico de bilirrubina **aparece a los 2-4 días** (5-6 mg/dl).
- ❑ Los niveles de bilirrubina retornan a valores de 2 mg/dl entre los 5 y 7 días.
- ❑ **No requiere tratamiento.** Se aconseja a las madres exponer a los niños al sol detrás de un cristal, ya que la luz solar ayuda a disminuir el nivel de bilirrubina.

ICTERICIA PATOLÓGICA

CONCEPTO

- ☐ Toda ictericia que aparezca en **las primeras 24 h de vida** del neonato será patológica.
- ☐ En estos casos, los niveles séricos de bilirrubina pueden llegar a ser tóxicos para el SNC → paso a través de la barrera hematoencefálica de la bilirrubina indirecta (*kernicterus*)

TRATAMIENTO

- ☐ Fototerapia
- ☐ Exanguinotransfusión

FOTERAPIA

- ❑ Terapia basada en la aplicación de un foco emisor de luz ultravioleta, que se coloca a distancia óptima
- ❑ Pretende convertir por fotodegradación la bilirrubina indirecta (tóxica) en un pigmento hidrosoluble (no tóxico).
- ❑ El niño debe estar desnudo para que quede expuesta la mayor superficie posible de su cuerpo.
- ❑ Es un tratamiento permanente que debe interrumpirse el menor tiempo posible.

CUIDADOS DEL NIÑO CON FOTOTERAPIA

- Proteger los ojos de la luz.(retirar durante alimentación)
- El bebé esta desnudo. Cambios posturales
- Distancia. Control de temperatura más frecuente 4/6 H.
- Aportar más líquido por riesgo de deshidratación.
- No aplicar ninguna clase de crema o aceites por riesgo de quemadura.
- Periódicamente determinar el nivel de bilirrubina (sangre o bilirrubinómetro transcutáneo).

EXANGUINOTRANSFUSIÓN

- ❑ Se realiza cuando la fototerapia no es suficiente y las cifras de bilirrubina son muy elevadas.
- ❑ Consiste en el recambio del doble de la volemia del niño a través de la vena umbilical. Se efectúa con sangre fresca.

CUIDADOS DEL NIÑO EN EXANGUINOTRANSFUSIÓN

- La técnica es estéril.
- La vía de elección es la vena umbilical u otra de gran calibre.
- Mantener inmovilizado al niño durante el proceso.
- Vigilar los signos de posibles complicaciones para actuar lo antes posible.
- Informar a los padres.

CAUSAS ICTERICIA PATOLÓGICA

- ❖ **ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RN**
- ❖ **INCOPATIBILIDAD Rh**
- ❖ **INCOPATIBILIDAD ABO**
- ❖ **INFECCIONES**

SÍNDROME DE SUFRIMIENTO FETAL

CONCEPTO

Hipoxia o asfixia perinatal, que puede producir hemorragia intraventricular en prematuros y encefalopatía hipóxico-isquémica en el RN a término.

MANIFESTACIONES

Se acompaña de un PH fetal acidótico y **valores bajos en el test de APGAR**.

CUIDADOS

siempre está indicado el traslado a una unidad de neonatos para someter al niño a **observación durante 24-48 h.**

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

IMPORTANCIA



DETECCIÓN PRECOZ → EVALUAR TODOS LOS RN CON
FACTORES DE RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

OBJETIVO



MANTENER NIVELES > 45mg/dl en el primer día
MANTENER NIVELES > 45-50 mg/dl posteriormente

NEONATOS DE RIESGO

PREMATUROS

HIJOS DE
M.DIABTEICA

ALTO RIESGO
DE INFECCIÓN

CIR

ESTRÉS
PERINATAL

DIAGNÓSTICO



GLUCOSA EN SANGRE < 45mg/dl

SINTOMATOLOGÍA
INESPECÍFICA



CAMBIOS EN NIVEL DE CONCIENCIA
IRRITABILIDAD
LETARGIA
TEMBLORES
CONVULSIONES
APNEAS O TAQUIPNEAS
SUCCIÓN DÉBIL
CIANOSIS

CONTROLES



☐ A TODOS LOS NEONATOS DE RIESGO

☐ HIJOS DE MANDRE DIABÉTICA → PRIMERA HORA DE VIDA

☐ PREMATUROS O CIR → 2 PRIMERAS HORA DE VIDA

TRATAMIENTO



☐ TRATAMIENTO COMO URGENCIA VITAL → SECUELAS EN SNC Y/O MUERTE

☐ ALIMENTACIÓN PRECOZ EN LAS 2 PRIMERAS HORAS DE VIDA

☐ TRATAMIENTO ACORDE A LA SINTOMATOLOGÍA

SEPSIS NEONATAL

CONCEPTO

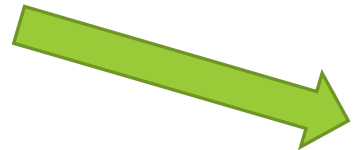


Se define como sepsis neonatal *cualquier infección producida por bacterias, virus u hongos que se manifiesta en los primeros 28 días de vida del RN*

TIPOS



TRANSMISIÓN VERTICAL



TRANSMISIÓN HORIZONTAL

TRANSMISIÓN VERTICAL

❑ CONCEPTO

Se produce al atravesar el canal genital materno.

❑ GÉRMENES MÁS FRECUENTES

Streptococcus agalactiae o *Streptococcus* del grupo B (SBA) y *Escherichia coli*

❑ MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- **Estudio del cultivo vaginal y rectal** a todas las gestantes en las 4-6 semanas previas al parto
- **Profilaxis con penicilina o ampicilina** i.v una vez iniciado el parto en las gestantes con resultado positivo

TRANSMISIÓN VERTICAL

FACTORES DE RIESGO

- ☐ Parto prematuro espontáneo
- ☐ Rotura prematura de membranas
- ☐ Sospecha de corioamnionitis
- ☐ Madre con SBA en la gestación
- ☐ Hermano con sepsis por SBA

TRANSMISIÓN HORIZONTAL

❑ CONCEPTO

Es aquella producida por gérmenes localizados en las unidades de neonatología

❑ GÉRMENES MÁS FRECUENTES

Staphylococcus epidermidis, la *Escherichia coli* y la *Candida albicans*

❑ FACTORES DE RIESGO

- Sobreutilización de antibióticos
- Lavado deficiente de las manos por parte del personal sanitario
- Insuficiente desinfección del material que está en contacto con los neonatos

❑ MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- Lavado adecuado de manos antes de manipular al neonato
- Utilización de material de diagnóstico y tratamiento limpio y estéril

ENTEROCOLITIS NECROSANTE

CONCEPTO

Lesión isquemiconecrótica intestinal que se sigue habitualmente de sepsis bacteriana a partir del foco digestivo.

ETIOLOGÍA

Desconocida. Factores asociados → prematuridad y la alimentación enteral con fórmula láctea.

MANIFESTACIONES

Distensión abdominal, restos biliosos y deposiciones sanguinolentas.

TRATAMIENTO

Dieta absoluta, control radiológico frecuente y administración de antibióticos.

SI perforación, peritonitis o sepsis refractaria a tratamiento medico → CIRUGÍA

5. PATOLOGÍAS EN LA ETAPA INFANTIL

INDICE

- ❖ PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS
- ❖ PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES
- ❖ PATOLOGÍAS DIGESTIVAS
- ❖ PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS
- ❖ PATOLOGÍAS TRACTO URINARIO
- ❖ PATOLOGÍA ENDOCRINO-METABÓLICAS
- ❖ MUERTE SUBITA DEL LACTANTE

PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

- La insuficiencia respiratoria → interferencia en la capacidad para intercambiar O_2 y CO_2 .
- Respiración normal → ambos lados del tórax deben de moverse a la vez, de forma simétrica y relajada.
- La respiración abdominal → niños pequeños hasta edad preeescolar.
- Las patologías respiratorias más frecuentes:
 - Infecciones respiratorias víricas: laringitis, traqueitis, **bronquiolitis**, neumonías.
 - Infecciones respiratorias bacterianas: **tosferina**, neumonías, **TBC**

Infecciones respiratorias víricas: laringitis, traqueitis, bronquiolitis, neumonías

- ❑ **LA BRONQUIOLITIS** → infección pulmonar común en bebés y niños pequeños.
- ❑ **AGENTE CAUSAL** → el virus respiratorio sincitial (VRS)
- ❑ **CONSIDERACIONES** → aumento en meses fríos de otoño e invierno → Fácil transmisión
- ❑ **PREVENCIÓN** → aislamiento respiratorio.

Infecciones respiratorias bacterianas: tos ferina, neumonías, TBC

TOSFERINA

CONCEPTO→ infección producida por la bacteria Bordetella Pertusis

POBLACIÓN→ lactantes <2 meses que aún no han recibido su primera vacuna.

PREVENCIÓN→ aislamiento respiratorio individual o con otro niño no susceptible. Vacunación.

Infecciones respiratorias bacterianas: tos ferina, neumonías, TBC

TBC

CONCEPTO→ es una infección causada por Mycobacter Tuberculosis.

TRANSMISIÓN→ requiere un contacto estrecho y prolongado.

PREVENCIÓN→ aislamiento estricto, incluso en periodo de sospecha.

PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES

PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES

LOS PROBLEMAS DEL CORAZÓN PUEDEN SER

ESTRUCTURALES



CARDIOPATÍAS
CONGÉNITAS

FUNCIONALES



ARRITMIAS

MÚSCULO
CARDIACO



MIOCARDIOPATÍAS

Cardiopatías congénitas derechas o cianosantes

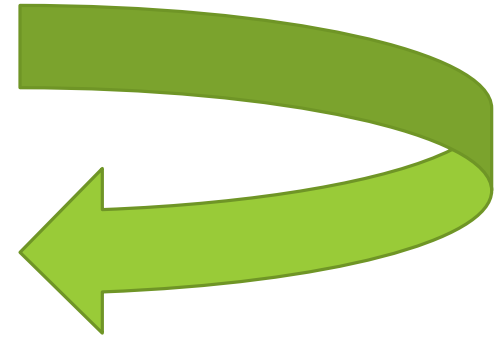
CORTOCIRCUITO DERECHA-IZQUIERDA → PASO DE SANGRE VENOSA A CIRCULACIÓN ARTERIAL



PATOLOGÍAS

TETRALOGÍA DE
FALLOT (TF)

TRANSPOSICIÓN
DE LOS GRANDES
VASOS (TGV)



TETRALOGÍA DE FALLOT (FT)

Se trata de la más frecuente >1 año. Está formada por cuatro defectos: estenosis pulmonar, hipertrofia del ventrículo derecho, comunicación interventricular (CIV) y cabalgamiento aórtico.

TETRALOGÍA DE FALLOT (FT)



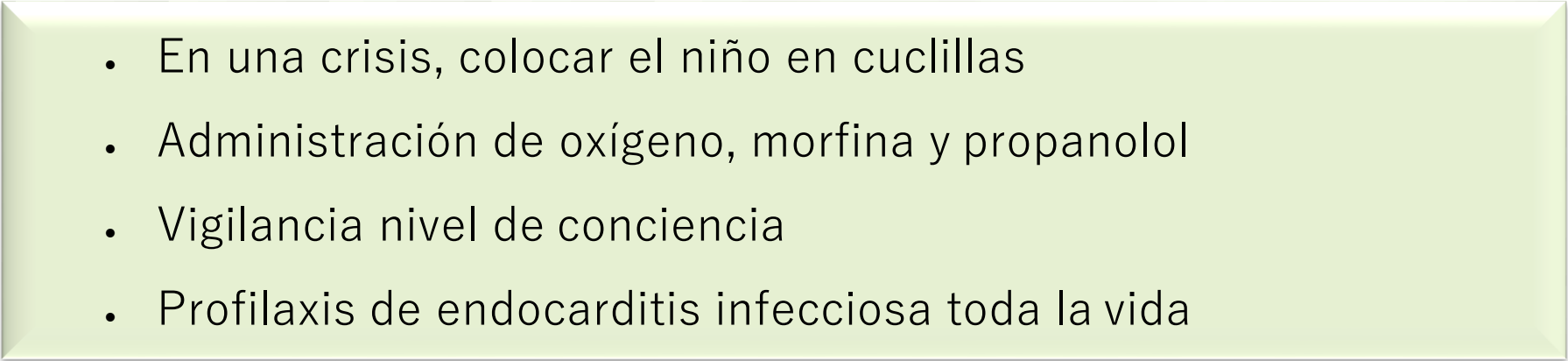
SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Hipoxia y cianosis
- Acidosis metabólica
- Crecimiento escaso
- Intolerancia al ejercicio.

TETRALOGÍA DE FALLOT (FT)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



- 
- En una crisis, colocar el niño en cuclillas
 - Administración de oxígeno, morfina y propanolol
 - Vigilancia nivel de conciencia
 - Profilaxis de endocarditis infecciosa toda la vida

TRANSPOSICIÓN DE LOS GRANDES VASOS (TGV)

Se trata de una cardiopatía de aparición frecuente en el periodo neonatal

¿QUÉ OCURRE?



La aorta sale del ventrículo derecho y la arteria pulmonar del ventrículo izquierdo

Circulación sanguínea normal → dos circuitos interconectados

Circulación sanguínea TGV → sistema de dos circuitos en paralelo, comunicación entre ambos

Gravedad → situación incompatible con la vida

Tratamiento → quirúrgico

Cardiopatías congénitas izquierdas o no cianosantes

SON AQUELLAS QUE CURSAN SIN CORTOCIRCUITO O ÉSTE ES IZQUIERDA-DERECHA



PATOLOGÍAS

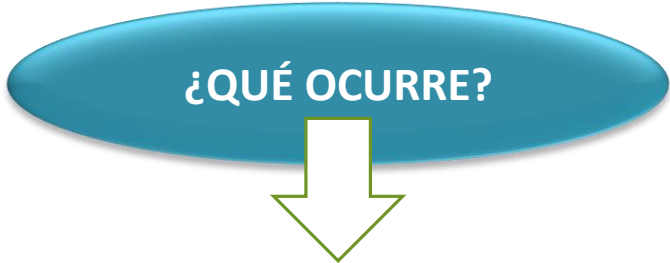
COMUNICACIÓN
INTERVENTRICULAR
(CIV)

COMUNICACIÓN
INTERARTICULAR (CIA)

ACORTACIÓN DE
AORTA (CoA)

Comunicación interventricular (CIV)

Cardiopatía congénita + frecuente, asintomática hasta la edad adulta.



¿QUÉ OCURRE?

Apertura de la pared ventricular → aumento del flujo sanguíneo pulmonar.

A través de apertura → sangre desde el ventrículo izquierdo a la arteria pulmonar.

Comunicación interventricular (CIV)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Aumento del número de infecciones respiratorias
- Hipertensión pulmonar.
- Se ausculta un soplo sistólico.

Comunicación interventricular (CIV)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



**El tratamiento es conservador.
La mayoría se cierran de forma espontánea.
Existe una buena respuesta a la cirugía.**

Comunicación interauricular (CIA)

Ocurre cuando la apertura de la pared auricular permite el paso de la sangre de izquierda a derecha. La frecuencia es de 10% en niños.

Comunicación interauricular (CIA)

SIGNOS Y SÍNTOMAS



Habitualmente es asintomática.

- Cansancio fácil
- Crecimiento escaso
- En la auscultación, soplo sistólico suave

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



- Generalmente el cierre es espontáneo durante los 4 primeros años.
- No es necesario limitar el ejercicio.

Acortación de aorta (CoA)

Es el estrechamiento o constricción de la aorta ascendente obstruyendo la salida del flujo sistémico.

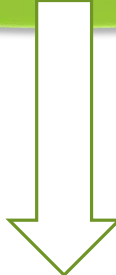
Acortación de aorta (CoA)

SIGNOS Y SÍNTOMAS



- Presión arterial menor en las piernas que en los brazos
- Dolor y debilidad en las piernas después del ejercicio
- Pulsos braquiales y radiales saltones

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



El niño será sometido a un cateterismo cardíaco (2-4 años).

Enfermería→ cuidados pre-cateterismo y post-cateterismo según el protocolo del hospital.

Miocardiopatía dilatada (MD)

¿QUÉ OCURRE?



Alteración de la contractibilidad y la dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo o de ambos ventrículos

¿QUÉ VEMOS?



Disnea de esfuerzo
Fácil cansancio

SIGNOS Y
SÍNTOMAS



- Pulsos débiles
- Mal relleno capilar
- Cianosis periférica
- Oliguria
- Acidosis
- Situación de shock
- Taquipnea

Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

¿EN QUÉ CONSISTE?

La ICC es la incapacidad del sistema cardiovascular de satisfacer las demandas de oxígeno del organismo.

SIGNOS Y
SÍNTOMAS

- Fatiga y sudoración durante la alimentación
- Reducción en el volumen de las tomas
- Pobre ganancia de peso
- Intolerancia al ejercicio.
- Infecciones respiratorias de repetición
- Polipnea y ronquido respiratorios
- Sudoración profusa

CUIDADOS EN LA ICC Y MD

- Control de TA (tendencia a HTA por retención de líquidos)
- Restricción de la ingesta de sal.
- Evitar el estreñimiento (movilidad intestinal reducida)
- Oxigenoterapia
- Monitorización de ECG y SatO2
- Prevención de infecciones respiratorias
- Control de diuresis
- Apoyo psicológico

EL TRANSPLANTE CARDIACO ES EL TTO FINAL DE ELECCIÓN

PATOLOGÍAS DIGESTIVAS

APENDICITIS AGUDA

¿EN QUÉ CONSISTE?

Inflamación del apéndice vermiforme → dolor abdominal + común que requiere cirugía abdominal durante la infancia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor generalizado al principio, descendiendo con frecuencia al cuadrante inferior derecho.
- Anorexia y vómitos.
- Si T^a : $37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$. Si $>39^{\circ}\text{C}$ → enfermedad vírica o perforación.

APENDICITIS AGUDA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



- Cuidados post-cirugía abdominal.
- Terapia intravenosa
- Dieta absoluta
- Valoración de presencia de ruidos intestinales y otros signos de actividad intestinal.

INVAGINACIÓN INTESTINAL

Causa + frecuente de obstrucción intestinal entre los 3-6 años.

¿QUÉ ES?

Es la introducción de un segmento de intestino dentro de otro, que se produce cuando una parte del intestino se pliega.

SIGNOS Y
SÍNTOMAS

Obstrucción intestinal

CUIDADOS

- Reducción hidrostática con enema de bario o agua, bajo control ecográfico o radiológico.
- Si contraindicación de la técnica → Colaboración en el tratamiento quirúrgico.

Reflujo gastroesofágico (Calasia)

¿QUÉ ES?

Alteración a nivel del esófago que produce una relajación transitoria del esfínter esofágico inferior. **Es la + frecuente en la infancia.**

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Vómitos atónicos o regurgitaciones tras las tomas
- Irritación y hambre constante
- Pérdida de peso

CUIDADOS

- En el 85% de los casos desaparece en la primera semana de vida.
- Observación de cantidad, color y consistencia de posibles vómitos.
- Control de peso diario.

Enfermedad Celiaca

¿QUÉ ES?

- ☐ La enfermedad celíaca, o enteropatía sensible al gluten, es un síndrome de malabsorción crónica.
- ☐ Se trata de un trastorno inmunológico → intolerancia al gluten, proteína presente en el trigo, la cebada, el centeno y la avena.
- ☐ Etiología → posibles factores genéticos.

Enfermedad Celiaca

SIGNOS Y SINTOMAS

- Excreción de grandes cantidades de grasa en las heces (esteatorrea)
- Deposiciones malolientes, espumosas y muy abundantes
- Diarrea crónica, vómitos, dolor abdominal
- Irritabilidad y falta de crecimiento

- Asesoramiento sobre la dieta sin gluten
- Explicación a los padres sobre el proceso de la enfermedad

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS

Anemia ferropenica

ES EL TIPO DE ANEMIA + FRECUENTE

¿QUÉ ES?



Se trata de un déficit de hierro y produce el **déficit nutricional + frecuente en niños.**

CAUSAS



Secundaria a una pérdida sanguínea
Mala absorción
Escasa ingesta nutricional

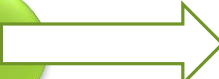
Anemia ferropenica

SIGNOS Y SÍNTOMAS



- Palidez
- Fatiga
- Tiempo prolongado → retraso del crecimiento, taquicardia, soplo cardiaco sistólico.

CUIDADOS



- Asesorameinto e información a los padres sobre el tto y efectos secundarios.
- Tto dietético → alimentos ricos en hierro
- Administración de sales ferrosas por v.o → tinción de las heces.

Talasemia

¿QUÉ ES?

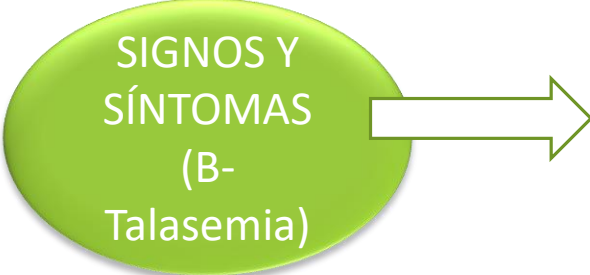
Se trata de un grupo de trastornos sanguíneos hereditarios de la síntesis de la hemoglobina caracterizados por anemia (leves o graves).

CAUSAS

- Síntesis alterada de la hemoglobina
- Eritrocitos anómalos en la estructura de la hemoglobina
- Acortamiento de la vida media de los eritrocitos

La B-talasemia (anemia de Cooley) es el tipo + frecuente

Talasemia



SIGNOS Y SÍNTOMAS (B-Talasemia)

- Palidez
- Alteración del desarrollo
- Anemia grave (hemoglobina $<6\text{g/dl}$)
- Hipoxemia crónica



CUIDADOS

- Referentes a las transfusiones sanguíneas (c/2-4semanas)
- Vigilancia de complicaciones y reacciones post-transfusionales.
- Tto paliativo → mantener los niveles normales de hemoglobina.

Hemofilia

¿QUÉ ES?

Se trata de un trastorno hemorrágico hereditario, debido a un déficit de determinados factores de la coagulación, frecuentemente el factor VIII (hemofilia A).

VARONES

SIGNOS Y
SÍNTOMAS

MUJERES

- Hemorragias espontáneas (rodillas, tobillos y codos).
- Hemartrosis (hemorragias dentro del espacio articular)
- Hemorragias tisulares profundas
- Fácil desarrollo de hematomas (equimosis)
- Epistaxis
- Hematuria
- Hemorragia tras extracción dental.

No suelen presentar síntomas de la enfermedad

Hemofilia

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Evitar tomar la temperatura rectal o aplicar supositorios
- Evitar inyecciones intramusculares o subcutáneas
- Utilización de apósitos de papel o seda en los vendajes
- No administrar heparina, ácido acetilsalicílico u otros fármacos.

Coagulación intravascular diseminada (CID)

¿QUÉ ES?

Proceso patológico en el que el sistema de la coagulación se activa anormalmente, produciendo la formación de un coágulo generalizado en los pequeños vasos de todo el cuerpo.

SIGNOS Y
SÍNTOMAS

- Hemorragias difusas
- Hematuria, petequias o púrpura
- Sitio de inyección con continuo sangrado

Coagulación intravascular diseminada (CID)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Educación sobre las posibles complicaciones.
- Medidas para el control de la hemorragias
- Control del tratamiento prescrito
- Monitorización de saturación de oxígeno y gasometrías arteriales.
- Permeabilidad de vías aéreas
- Medidas para mantener la integridad cutánea

PATOLOGÍAS TRACTO-URINARIO

ITU. Infección del Tracto urinario

- ❑ **RELEVANCIA**→ La ITU ocupan el segundo lugar en cuanto a la infecciones + comunes en los niños.
- ❑ **CONCEPTO**→ Se trata de una infección a nivel de las vías urinarias que puede ser bacteriana, vírica o fúngicas.
- ❑ **MICROORGANISMOS**→ Escherichia coli (86- 90%), Klebsiella sp. y Proteus mirabilis.

ITU. Infección del Tracto urinario

El 40% de las ITU son asintomáticas

EDAD NIÑO

```
graph TD; A([EDAD NIÑO]) --> B([LACTANTES]); A --> C([PREESCOLARES Y NIÑOS MAYORES]); B --> D[INESPECÍFICOS<br/>Hipertermia y/o mal olor en los pañales]; C --> E[Disuria<br/>Poliquiuria<br/>Urgencia miccional<br/>Signos de enfermedad sistémica (fiebre, náuseas, etc...)<br/>Hematuria macro-microscópica.];
```

LACTANTES

INESPECÍFICOS

Hipertermia y/o mal olor en los pañales

PREESCOLARES Y
NIÑOS MAYORES

- Disuria
- Poliquiuria
- Urgencia miccional
- Signos de enfermedad sistémica (fiebre, náuseas, etc...)
- Hematuria macro-microscópica.

ITU. Infección del Tracto urinario



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Aseo general
- Toma de TA Y FC y T^a
- Administración de antibióticos pautados
- Correcta hidratación
- Controles de orina en tira reactiva c/24h
- Vigilancia de la cantidad y de las características de la orina
- Al alta → información sobre los cuidados a realizar en el domicilio y tto prescrito

Síndrome nefrítico

No se trata de una enfermedad específica sino de un estado clínico

SIGNOS Y SÍNTOMAS



- Ropa y zapatos apretados
- Palidez
- Edema
- Hipertensión
- Irritabilidad
- Anorexia
- Proteinuria
- Hematuria
- Disminución de la diuresis

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Educar a los padres:

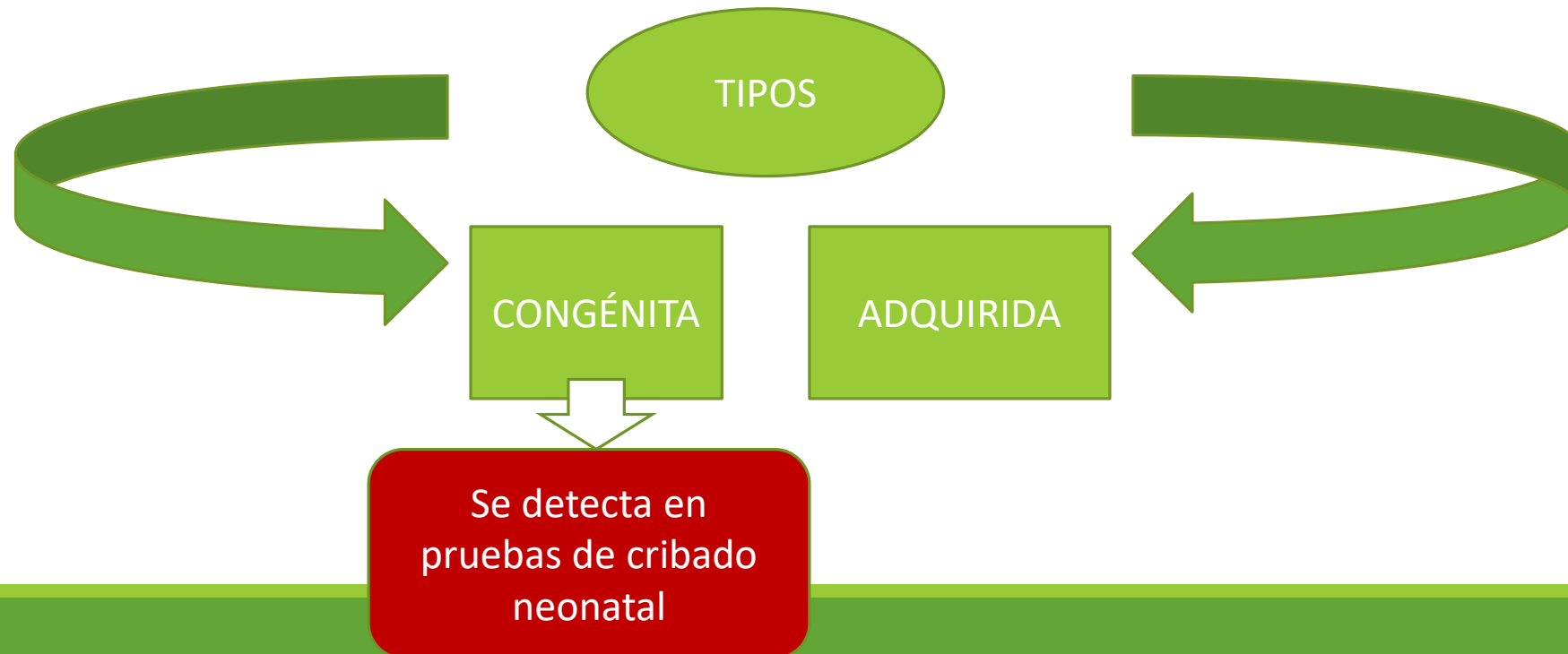
- Cómo equilibrar la dieta
- Control de ingesta y diuresis
- Observar signos de confusión y/o cambios del comportamiento

PATOLOGÍAS ENDROCRINO- METABÓLICAS

Hipotiroidismo

¿Qué es?

Trastorno de la función tiroidea en la que los niveles de hormonas tiroideas activas están disminuidos



Hipotiroidismo CONGÉNITO

PRESENTA POCOS SIGNOS CLÍNICOS

SI NO SE TRATA



CARACTERÍSTICAS DE
CRETINISMO

LENGUA ENGROSADA Y
PROTUBERANTE

APARIENCIA
EMBOTADA

LABIOS GRUESOS

Hipotiroidismo ADQUIRIDO

SIGNOS Y SÍNTOMAS SIMILARES A LOS ADULTOS

Bradicardia

Pérdida de cabello

Sensibilidad a tª altas

Retraso o pubertad precoz

Estreñimiento

Sequedad y frialdad en la piel

Disminución del apetito

Aumento de peso

Hipotiroidismo

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Educación a los padres:

- Del trastorno y su tratamiento
- Cómo administrar la hormona tiroidea
- Identificar posibles cambios
- Valorar signos y síntomas

Fenilcetonuria (FCN)

- ❑ **Concepto**→ Enfermedad hereditaria del metabolismo de los aminoácidos que **afecta a la utilización del organismo de las proteínas.**
- ❑ **Características del niño**→ piel más clara que hermanos no afectados.
- ❑ **Importante**→ diagnóstico precoz (ley de cribado de FCN)→ olor a humedad y el retraso mental.

Fenilcetonuria (FCN)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Educación a los padres sobre:

- La enfermedad y el tto.
- Dieta pobre en fenilalanina.
- Consejo sobre la visita a un nutricionista.
- Derivación al trabajador social → gastos elevados de los productos
- Reforzar en el niño el cumplimiento dietético.

Galactosemia

- ❑ Trastorno hereditario del metabolismo de hidratos de carbono
- ❑ Déficit de la enzima galactosa → convierte la galactosa en glucosa.
- ❑ **DIAGNÓSTICO PRECOZ → ALTA MORTALIDAD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.**

Galactosemia

SIGNOS Y SÍNTOMAS



- Vómitos
- Diarrea
- Retraso del crecimiento

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



- Asesoramiento a padres y al niño respecto a la enfermedad
- Derivación al nutricionista para orientación dietética
- Eliminación de alimentos con leche añadida
- Evitar medicamentos que contengan lactosa

MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Muerte súbita del lactante

DEFINICIÓN

“muerte súbita de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación postmortem, que incluye práctica de la autopsia, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica” (*SIDS and Unclassified Sudden Infant Deaths: a definitional and diagnostic approach. Pediatrics 2004*)

ETIOLOGÍA DESCONOCIDA. SOLO FACTORES DE RIESGO

Muerte súbita del lactante

FACTORES DE RIESGO RESPECTO AL LACTANTE

- Prematuridad
- Sexo masculino (67%)
- Bajo peso al nacer (<1.500gr)
- Mayor incidencia entre los 2 y 5 meses
- Reincidencia en hermanos siguientes, gemelos o trillizos
- Más frecuente en niños con lactancia artificial
- Test de Apgar <6 puntos a los 5 minutos
- Trastornos respiratorios al nacer
- Posición predominante en decúbito prono para dormir.

Muerte súbita del lactante

FACTORES DE RIESGO RESPECTO A LA MADRE

- Tabaquismo
- Madre adolescente
- Madre multípara
- Deficiente control en el embarazo
- Consumidora de drogas
- Sobrepeso durante el embarazo

Muerte súbita del lactante

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL AMBIENTE

- Mayor incidencia durante el sueño entre las 24h y las 9h
- Mayor incidencia en meses fríos (Octubre a Marzo)
- Alta temperatura en la habitación donde duerme
- Colchón blando

6. MALTRATO INFANTIL

¿QUÉ VAMOS A VER?

- **DERECHOS DE LOS NIÑOS**
- **CONCEPTOS**
- **EL MALTRATO INFANTIL (MI)**
- **FACTORES DE RIESGO**
- **MODELOS EXPLICATIVOS**
- **CLASIFICACIÓN. FORMAS DE MALTRATO**
- **DETECCIÓN DEL MI**
- **ACTUACIONES ANTE EL MI**
- **INTERVENCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL MI**
- **PREVENCIÓN DEL MI**

DISPOSICIÓN INTERNACIONAL

CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS (Naciones Unidas, 1989). Art 19.

“Los Estados adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluso el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”

LA CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (resolución A3-0172/92, Parlamento Europeo, apart. 8.19)

"Los Estados miembros deberán otorgar una protección especial a los niños víctima de tortura, malos tratos o explotación por parte de los miembros de la familia o las personas encargadas de su cuidado". "Además de ello los Estados miembros deberán asegurar a estos niños la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social"

DISPOSICIÓN NACIONAL

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. ART.39. APART.2

“Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad” APART.4. “Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”

LEY ORGÁNICA 1/1996

Protección Jurídica del Menor y de la Modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

ART.13

Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva

ART.17

Actuaciones en situaciones de riesgo

CONCEPTO MI

“Toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyo autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”

Los malos tratos se consideran la mayor amenaza del bienestar del niño

Incidencia difícil de conocer. ¡DENUNCIAR!

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

FACTORES DE RIESGO

INDIVIDUALES

FAMILIARES

AMBIENTALES

SOCIOCULTURALES

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES

DEMOGRÁFICAS	CRIANZA PROBLEMÁTICA	ALTERACIONES EN EL ROL	ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD	CONDUCTA DESADAPTADA
• Edad (jóvenes) • Sit.Económica • Nivel educativo (niveles bajos) • Miembro de grupos étnicos marginales	• Maltratados • Hogares rotos • Falta de afecto o desatención • Crecido en instituciones	• Falta de conocimiento, interés y experiencia • Frecuente padres jóvenes o con vida profusa social y laboral	• Aislamiento o social • Baja autoestima • Cierta limitación intelectual • Escasa tolerancia al estrés	• Prostitución • Delincuencia • Drogo-dependencias

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

FÍSICAS	PSIQUÍCAS Y DE CONDUCTA
• Prematuros o bajo peso • Defectos congénitos • Discapacidades • Niños que no satisfacen las expectativas paterna	• Hiper/hipoactivos • Temperamento difícil • Desobedientes • Poco responsables • Dificultades escolares

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

ESTRUCTURA FAMILIAR	INTERACCIÓN FAMILIAR
• Poca diferencia padres- hijos: aumenta si padres jóvenes • Familias monoparentales: padres separados, padrastro o compañero sentimental de la madre/padre...	• Deficiente integración de la familia: discusiones continuas, estrés, incomunicación • Relaciones padres- hijos: separación, falta de vínculo afectivo, altas expectativas...

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL	RELACIONES SOCIALES
• Desempleo, Insatisfacción laboral • Condiciones de la vivienda o sin ella.	• Red social deficiente: aislamiento, escaso apoyo. Rechazo • Movilidad geográfica familiar: mudanzas continuas, emigración

FACTORES DE RIESGO SOCIOCULTURALES

DESARROLLO ECONOMICO-SOCIAL

- **Situación económica y social del país:**

crisis económica, escasa implantación de políticas

- **Ideología social:**

actitudes de la cultura hacia los niños, hacia la marginación y la violencia

postura en materia de educación

MODELO EXPLICATIVO

Modelo ecológico propuesto por Belsky
(1988)



Modelo transaccional

(Cicchetti y Rizley, 1981)

Modelo integral del maltrato infantil

NIV.ECOLÓGICOS	FACT.PRECIPITANTES	FACT. COMPENSATORIOS
Desarrollo ontogénico	* Historia familiar de abusos * Falta de afectividad * Ignorancia de las características evolutivas del niño	* Ambiente familiar sin exposición a la violencia * Habilidades interpersonales adecuadas * Hª de relacion + con un padre
Microsistema Padres	* Trastornos mentales * Drogodependencias * Conflictos conyugales	* Seguridad afectiva y económica * Apoyo del cónyuge o pareja
Hijos	* Problemas de la conducta * Trastornos congénitos * Hijos no deseados	* Hijos físicamente sanos * Hijos deseados
Exosistema Sociolaboral Comunidad	* Bajo sistema socialmente * Desempleo o insatisfacción laboral * Aislamiento social * Falta de apoyo social	* Estabilidad laboral * Escasos sucesos vitales estresantes * Apoyos afectivos sociales
Macrosistema	* Aumento de las desigualdades sociales * Políticas sociales de mala calidad de atención a la infancia * Aceptación del castigo corporal	* Normas culturales opuestas al uso de la violencia * Reconocimiento sociocultural del niño como sujeto de derechos * Prosperidad económica

CLASIFICACIÓN

INTRAFAMILIAR

- MALTRATO FÍSICO
- INTOXICACIONES
- SÍNDROME DE MUNCHAUSEN
- ABUSO SEXUAL
- ABANDONO
- MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL
- MALTRATO PRENATAL

EXTRAFAMILIAR

- EN LA ESCUELA
- EN EL ÁREA DE SALUD
- OTROS SECTORES EXPLOTACIÓN
- LABORAL
- VIOLENCIA DE GÉNERO
- MALTRATO SOCIAL

MALTRATO INTRAFAMILIAR. M.FÍSICO

Acción no accidental que provoque daño físico o enfermedades en el niño por parte de los padres o de las personas a su cuidado

Indican que no fue un accidente...

- Retraso en pedir ayuda
- Historia discordante, inaceptable y contradictoria
- Historia con múltiples accidentes y traumatismos
- Mejoría durante el ingreso

MALTRATO INTRAFAMILIAR.M FÍSICO

MANIFESTACIONES

LESIONES



- ❑ **CUTEOMUCOSAS:** quemaduras, hematomas, mordeduras, excoriaciones
- ❑ **ÓSEAS:** fracturas craneales, huesos largos y costales. FRACTURAS DE NARIZ
- ❑ **LESIONES INTRACRANEALES:** hematoma subdural. NIÑO SACUDIDO O AGITADO DE CAFFEY
- ❑ **LESIONES VISCERALES:** rotura de hígado, bazo, pared intestinal, etc. SINDROME DE OREJA EN COLIFLOR.

MALTRATO INTRAFAMILIAR-INTOXICACIONES

**Administración de sustancias
químicas**



**CONFUSIÓN
SOMNOLENCIA
COMA**

MALTRATO INTRAFAMILIAR

SIND. DE MUNCHAUSEN

El cuidador (madre), inventa síntomas falsos o los provoca para que parezca que el niño está enfermo

ALTO RIESGO

DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

MORTALIDAD 10-20 %

MALTRATO INTRAFAMILIAR

SIND. DE MUNCHAUSEN

SIGNOS DE ALARMA

Signos y síntomas inventados, confusos, persistentes y repetitivos. <5 AÑOS

Discrepancia manifestaciones clínicas que presenta el pequeño y la historia.

Los signos y síntomas sólo cuando el niño está con su madre.

La madre sobreprotección desmesurada del hijo.

Múltiples ingresos en hospitales diferentes para evitar sospechas.

Madres excesivamente atentas y colaboradoras.

Altos conocimientos médicos

Los niños no responden a tratamiento.

Muertes inexplicables en la familia

Los padres presentan conflictos familiares violentos.

MALTRATO INTRAFAMILIAR. ABUSO SEXUAL

El niño es utilizado sexualmente en beneficio de un adulto que lo coacciona o bien lo somete por su autoridad o porque la víctima presenta algún déficit o incapacidad en su desarrollo sexual

Indicadores físicos

Molestias para mantenerse sentado o andar.

Ropa rota, manchada a veces de sangre.

En la cavidad oral, erosiones y petequias. Hematomas en el cuello o las mamas.

Sangrado genital o rectal. Vulvitis- balanitis.

Semen en ropa, la piel, la región genital o anal

Lesiones en los genitales, sin explicación accidental.

Lesiones anales: hematomas, desgarros, dilatación.

MALTRATO INTRAFAMILIAR. ABUSO SEXUAL

VALORACIÓN

- **CULTIVOS Y TEST DE GESTACIÓN**
 - **EXPLORACION REGIÓN**
ANOGENITAL Y OROFARINGEA
- **ASPECTOS FUNCIONALES Y**
CONDUCTUALES

MALTRATO INTRAFAMILIAR. ABANDONO

Situaciones en las que las necesidades básicas del niño (físicas, sociales y psicológicas) no están atendidas adecuadamente, de forma temporal o permanente, por personas con las que convive

Indicadores relacionados con el tipo de negligencia

- **Higiene en el hogar**
- **Alimentación y aseo**
- **Estancia prolongada fuera del hogar**
- **Cuidado odontológico**
- **Supervisión paterna y seguridad en el hogar**
- **Atención a la salud y educación**

MALTRATO INTRAFAMILIAR. EMOCIONAL/PSICOLÓGICO

Los adultos responsables del niño provocan en él mediante actuaciones o privaciones, sentimientos negativos hacia la propia estima y limitan sus iniciativas

CONDUCTAS EN EL ADULTO

RECHAZAR
AISLAR
ATERRORIZAR
CORROMPER
IGNORAR

CONDUCTAS EN EL NIÑO

Retraso en el crecimiento
Dificultades y retraso del desarrollo evolutivo
Labilidad afectiva y trastornos de comportamiento
Trastornos de alimentación y el control de esfínteres
Psicopatías y conductas delictivas
Depresión e intentos de suicidio
Trastornos psicóticos

MALTRATO INTRAFAMILIAR. PRENATAL

“La falta de cuidado por acción u omisión del cuerpo de la futura madre o autosuministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto del que es portadora”



FACTORES DE RIESGO

- La primera visita es muy tardía → > 5 controles durante la gestación
- Mujeres o parejas muy jóvenes
- Aislamiento social o existencia de enfermedad mental

MALTRATO EXTRAFAMILIAR. ESCUELA

Psicológico o emocional

Derivado del personal, las condiciones del centro y los programas

No existe garantía de seguridad y desarrollo del niño

ACOSO ESCOLAR



**FÍSICO
VERBAL
PSICOLÓGICO
SOCIAL**

BULLYNG



**PROLONGADO
INTENCIONAL
DOMINIO SOBRE LA VICTIMA
FÍSICA O PSÍQUICA**

MALTRATO EXTRAFAMILIAR. A. SALUD

Ingreso inadecuado.

Estancia prolongada por retraso en pruebas diagnósticas.

Exploraciones y técnicas cruentas en presencia de otros niños.

Exploraciones radiológicas innecesarias y sin protección.

Insuficiente administración de analgésicos

Terapias intravenosas o intramusculares innecesarias.

Falta de información adecuada al niño y la familia.

Separación de los padres en cualquier etapa del desarrollo, incluida neonatal.

Prioridad de los protocolos, los horarios y organización sobre comodidad y necesidades del niño.

MALTRATO DIRECTO

MALTRATO INDIRECTO

Arquitectura hospitalaria → falta de espacio de ocio o recreo adecuados

Descoordinación entre servicios

Excesivas exploraciones

Limitaciones horarios de visitas

Inaccesibilidad de los padres a algunos servicios

MALTRATO EXTRAFAMILIAR. EXPLOTACIÓN LABORAL

“Padres o tutores asignan al niño/a, con carácter obligatorio, la realización de trabajos que: exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos, interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y escolares del niño/a, les son asignados con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico para los padres o la estructura familiar”

MALTRATO EXTRAFAMILIAR. VIOLENCIA DE GÉNERO

**DESIGUALDAD ENTRE HOMBRES Y
MUJERES**

MUTILACIÓN FEMENINA

MALTRATO EXTRAFAMILIAR. MALTRATO SOCIAL

Niños marginados

Niños descuidados

**Víctimas de políticas sociales
que propician la desigualdad**

DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

NIÑO	CUIDADOR
Cauteloso y desconfiado	intentos de ocultar o enmascarar la
Aprensivo cuando los niños de su	forma en que se ha lesionado el niño,
alrededor lloran	presunto culpable rara vez toca al niño,
Conductas extremas como agresividad	manifiesta dura crítica sobre el
o rechazo exagerado	comportamiento del niño,
Miedo a sus padres	constantemente está justificando lo
No busca protección	desobediente que es el niño.
Demostraciones de afecto y amistad	
indiscriminadas	

ACTUACIONES ANTE EL MI

ATENCIÓN PRIMARIA

- Programa de control de crecimiento “niño sano”
- Visitas domiciliarias

URGENCIAS

- CASOS GRAVES → REMITIR A AP
- CASOS MUY GRAVES → PARTE JUDICIAL Y HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL

CONTACTAR CON T.SOCIAL
Y
DELEGACIÓN PROVINCIAL DE ASUNTOS
SOCIALES

INTERVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PACIENTE

REACCIÓN ANTE:

- PADRES
- PROFESIONALES
- CONDUCTAS

EVALUACIÓN COMPLETA

DIAGNÓSTICO
DE ENFERMERÍA

TEMOR

FAMILIA

- INTERÉS ANTE EL NIÑO
- REACCIÓN ANTE EL P.SANITARIO
- REACCIÓN ANTE LOS DEMÁS
PADRES

CUIDADOS

FÍSICOS

PSICOEMOCIONALES

AFFECTIVOS

INTERVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

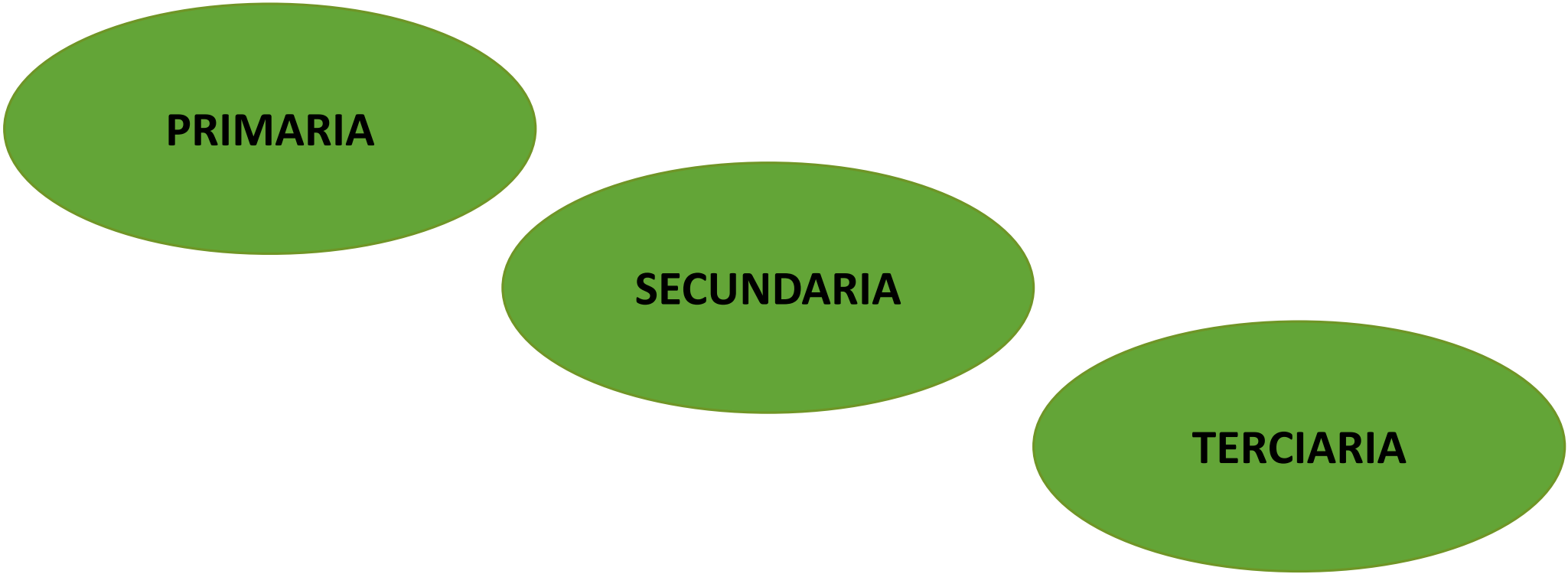


ENTREVISTA



	CON LOS PADRES	CON EL NIÑO
	- Informarles de derechos legales	- A solas, en lugar tranquilo y confortable
SE DEBE HACER	- Realizar la entrevista en privado - Comunicar el motivo de la entrevista	- Utilizar un lenguaje comprensivo para el niño - Dar información necesaria que tranquilice
	- Mostrarse directo y profesional	
	- Ser enfático y comprensivo	
	- Tratar de probar la desprotección o el maltrato con acusaciones	- Manifestar sentimientos en contra de los padres del niño
NO SE DEBE HACER	- Enfrentarse a los padres - Demostrar enfado, horror o desaprobación	- Conducir la entrevista como un interrogatorio, presionando al niño a que conteste
	- Entrar en temas familiares que no estén relacionados con la situación inespecífica	- Pedirle que repita su historia frente a otros
		- Hacer que se sienta culpable como delator de sus padres

PREVENCIÓN DEL MI



The diagram illustrates the three levels of myocardial infarction (MI) prevention. It consists of three green ovals arranged in a descending staircase pattern from left to right. The first oval on the left is labeled 'PRIMARIA', the middle oval is labeled 'SECUNDARIA', and the third oval on the right is labeled 'TERCIARIA'. A solid green horizontal bar spans the bottom of the slide.

PRIMARIA

SECUNDARIA

TERCIARIA

PREVENCIÓN PRIMARIA

DETECCIÓN PRECOZ

OBJETIVO: REDUCIR LA INCIDENCIA DE NUEVOS CASOS

Sensibilización y formación de los profesionales sanitarios

Prevención del embarazo no deseado

Intervenciones en la “escuela de padres”

Educación maternal

Información sobre métodos alternativos de disciplina

Fomento del contacto precoz desde el momento del parto

PREVENCIÓN SECUNDARIA

**IDENTIFICAR
FAMILIAS DE RIESGO**

OBJETIVO: REDUCIR LA DURACIÓN Y GRAVEDAD

- Identificación de las familias de riesgo. Cuestionarios ineficaces
- Visitas domiciliarias del trabajador social . Ayudas a las familias de riesgo.
- Remitir a centros de salud mental a los padres con adicción al alcohol o drogas o con trastornos psiquiátricos
- Reconocer los casos de abuso o maltrato a la mujer e intervenir en ellos.

PREVENCIÓN Terciaria

VICTIMAS

OBJETIVO: REDUCIR LA GRAVEDAD Y LAS SECUELAS

Rehabilitación de padres

Factores de riesgo eliminados

Control de recaídas

BIBLIOGRAFÍA

- Kyle, T. (2014). Guía clínica de enfermería pediátrica. Madrid: Wolters Kluwer Health
- Ruíz Extremera, A. (2013). Pediatría en ciencias de la salud. Granada: Universidad de Granada.
- Valverde Molina, I., Mendoza Caballero, N. A., & Peralta Reyes, I. C. (2013). Enfermería pediátrica. México D.F: Editorial El Manual Modern