



Santa Fe

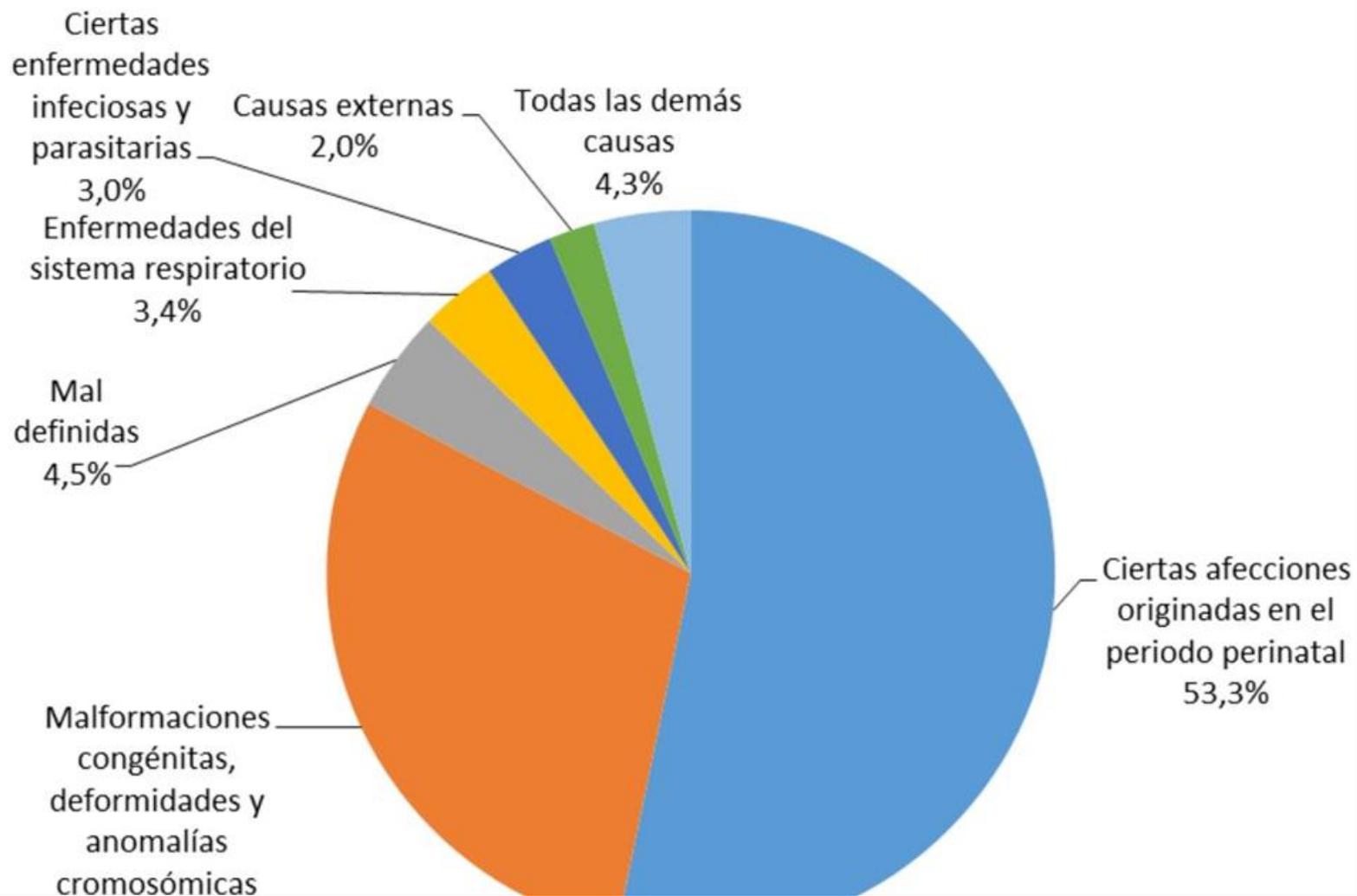
PROVINCIA

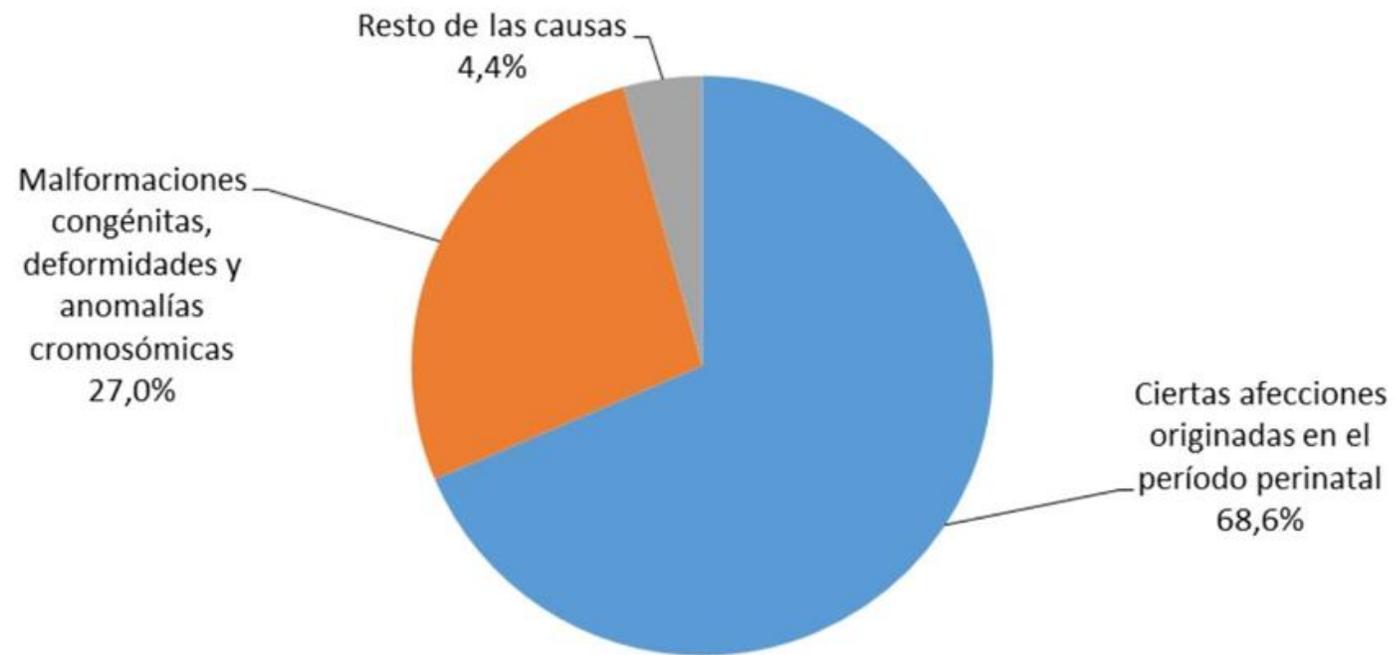
ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS URGENTES DE LA ATENCIÓN DEL NEONATO

DR. CONTINI VICENTE- JEFE SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL J.B. ITURRASPE DE SANTA FE
DRA LIOI SILVINA - MÉDICA NEONATÓLOGA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
J.B.ITURRASPE

CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

- LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA EN 2021 FUE DEL 8 ‰
- LA MORTALIDAD INFANTIL COMPRENDE LA MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO .
- ESTÁ COMPUESTA POR LA MORTALIDAD NEONATAL (MENORES DE 28 DÍAS) Y LA POSTNEONATAL





Fuente: DEIS-MSAL. Año 2021.

ANÁLISIS SITUACIONAL DE LAS CONSULTAS A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

DEL 100 % DE LAS CONSULTAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS ;

- 70 % SON URGENCIAS SENTIDAS
- 30 % SON URGENCIAS REALES

CON RESPECTO A NEONATOLOGÍA , SE CONSIDERA QUE EL 60 % SON URGENCIAS REALES

POR LO TANTO EN ESTA POBLACIÓN ESPECÍFICAMENTE, SIEMPRE SERÁ MEJOR REVISAR Y ASEGURAR QUE EL NEONATO NO ESTÉ EN RIESGO VITAL



TABLA 1. Distribución de los motivos de consulta

Motivo de consulta	Número de casos (%) [*]		
	Total (n = 1481)	Hasta 14 días (n = 676)	15-28 días (n = 805)
Irritabilidad/llanto	242 (16,3)	111 (16,4)	131 (16,3)
Fiebre	202 (13,6)	74 (10,9)	128 (15,9)
Vómitos	163 (11,0)	62 (9,2)	101 (12,5)
Infección de las vías respiratorias altas	160 (10,8)	45 (6,7)	115 (14,3)
Dificultad respiratoria	112 (7,6)	33 (4,9)	79 (9,8)
Ictericia	108 (7,3)	94 (13,9)	14 (1,7)
Lesiones de la piel	86 (5,8)	38 (5,6)	48 (5,2)
Diarrea	60 (4,1)	30 (4,4)	30 (3,7)
Estreñimiento	58 (3,9)	34 (5,0)	24 (3,0)
Rechazo al alimento	52 (3,5)	40 (5,9)	12 (1,5)
Apnea	41 (2,8)	18 (2,7)	23 (2,8)
Patología ocular	24 (1,6)	14 (2,0)	10 (1,2)
Patología umbilical	16 (1,1)	10 (1,5)	6 (0,7)
Dolor abdominal	8 (0,5)	1 (0,1)	7 (0,9)
Convulsión	6 (0,4)	3 (0,4)	3 (0,4)
Otros	143 (9,7)	69 (10,2)	74 (9,1)

^{*}En negrita aparecen señalados los motivos más frecuentes.

imagen

TABLA 3. Distribución de los diagnósticos

Diagnóstico final	Número de casos (%) [*]		
	Total (n = 1481)	Hasta 14 días (n = 676)	15-28 días (n = 805)
Problemas de alimentación	187 (12,6)	95 (14,0)	92 (11,4)
Cólico del lactante	184 (12,4)	70 (10,3)	114 (14,2)
Infección de las vías respiratorias altas	177 (12,0)	48 (7,1)	129 (16,0)
Patología no objetivable	173 (11,7)	113 (16,7)	60 (7,4)
Fiebre sin foco	130 (8,8)	39 (5,7)	91 (11,3)
Ictericia	103 (7,0)	91 (13,5)	12 (1,5)
Bronquiolitis	76 (5,1)	19 (2,8)	57 (7,1)
Sudamina/exantema inespecífico	44 (3,0)	15 (2,2)	29 (3,6)
Gastroenteritis aguda/diarrea	40 (2,7)	11 (1,6)	29 (3,6)
Atragantamiento	38 (2,6)	16 (2,4)	22 (2,7)
Infección de orina	35 (2,3)	17 (2,5)	18 (2,2)
Estudio de apneas	23 (1,6)	10 (1,5)	13 (1,6)
Patología cardíaca	13 (0,9)	8 (1,2)	5 (0,6)
Impétigo	13 (0,9)	10 (1,5)	3 (0,4)
Estenosis hipertrófica del píloro	8 (0,5)	1 (0,1)	7 (0,9)
Otros [*]	237 (16)	113 (16,7)	124 (15,4)

En negrita aparecen señalados los diagnósticos más frecuentes.

^{*}Otros: convulsión (6 casos), deshidratación/fiebre de sed (5 casos), gripe (5 casos), onfalitis (4 casos), meningitis (4 casos), mastitis (3 casos), sepsis (1 caso), tos ferina (2 casos), fracturas (1 caso), neumonía (1 caso), otros.

Asistencia a neonatos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario . hospital sant joan de Déu . universidad de Barcelona. Agosto 2006

En el neonato hay cambios fisiológicos y condiciones patológicas que se presentan durante este período y que generan ansiedad tanto en el personal de salud como en la familia

LA POBLACIÓN NEONATAL ES UNO DE LOS GRUPOS ETARIOS MÁS SUSCEPTIBLES A SUFRIR INFECCIONES O CUALQUIER OTRO TIPO DE PATOLOGÍA POTENCIALMENTE GRAVE, PRESENTANDO CUALQUIER SÍNTOMA O SIGNO QUE NO NECESARIAMENTE SIMULE UNA URGENCIA REAL

CONSULTAS MÁS FRECUENTES A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:

1. LLANTO E IRRITABILIDAD
2. FIEBRE (SEPSIS NEONATAL)
3. ICTERICIA
4. VÓMITOS
5. IRAB (BRONQUIOLITIS)
6. OBNUBILACIÓN O LETARGO (HIPOGLUCEMIA)
7. SÍNDROME DE HIPOALIMENTACIÓN
8. CIANOSIS

LLANTO E IRRITABILIDAD



- DIFERENCIA ENTRE UN NIÑO VERDADERAMENTE IRRITABLE Y UN NIÑO QUE LLORA MÁS DE LO HABITUAL
- ES UNA DE LAS CONSULTAS MÁS FRECUENTES
- EL LLANTO INTENSO SE CONSIDERA UNA SEÑAL DE RELEVANCIA
- SE DEBE DESVESTIR COMPLETAMENTE AL NEONATO IRRITABLE
- DIAG. DIFERENCIAL AMPLIO (MENINGITIS, SME. DEL NIÑO SACUDIDO, INF. URINARIA, ABUSO, FRACTURAS, SME DE ABSTINENCIA, SEPSIS, PATOLOGÍA GASTROINTESTINAL)

EL LLANTO ASOCIADO A OTROS SÍNTOMAS, JUNTO CON LA **DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE** Y LA FALTA DE GANANCIA DE PESO SON SIGNOS DE ALARMA

LLANTO E IRRITABILIDAD

CÓLICO DEL LACTANTE:

- LLANTO PAROXÍSTICO Y EXCESIVO
- 2º SEM DE VIDA Y HASTA 3-4 MESES
- VESPERTINOS
- SIN CAUSA IDENTIFICABLE
- INCONSOLABLE
- SE PUEDE ASOCIAR A DISTENSIÓN ABDOMINAL Y MOVIMIENTOS DE FLEXIÓN DE PIERNAS SOBRE ABDOMEN
- NO HAY EVIDENCIA DE FALLA DE CRECIMIENTO, FIEBRE O ALGUNA ENFERMEDAD CON APARIENCIA SANA
- TRATAMIENTOS CON RESULTADOS NO CONCLUYENTES.



TAL VEZ LA MEJOR INTERVENCIÓN ES INFORMAR CON SEGURIDAD, TRANQUILIDAD Y DE FORMA CORRECTA. " EL NIÑO ES SANO "

FIEBRE

TEMPERATURA MAYOR O IGUAL A 38 °C

CAUSAS:

- SOBREABRIGO
- DESHIDRATACIÓN (2-3 DÌA)
- INFECCIÓN



SÓLO EL 50 % DE LOS RECIÉN NACIDOS INFECTADOS PRESENTAN TEMPERATURA AXILAR MAYOR A 37,8 °C.

LA PRESENCIA DE FIEBRE EN LOS NEONATOS NO SIEMPRE SIGNIFICA INFECCIÓN, PERO SI LA FIEBRE DURA MÁS DE 1 HORA ES MÁS PROBABLE QUE SE DEBA A DICHA ETIOLOGÍA

FIEBRE

SEPSIS NEONATAL :

SE DEFINE COMO UN SÍNDROME CLÍNICO CARACTERIZADO POR UN CONJUNTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN, EN UN NIÑO MENOR DE 28 DÍAS.

PUEDE SER **BACTERIANA**, VIRAL O FÚNGICA Y SE ASOCIA A CAMBIOS HEMODINÁMICOS Y OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, SIENDO LA PRINCIPAL CAUSA DE COMPLICACIONES Y FALLECIMIENTO



SEPSIS NEONATAL

FACTORES DE RIESGO: EG, RPM MAYOR A 18 HS, FIEBRE INTRAPARTO, ITU MATERNA DENTRO DEL MES PREVIO AL NACIMIENTO, COLONIZACIÓN POR EGB

CLASIFICACIÓN: TEMPRANA
TARDÍA

SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS (INICIALMENTE PUEDEN SER POCOS E INESPECÍFICOS)

- LUCIR ENFERMO
- LETARGIA O HIPOTONÍA
- IRRITABILIDAD O LLANTO EXCESIVO
- INESTABILIDAD TÉRMICA
- APNEA AISLADA
- TAQUIPNEA, DIFICULTAD RESPIRATORIA
- TAQUICARDIA
- RECHAZO A LA ALIMENTACIÓN
- HIPER O HIPOGLUCEMIA
- ACIDOSIS METABÓLICA, TRAST DE LA COAG. (PETEQUIAS)
- NEUTROPENIA (MENOR A 1500) , LEUCOCITOSIS, REACTANTES DE FASE AGUDA
- RELACIÓN NEUTRÓFILOS INMADUROS / TOTALES MAYOR A 0,12
- TROMBOCITOPENIA (MENOR A 150000)
- LOS SIGNOS DE MENINGITIS COMO ABOMBAMIENTO DE LA FONTANELA, CONVULSIONES Y RIGIDEZ DE NUCA SON INFRECIENTES EN LOS RECIÉN NACIDOS



CUALQUIER NEONATO CON FIEBRE , CON SOSPECHA DE INFECCIÓN , ESTÁ INDICADA LA INVESTIGACIÓN COMPLETA DE UNA POSIBLE SEPSIS :

HEMOGRAMA COMPLETO, REACTANTES DE FASE AGUDA, HEMOCULTIVO, PUNCIÓN LUMBAR, UROCULTIVO Y RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN CASOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

EN UN NEONATO CON FIEBRE, LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS INICIALES NO SE CORRESPONDEN CON LA GRAVEDAD POSTERIOR DE LA ENFERMEDAD

EL FACTOR MÁS IMPORTANTE CUANDO SE SOSPECHA SEPSIS, ES NO DEMORAR EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO, QUE SIEMPRE ES ENDOVENOSO

SEPSIS NEONATAL

EL **INTERROGATORIO**, LA PRESENCIA DE LAS **CONDICIONES DE RIESGO** Y LOS **SIGNOS Y SÍNTOMAS** SON LO QUE PERMITEN CLASIFICAR EL RIESGO DE SEPSIS NEONATAL Y DETERMINAR LA CONDUCTA A SEGUIR

SIEMPRE QUE SE CONSIDERE EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS NEONATAL, EL NIÑO DEBE SER HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL

ICTERICIA

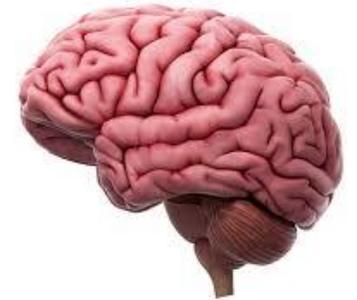
ES LA COLORACIÓN AMARILLA DE LA PIEL Y ESCLERAS COMO RESULTADO DEL AUMENTO DE LA BILIRRUBINA NO CONJUGADA O INDIRECTA EN LA SANGRE

ICTERICIA

MÁS DEL 80 % DE LOS RN TENDRÁ ALGÚN GRADO DE ICTERICIA. ES UN FENÓMENO NORMAL DE LA TRANSICIÓN A LA VIDA EXTRAUTERINA.

PUEDE RESPONDER A DIVERSAS CAUSAS, DESDE SITUACIONES FISIOLÓGICAS HASTA ENFERMEDADES GRAVES

LOS RN DEBEN SER CONTROLADOS DE MANERA CERCANA Y RECIBIR TRATAMIENTO OPORTUNO Y EFICAZ; YA QUE VALORES ALTOS DE BILIRRUBINA EXPONEN AL RIESGO DE SUFRIR CONSECUENCIAS NEUROLÓGICAS, EN ALGUNOS CASOS GRAVES E IRREVERSIBLES COMO LA ENCEFALOPATÍA AGUDA POR BILIRRUBINA O EL KERNICTERUS



ICTERICIA



LA MAYORÍA DE LAS CAUSAS DE BILIRRUBINA NO CONJUGADA SON:

- HIPERBILIRRUBINEMIA FISIOLÓGICA
- HIPERBILIRRUBINEMIA PATOLÓGICA : ANEMIA HEMOLÍTICA INMUNITARIA Y NO INMUNITARIA, REABSORCIÓN DE HEMATOMAS, HIPOTIROIDISMO, SEPSIS
- ICTERICIA POR LECHE DE MADRE (PRECOZ-1º SEM- Y TARDÍA)

ICTERICIA

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERBILIRRUBINEMIA SIGNIFICATIVA:

- MENOR EDAD GESTACIONAL

ICTERICIA EN LAS PRIMERAS 24 HS DESPUÉS DEL NACIMIENTO

- BILIRRUBINA SÉRICA TOTAL ANTES DEL ALTA CERCANA AL UMBRAL DE FOTOTERAPIA
- HEMÓLISIS DE CUALQUIER CAUSA(AUMENTO MAYOR A 0,3 mg/dl POR HORA EN LAS 1º 24 HS O MAYOR DE 0,2 mg/dl A PARTIR DE ENTONCES. SIEMPRE SOLICITAR GRUPO Y FACTOR RH Y COOMBS
- FOTOTERAPIA ANTES DEL ALTA
- PADRE O HERMANO QUE REQUIRIÓ FOTOTERAPIA O EXANGUINOTRANSFUSIÓN
- ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS HEREDITARIOS DE LOS GLÓBULOS ROJOS
- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CON INGESTA SUBÓPTIMA
- CEFALOHEMATOMA O HEMATOMAS SIGNIFICATIVOS
- TRISOMÍA 21
- RN MACROSÓMICO HIJO DE MADRE DBT



ICTERICIA

LA BILIRRUBINA SÉRICA TOTAL SE CONSIDERA LA PRUEBA DEFINITIVA
PARA LA TOMA DE DECISIÓN DE FOTOTERAPIA Y EL SEGUIMIENTO

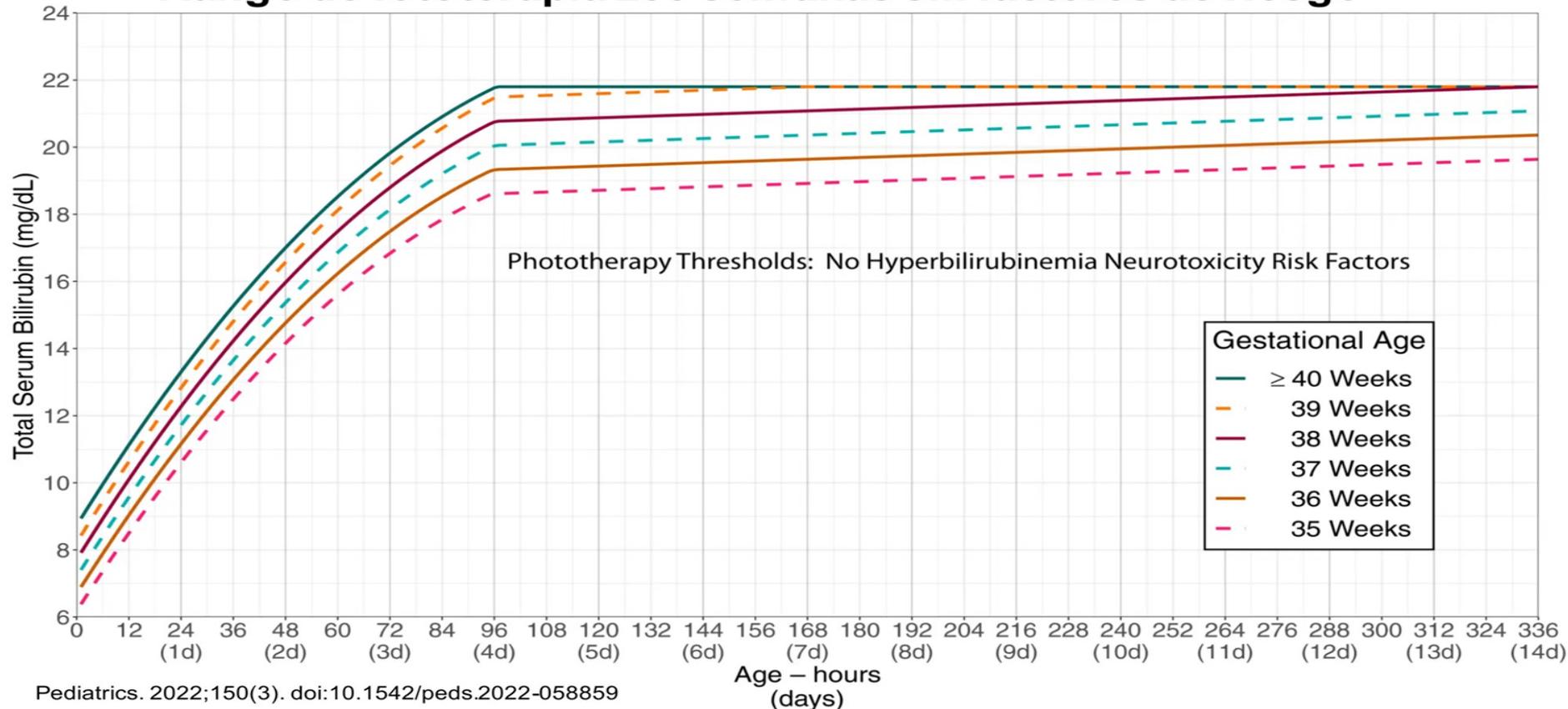
LA EVALUACIÓN VISUAL **NO** ES CONFIABLE

ICTERICIA

LA DECISIÓN DE FOTOTERAPIA SE BASA EN:

- + EDAD GESTACIONAL
- + BILIRRUBINA SÉRICA TOTAL POR HORA
- + PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE NEUROTOXICIDAD (EG MENOR DE 38 SEM, ALBÚMINA MENOR 3 g/dl , ENFERMEDAD HEMOLÍTICA ISOINMUNE, ES DECIR COOMBS DIRECTA + , OTRAS ENFERMEDADES HEMOLÍTICAS SEPSIS, INESTABILIDAD CLÍNICA IMPORTANTE EN LAS ÚLTIMAS 24 HS

Rango de fototerapia ≥ 35 semanas sin factores de riesgo

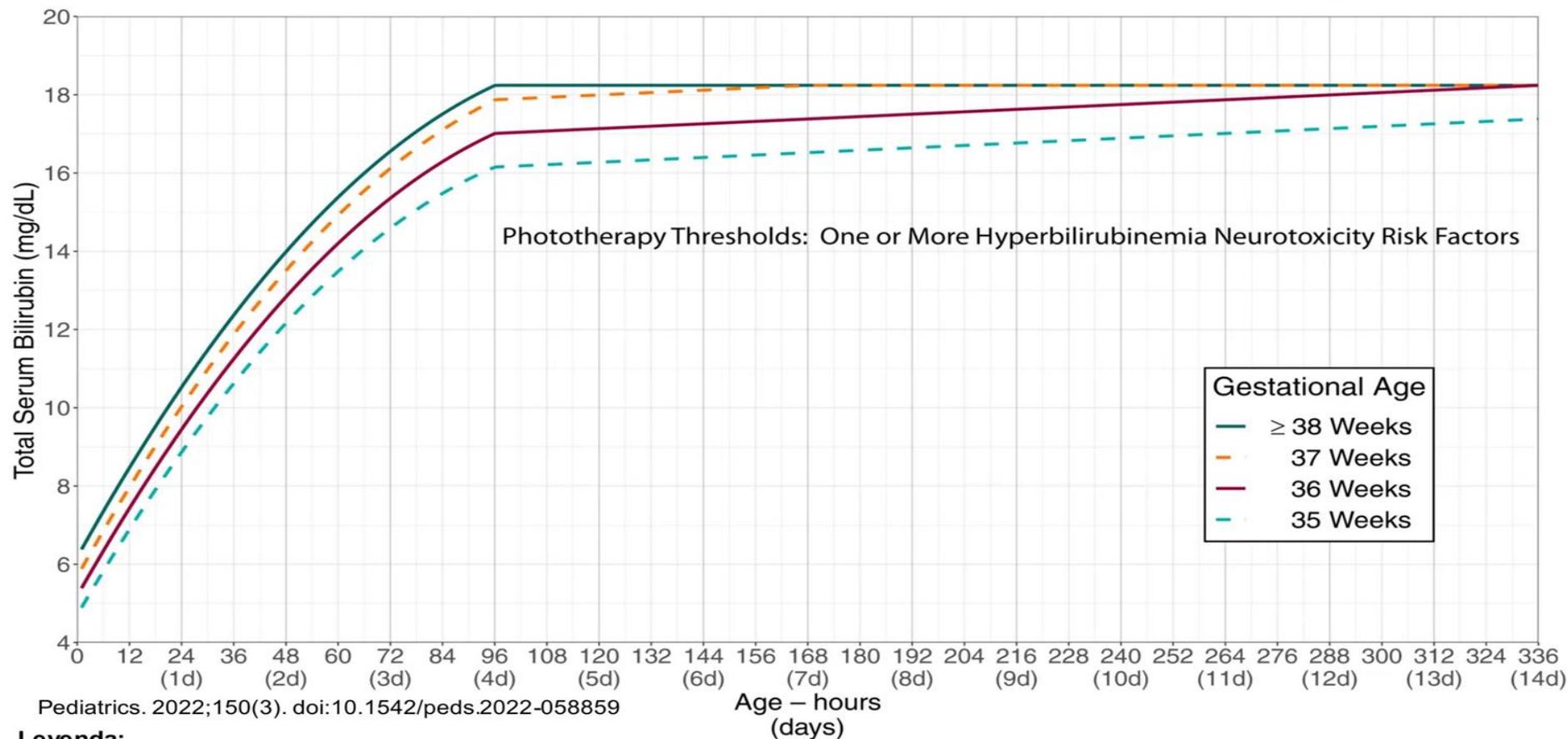


Pediatrics. 2022;150(3). doi:10.1542/peds.2022-058859

Legenda:

Rango de fototerapia para recién nacidos sin factores de riesgo de neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia salvo edad gestacional. Estos rangos están basados en opiniones de expertos sobre cuándo el beneficio de la fototerapia supera el daño potencial de la misma. Se debe utilizar la cifra de bilirrubina total, sin restar la bilirrubina directa. En el raro escenario de hiperbilirrubinemia severa en la que la cifra de bilirrubina directa supere el 50% de la cifra de bilirrubina total, se debe consultar un a un experto. Los recién nacidos con <24 horas de vida con bilirrubina en rango de fototerapia, tienen alta probabilidad de tener enfermedad hemolítica, y deben ser estudiados para la misma. Los factores de riesgo para neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia incluyen edad gestacional <38 semanas; albúmina <3.0 g/dL; isoimmunización, déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD), u otras enfermedades hemolíticas; sepsis; o inestabilidad clínica significativa en las últimas 24 horas

Rango de fototerapia ≥ 35 semanas con factores de riesgo

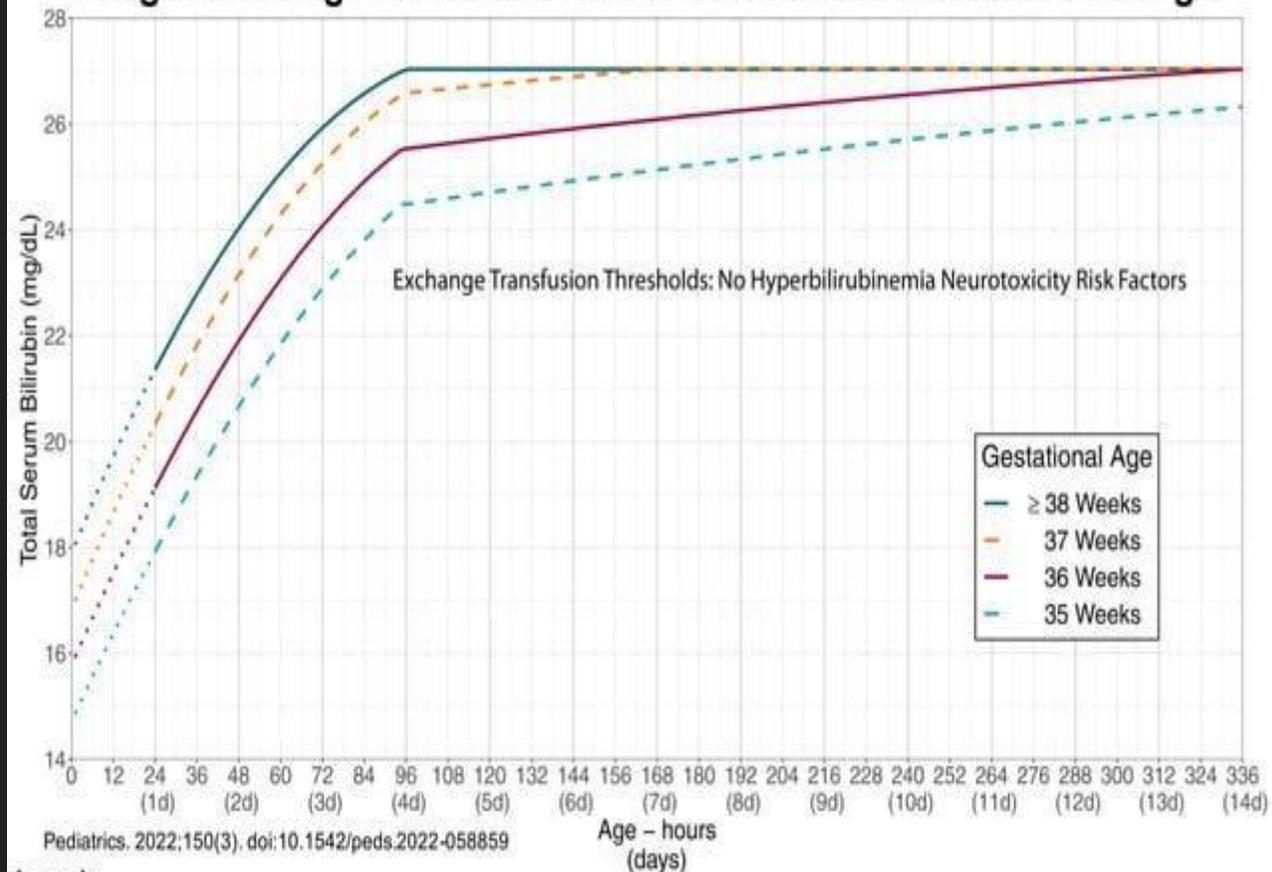


Pediatrics. 2022;150(3). doi:10.1542/peds.2022-058859

Leyenda:

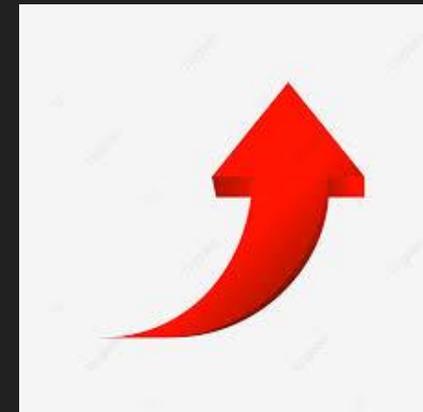
Rango de para recién nacidos con cualquier factor de riesgo de neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia aparte de la edad gestacional. Estos rangos están basados en opiniones de expertos sobre cuándo el beneficio de la fototerapia supera el daño potencial de la misma. Se debe utilizar la cifra de bilirrubina total, sin restar la bilirrubina directa. En el raro escenario de hiperbilirrubinemia severa en la que la cifra de bilirrubina directa supere el 50% de la cifra de bilirrubina total, se debe consultar un a un experto. Los recién nacidos con <24 horas de vida con bilirrubina en rango de fototerapia, tienen alta probabilidad de tener enfermedad hemolítica, y deben ser estudiados para la misma. Los factores de riesgo para neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia incluyen edad gestacional <38 semanas; albúmina <3.0 g/dL; isoimmunización, déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD), u otras enfermedades hemolíticas; sepsis; o inestabilidad clínica significativa en las últimas 24 horas

Rango de exanguinotransfusión ≥ 35 semanas sin factores de riesgo



Leyenda:

Rango de exanguinotransfusión para recién nacidos sin factores de riesgo de neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia salvo edad gestacional. Estos rangos están basados en opiniones de expertos sobre cuándo el beneficio de la exanguinotransfusión supera el daño potencial de la misma. Las líneas discontinuas en las primeras 24 horas de vida indican incertidumbre, dado el amplio rango de circunstancias clínicas y respuesta a fototerapia intensiva. Se debe utilizar la cifra de bilirrubina total, sin restar la bilirrubina directa. En el raro escenario de hiperbilirrubinemia severa en la que la cifra de bilirrubina directa supere el 50% de la cifra de bilirrubina total, se debe consultar un a un experto. Los factores de riesgo para neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia incluyen edad gestacional < 38 semanas; albúmina < 3.0 g/dL; isoinmunización, déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD), u otras enfermedades hemolíticas; sepsis; o inestabilidad clínica significativa en las últimas 24 horas.



LA AAP EN SUS RECOMENDACIONES 2022 DETERMINÓ QUE LA NEUROTOXICIDAD DE LA BILIRRUBINA NO OCURRE HASTA QUE LAS CONCENTRACIONES ESTÁN MUY POR ENCIMA DE LOS UMBRALES DE EXANGUINOTRANSFUSIÓN, POR LO QUE ELEVARON LOS UMBRALES DE LA FOTOTERAPIA

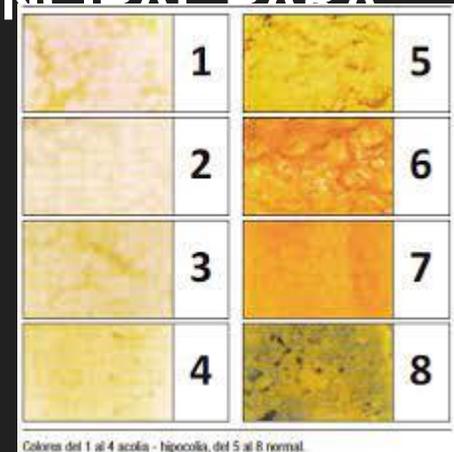
LA **ICTERICIA COLESTÁTICA** SIEMPRE ES PATOLÓGICA E INDICA DISFUNCIÓN HEPATOBILIAR.

LA **ATRESIA BILIAR** SIGUE SIENDO LA CAUSA MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD HEPÁTICA TERMINAL EN LOS NIÑOS Y LA INDICACIÓN PRINCIPAL PARA TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

ANORMAL :

- **BILIRRUBINA SÉRICA DIRECTA MAYOR 1 mg/dl**
- **BILIRRUBINA SÉRICA CONJUGADA MAYOR 0,3 mg/dl**

CUALQUIER RN QUE PRESENTE ICTERICIA A LAS 2 SEM DE VIDA DEBE SER EVALUADO CON LA DETERMINACIÓN DE BIL. TOTAL Y DIRECTA



ATRESIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA:

- ❑ **ES UN PROCESO INFLAMATORIO QUE CONDUCE A LA OBLITERACIÓN DE LA VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA**
- ❑ **GENERALMENTE SON RN DE TÉRMINO DE PESO Y ASPECTO NORMAL QUE DESARROLLA ICTERICIA CON HIPOCOLIA DE INICIO ENTRE LAS 2 Y 6 SEMANAS DE VIDA, COLURIA , CON HEPATOMEGALIA Y CON BUEN ESTADO GENERAL**
- ❑ **SUELE EXISTIR UNA FASE INICIAL EN LA CUAL LAS DEPOSICIONES TODAVÍA TIENEN COLOR ANTES DE LA OBLITERACIÓN COMPLETA DE LA VÍA BILIAR .**
- ❑ **A PARTIR DE LOS 2-3 MESES VAN APARECIENDO SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PORTAL COMO ESPLENOMEGALIA Y CIRCULACIÓN COLATERAL**
- ❑ **EL DIAGNÓSTICO PRECOZ SEGUIDO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA MEJORA EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD**

VÓMITOS EN EL NEONATO

- **VÓMITO:** EXPULSIÓN FORZADA DEL CONTENIDO GÁSTRICO
- **REGURGITACIÓN :** FENÓMENO MÁS PASIVO, NO VA PRECEDIDO DE PRÓDROMOS Y SE VE EN EL 80 % DE LOS LACTANTES MENORES DE 3 MESES



VÓMITO EN EL NEONATO

HISTORIA CLÍNICA : tipo de contenido de los vómitos (gástrico, bilioso, fecaloide), frecuencia, cantidad, edad de presentación, relación con las tomas, síntomas acompañantes (fiebre, diarrea, alteración neurológica, mal estado general, acidosis metabólica o administración de fármacos), antecedentes perinatales y familiares.

EXPLORACIÓN CLÍNICA COMPLETA

Una minuciosa historia clínica, así como una exploración física completa son fundamentales para orientar el diagnóstico, siendo en ocasiones, suficientes para su manejo , sin necesidad de pruebas complementarias (lab, radiografía abdominal y ecografía)

**REFLUJO
GASTROESOFÁGICO**

- La regurgitación 2º a RGE es normal en la mayoría de los lactantes
- síntomas asociados: irritabilidad , apneas(PT), retraso del crecimiento , infecciones ORL o respiratoria a repetición
- El tratamiento se basa en medidas posturales y dietéticas

SEPSIS

- Sepsis
- Meningitis
- infección urinaria

**ALERGIA A LAS
PROTEÍNAS DE LA LECHE
DE VACA**

- Se manifiesta generalmente como enterocolitis (deposiciones con sangre) pero pueden además presentar vómitos, distensión abdominal e irritabilidad importante
- La mejoría clínica tras la dieta de exclusión apoya el diagnóstico de APLV
- La eliminación de las proteínas de la leche de vaca en la dieta es el tratamiento principal

ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO



HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA

- Vómitos no biliosos . en chorro . durante o poco después de la alimentación
- A partir de la 3º sem de vida
- Hambre voraz
- Ex físico: peristaltismo visible en la región epigástrica, oliva pilórica
- Lab: alcalosis metabólica hipoclorémica, hipopotasemia, hiponatremia (40 % sin alt en elect), orinas alcalinas y oliguria
- Diag ecográfico : engrosamiento del músculo pilórico mayor a 4 mm o una longitud global del píloro superior a 14 mm
- Tto inicial: corregir la deshidratación y las alt metabólicas
- Tto definitivo: corrección quirúrgica

- Enf autosómica recesiva que causa un fallo en la esteroidogénesis suprarrenal.
- El déficit de cortisol es el punto común en todos los tipos, con aumento de ACTH , la consiguiente hipertrofia de la glándula suprarrenal y aumento de esteroides previos al bloqueo enzimático
- El déficit de 21 hidroxilasa es la forma más frecuente
- La forma clásica perdedora de sal se caracteriza por aumento de andrógenos con disminución de la síntesis de mineralocorticoides y glucocorticoides
- Debuta en los primeros días de vida con vómitos, disminución del apetito, escasa ganancia de peso y poliuria con deshidratación. Sin tratamiento presenta shock y muerte en las 1º sem
- Lab con acidosis metabólica, hipoglucemia. hiponatremia, hiperpotasemia, sodio en orina elevado
- Virilización de genitales externos en niñas
- El tto consiste en la administración de glucocorticoides y mineralocorticoides



**OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL (ATRESIA
INTESTINAL, HIRSCHSPRUNG,
MALROTACIÓN INTESTINAL ,
VÓLVULO INTESTINAL)**



- La presencia de vómitos biliosos debe orientar el diagnóstico siempre de obstrucción intestinal, aunque inicialmente los vómitos pueden ser alimenticios
- Aparición de vómitos en la 1º sem
- El paso de meconio no excluye el diagnóstico
- pueden acompañarse de distensión abdominal
- La etiología del cuadro determinarán el grado de deterioro del estado general
- Es una urgencia vital
- La radiografía y la ecografía son las pruebas iniciales
- El tratamiento inicial es mantener la dieta absoluta, colocación de sonda nasogástrica gruesa abierta, para favorecer la evacuación del contenido gástrico y el inicio de hidratación parenteral
- La obstrucción intestinal supone una urgencia quirúrgica

ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL METABOLISMO

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

	Signo	Puntuación
Sistema Nervioso Central	Llanto agudo	2
	Llanto agudo continuo	3
	Duerme < 1 hora después de comer	3
	Duerme < 2 horas después de comer	2
	Duerme < 3 horas después de comer	1
	Reflejo de Moro hiperactivo	2
	Reflejo de moro muy hiperactivo	3
	Temblo ligero al ser molestado	1
	Temblo moderado/severo al ser molestado	2
	Temblo ligero espontáneamente	3
	Temblo moderado/severo espontáneo	4
	Hipertonía muscular	2
	Escoriación	1
	Mioclonías	3
Sistema Gastrointestinal	Convulsiones generalizadas	5
	Succión excesiva	1
	Rechazo del alimento	2
	Regurgitación	2
	Vómito en proyectil	3
	Deposiciones blandas	2
	Deposiciones líquidas	3
Sistema respiratorio y Vasomotor	Sudoración	1
	Fiebre 37.3-38.3°C	1
	Fiebre >38.4°C	2
	Bostezos repetidos (> 3-4 cada 30 minutos)	1
	Erupciones cutáneas fugaces	1
	Congestión nasal	1
	Estornudos repetidos (> 3-4 cada 30 minutos)	2
	Aleteo nasal	1
	Frecuencia respiratoria <60/minuto	1
	Frecuencia respiratoria <60/minutos + tiraje intercostal	2
Puntuación total		

Escala Modificada de Finnegan

Interpretación de la Escala Finnegan:

- 0-7: No Síndrome de Abstinencia.
- 8-12: Síndrome de Abstinencia Leve o Moderado.
- 13-16: Síndrome de Abstinencia Moderado – Severo.
- >16: Síndrome de Abstinencia Severo.

La puntuación de 8 o superior, en tres valoraciones consecutivas, exige el tratamiento con opiáceos y depresores del SNC

La aplicación se la realizara dos horas después del nacimiento y luego cada 4 horas, 30 minutos a 1 hora después de la comida, y según la evolución y la severidad de la sintomatología se deberá valorar en menores espacios de tiempo.

Realizar durante la vigilia del niño.

- Conjunto de enfermedades producidas por una alt. genética que causa defectos en la síntesis de una enzima o cofactor. Estos defectos pueden conllevar déficit o acumulación de metabolitos, causantes de la sintomatología
- La clínica es muy variables (nerológica, metabólica, hepática, gastrointestinal, cardíacas, oculares)
- El debút en la época neonatal implica mayor riesgo
- Diagnóstico específico
- Puede ser por exposición intraútero o estar asociado a la retirada de tratamiento intrahospitalario
- Los rasgos dominantes del síndrome son las alteraciones digestivas, de la neuroconducta y neurovegetativas
- Existen escalas que valoran la gravedad del síndrome de abstinencia y que ayudan en el manejo del mismo (ESCALA DE FINNEGAN)
- Los síntomas a tener en cuenta son: llanto agudo, pocas horas de sueño, temblores, mioclonías, convulsiones, sudoración, fiebre,, bostezos frecuentes, obstrucción nasal, estornudos frecuentes, taquipnea, succión con avidez, o rechazo del alimento, vómitos, deposiciones líquidas
- El diagnóstico es exclusivamente clínico junto con la búsqueda del tóxico en orina
- Tto. ambiente tranquilo, evitando la estimulación excesiva. Si no es suficientes existen medidas farmacológicas

VÓMITOS EN EL NEONATO



TRATAMIENTO :

❖ **DEPENDERÁ SEGÚN LA CAUSA**

❖ **MEDIDA GENERAL**

DIETA ABSOLUTA PARA PERMITIR EL REPOSO DEL TRACTO DIGESTIVO

→ HIDRATACIÓN PARENTERAL

SONDA PARA DRENAR (SI SE SOSPECHA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL)

❖ **LOS FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS Y ANTIESPASMÓDICOS NO SON USADOS EN EL PERÍODO NEONATAL**

BRONQUIOLITIS EN RECIÉN NACIDO



SE LA DEFINE COMO EL PRIMER EPISODIO DE SIBILANCIAS ASOCIADO A MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE INFECCIÓN VIRAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS Y ES MÁS PREVALENTE EN LOS MESES DE OTOÑO-INVIERNO

EL AGENTE ETIOLÓGICO MÁS COMÚN ES EL **VSR**, RESPONSABLE DEL 60-80 % DE LOS CASOS

BRONQUIOLITIS EN RECIÉN NACIDOS

- ❑ ES LA INFECCIÓN RESPIRATORIA MÁS FRECUENTE EN LOS LACTANTES
- ❑ 15-25 % DE LOS PACIENTES INTERNADOS REQUIEREN CUIDADOS INTENSIVOS
- ❑ EN EL CASO DE LOS NEONATOS CON BRONQUIOLITIS, UN 35 % PUEDEN REQUERIR CUIDADOS INTENSIVOS CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA
- ❑ EL MAYOR GRUPO DE RIESGO SON LOS PREMATUROS CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR
- ❑ EN GENERAL, LOS LACTANTES CON FACTORES DE RIESGO PRESENTAN INTERNACIONES MÁS PROLONGADAS, CON MÁS DÍAS DE REQUERIMIENTOS DE OXÍGENO Y UNA MAYOR NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO



BRONQUIOLITIS EN RECIÉN NACIDOS

- SE PRESENTA COMO UNA INFLAMACIÓN DIFUSA Y AGUDA DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA EXPRESADA CLÍNICAMENTE COMO OBSTRUCCIÓN
- LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS COMIENZAN TÍPICAMENTE CON RINITIS Y TOS DURANTE 1 A 3 DÍAS
- PUEDE PROGRESAR CON TAQUIPNEA, ESPIRACIÓN PROLONGADA, SIBILANCIAS, RALES, TIRAJE O ALETEO NASAL
- EN EL PRIMER MES DE VIDA , ES FRECUENTE QUE EL 1º SÍNTOMA SEA LA APNEA, QUE A VECES ES LA ÚNICA CAUSA DE INTERNACIÓN . LUEGO VAN APARECIENDO OTROS SÍNTOMAS

BRONQUIOLITIS EN RECIÉN NACIDOS

CRITERIOS DE INTERNACIÓN : (SAP 2021)

- PRESENCIA DE HIPOXEMIA (TAL MAYOR O IGUAL A 9- SATURACIÓN POR DEBAJO DE 92%)
- HISTORIA DE APNEAS
- CIANOSIS
- IMPOSIBILIDAD DE ALIMENTARSE (reducción de la ingesta al 50% en las últimas 8 a 12 hs)
- PRESENCIA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA QUE NO MEJORA LUEGO DE UN PERÍODO DE OBSERVACIÓN DE HASTA 2 HORAS (BAJAR FIEBRE, VERIFICAR PERMEABILIDAD DE FOSAS NASALES)
- PRESENCIA DE UN FACTOR DE RIESGO DE IRAB GRAVE

Escala de valoración

Tabla 1. Score de Tal modificado (usar en menores de 3 años).

Puntaje	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracción
	< 6 meses	≥ 6 meses			
0	≤ 40	≤ 30	NO	NO	NO
1	41 - 55	31 - 45	Fin de espiración c/ fonendoscopio	Peri-oral al llorar	Subcostal (+)
2	56 - 70	46 - 60	Inspir. y espir. c/fonendoscopio	Peri-oral en reposo	Intercostal (++)
3	> 70	> 60	Audibles a distancia	Generalizada en reposo	Supraclavicular (+++)

BRONQUIOLITIS EN RECIÉN NACIDOS

FACTORES DE RIESGO DE IRAB GRAVE :

- ★ **EDAD MENOR DE 3 MESES**
- ★ **INMUNODEFICIENCIAS**
- ★ **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS**
- ★ **ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS**
- ★ **PREMATURIDAD/ BAJO PESO AL NACER**
- ★ **DESNUTRICIÓN**
- ★ **ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO (PARÁLISIS CEREBRAL, ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR)**

BRONQUIOLITIS EN RECIÉN NACIDOS



LA HIPOXEMIA ES UN CRITERIO CLARAMENTE ESTABLECIDO Y DEBE OBJETIVARSE MEDIANTE OXIMETRÍA DE PULSO. **ESTÁ RECOMENDADO EL USO DE OXÍGENO** CUANDO LA SATURACIÓN EN EL AIRE AMBIENTE CAE POR DEBAJO DE 92-90 % ; ES EL ÚNICO MEDICAMENTO CON PROBADA EFICACIA EN LA BRONQUIOLITIS: ES BRONCODILATADOR, VASODILATADOR Y DISMINUYE EL TRABAJO RESPIRATORIO

OBNUBILACIÓN O LETARGO

AL MÉDICO LE DEBE PREOCUPAR UN NEONATO OBNUBILADO O DECAÍDO, DIFÍCIL DE DESPERTAR, HIPOTÓNICO Y QUE NO SUCCIONA.

CAUSAS:

- TRASTORNO METABÓLICO AGUDO (**HIPOGLUCEMIA**)
- ENFERMEDAD INFECCIOSA
- ANORMALIDAD NEUROLÓGICA
- METABOLOPATÍA CONGÉNITA (OBNUBILACIÓN, CONVULSIONES, HIPOTONÍA, VÓMITOS, DIFICULTAD RESP, APNEAS , ICTERICIA CON HEPATOMEGALIA O SIN ELLA , RETRASO DEL C

OBNUBILACIÓN O LETARGO

ADEMÁS DEL INTERROGATORIO, EL EXAMEN FÍSICO , LOS SIGNOS VITALES Y UN LABORATORIO COMPLETO; UNA MEDIDA QUE SE PUEDE REALIZAR EN FORMA RÁPIDA Y SENCILLA ES LA MEDICIÓN DE LA GLUCEMIA.

ESTO ADQUIERE ESPECIAL IMPORTANCIA EN LOS NEONATOS DEBIDO A QUE EL METABOLISMO CEREBRAL SUPONE EL 60-80 % DEL CONSUMO DIARIO DE LA GLUCOSA TOTAL EN ESTOS NIÑOS



HIPOGLUCEMIA

LA META HA DE SER MANTENER LOS NIVELES DE GLUCOSA POR ENCIMA DE **45 mg/dl EN EL 1º DÍA DE VIDA** , Y POR ENCIMA DE **50 mg/dl POSTERIORMENTE**

HIPOGLUCEMIA

CAUSAS :

- AUMENTO DE LA UTILIZACIÓN DE GLUCOSA PERIFÉRICA :
HIPERINSULINISMO (TRANSITORIO O PERSISTENTE)
- INSUFICIENTE APORTE ENDÓGENO O EXÓGENO DE GLUCOSA

LOS SÍNTOMAS SON INESPECÍFICOS

HIPOGLUCEMIA

PREVENCIÓN Y MANEJO:

- **ALIMENTACIÓN PRECOZ EN LAS PRIMERAS 2 HS DE VIDA CON INTERVALOS CADA 2-3 HS O LIBRE DEMANDA**
- **FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA**
- **NO SE DEBE OFRECER SOLUCIÓN DE GLUCOSA**



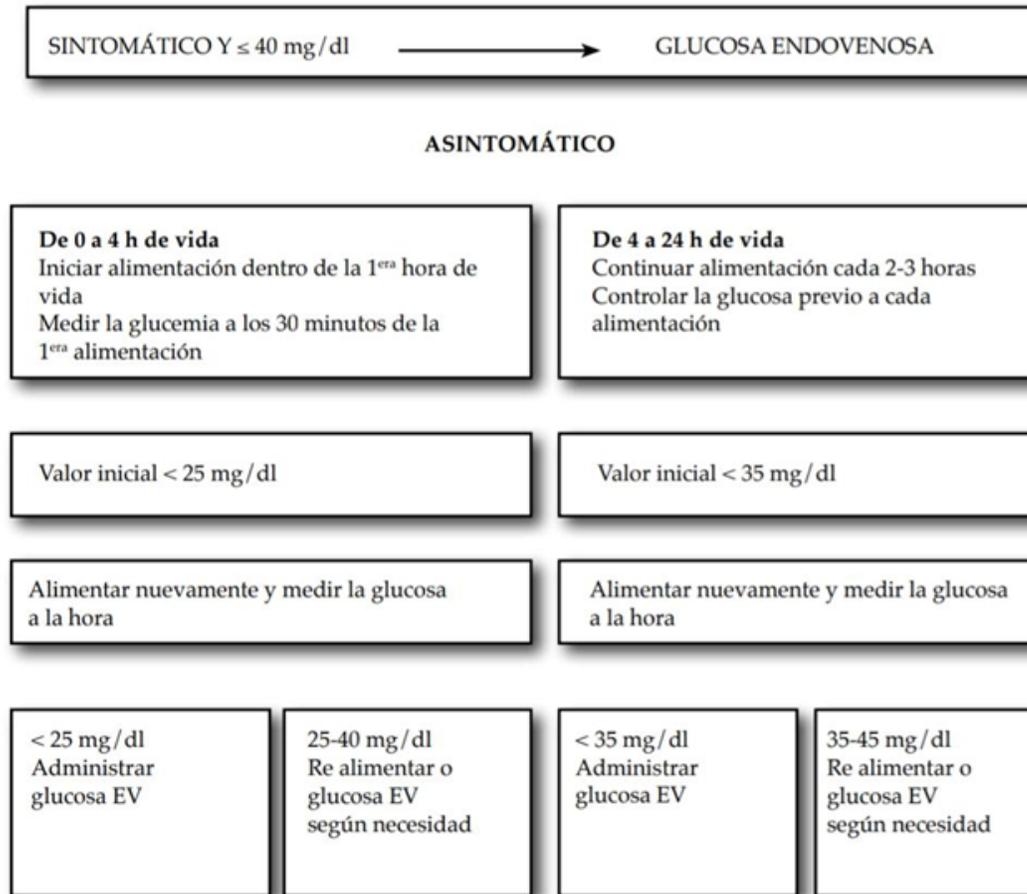
HIPOGLUCEMIA

TRATAMIENTO:

TODOS LOS RECIÉN NACIDOS CON HIPOGLUCEMIA SINTOMÁTICA DEBEN SER TRATADOS CON INFUSIÓN ENDOVENOSA DE GLUCOSA

**BOLO DE GLUCOSADO AL 10 % 2 cc/kg (200 mg/kg DE GLUCOSA)
DURANTE 5 MINUTOS MÁS INFUSIÓN CONTÍNUA DE HIDRATACIÓN
PARENTERAL CON FLUJO DE 6-8 mg/kg/min**

FIGURA 1. Evaluación y manejo de la glucemia posnatal



Adaptado de Committee on Fetus and Newborn, Adamkin DH. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics*. 2011;127:575.¹

SÍNDROME DE HIPOALIMENTACIÓN

ENTIDAD QUE SE PRESENTA DESPUÉS DE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA USUALMENTE EN BEBÉS ALIMENTADOS CON LACTANCIA MATERNA O FÓRMULAS LÁCTEAS MAL PREPARADAS; DONDE SE EVIDENCIA **ICTERICIA, PÉRDIDA EXCESIVA DE PESO O POBRE GANANCIA DE PESO, DISMINUCIÓN DE ORINA U ORINA MUY COLOREADAS, DISMINUCIÓN DE DEPOSICIONES Y EN OCASIONES FIEBRE.**

SÍNDROME DE HIPOALIMENTACIÓN

- SE DEBE SOLICITAR BILIRRUBINA, IONOGRAMA Y SI HAY FIEBRE HEMOGRAMA
- EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN LA ESCASA INGESTA DE LECHE, LA FALTA EN LA PROGRESIÓN O DESCENSO DE PESO Y LA NATREMIA MAYOR A 150 MEQ/L
- IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS (PEZONES AGRIETADOS Y DOLORIDOS, INGURGITACIÓN MAMARIA)
- IDENTIFICAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DESHIDRATACIÓN

SÍNDROME DE HIPOALIMENTACIÓN

MANEJO:

- INCREMENTAR LA FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN (8-12 VECES)
- SI HAY SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA PUEDE SER NECESARIO EL USO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS

CIANOSIS

SE REFIERE A LA COLORACIÓN AZULADA DE LA PIEL Y LAS MUCOSAS.

SUELE REPRESENTAR CANTIDADES EXCESIVAS DE HB DESOXIGENADA

CIANOSIS CENTRAL: La sangre que sale del corazón es de color azul debido a un trastorno en la saturación arterial de oxígeno . Está presente en todo el cuerpo , pero es más evidente en zonas donde la epidermis es más delgada , como la **mucosa oral , labios o lengua**



CIANOSIS PERIFÉRICA : la sangre que sale del corazón es roja , pero se vuelve azul en el momento en que llega a los dedos de las manos y pies, debido a enlentecimiento de la circulación sanguínea con extracción aumentada de oxígeno por los tejidos periféricos. Puede ser producida por bajo gasto cardiaco, obstrucción arterial, enfermedad venosa o por frío (acrocianosis)



La cianosis central siempre es patológica e indica la presencia de una enfermedad potencialmente grave y requiere evaluación inmediata.

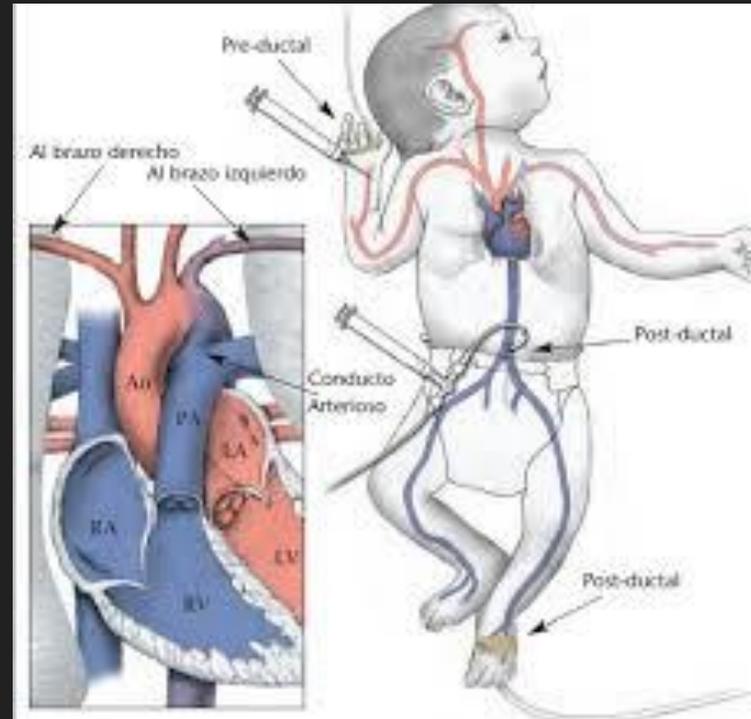
CIANOSIS CENTRAL

CAUSAS :

- PULMONAR
- CARDIOLÓGICA

LA DIFICULTAD RESPIRATORIA ORIENTA HACIA UNA PATOLOGÍA
PULMONAR

**EN FORMA INMEDIATA SE DEBE MONITORIZAR AL PACIENTE Y
MEDIR LA SATURACIÓN EN MANO DERECHA (PREDUCTAL) Y
MIEMBROS INFERIORES (POSTDUCTAL)**





AUSCULTACION



SATURACION
PREDUCTAL



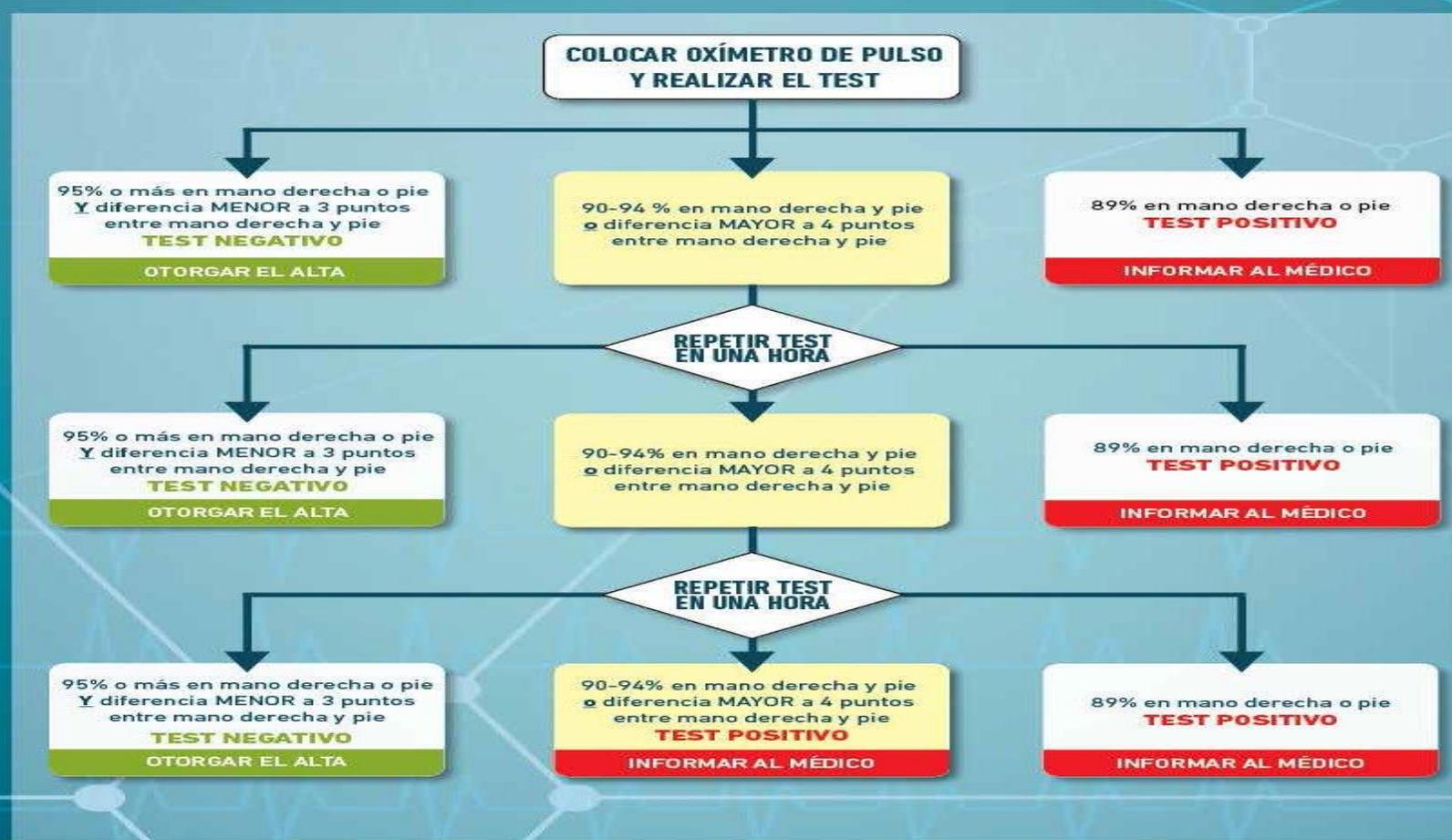
SATURACION
POSTDUCTAL

CLAVES PARA UNA CORRECTA MONITORIZACIÓN:

- **Asegurar el sensor en contacto con la piel, sin lesionarla**
- **La fuente de luz y el detector deben estar alineados**
- **Cubrir el sensor para evitar la interferencia con la luz**
- **Evaluar la correlación adecuada entre la señal de pulso y la frecuencia cardíaca**
- **Utilizar sólo un sensor neonatal**

En condiciones normales , la saturación de oxígeno monitorizada con el oxímetro de pulso es igual en todos los miembros

DETECCIÓN DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA POR OXIMETRÍA DE PULSO



Dirección Nacional de
Maternidad e Infancia



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

CIANOSIS CENTRAL

INTERROGATORIO



ANTECEDENTES FAMILIARE
ANTECEDENTES PERSONALES
CONTROL DEL EMBARAZO
SEROLOGÍA
ECO OBSTÉTRICA
FÁRMACOS

CIANOSIS CENTRAL

EX FÍSICO



AUSCULTACIÓN SOPLOS (PUEDEN APARECER
EN EL 60 % DE LOS RN SANOS)
TAQUIPNEA
CIANOSIS
PULSOS PERIFÉRICOS
MALF

CIANOSIS CENTRAL

OXIMETRÍA DE PULSO



EN CASO DE SATURACIÓN ALTERADA

VALORAR RESPUESTA AL OXÍGENO POR 10
MINUTOS



- CON RESPUESTA + AL O2
- SAT PRE Y POSTDUCTAL IGUAL
- RX TÓRAX PATOLÓGICA



ENFERMEDAD
PULMONAR

- SIN RESPUESTA AL O2
- SAT PREDUCTAL MAYOR A POSTDUCTAL
- RX TÓRAX NORMAL

ECOCARDIOGRAMA



SOSPECHA HPP

- SIN RESPUESTA AL O2
- SAT PREDUCTAL MAYOR A POSTDUCTAL
- RX TÓRAX : VARIABLE

ECOCARDIOGRAMA



SI NO ESTÁ DISPONIBLE LA
DERIVACIÓN , CONSIDERAR
PGE1 CON SATURACIÓN
MENOR DE 80 %

ANTE UN NEONATO EN LA GUARDIA:

INTERROGUE:

- ★ ¿HA PODIDO ALIMENTARSE?
- ★ ¿TOLERA LOS ALIMENTOS O HA VOMITADO TODA LA INGESTA?
- ★ ¿SE HA ALTERADO SU ESTADO DE CONCIENCIA?
- ★ ¿HA TEMIDO LLANTO INCONTROLABLE?
- ★ ¿HA TENIDO DIFICULTAD RESPIRATORIA O APNEAS EN LAS ÚLTIMAS 72 HS?
- ★ ¿HA PRESENTADO CONVULSIONES O MOVIMIENTOS ANORMALES EN LAS ÚLTIMAS 72 HS?
- ★ ¿HA TENIDO FIEBRE O HIPOTERMIA?
- ★ ¿HA PRESENTADO CAMBIOS EN LA COLORACIÓN DE LA PIEL O APARICIÓN DE SECRECIONES O LESIONES TIPO PETEQUIAS O PÚSTULAS?
- ★ ¿HA PRESENTADO DEPOSICIONES CON SANGRE?

IDENTIFIQUE CONDICIONES DE MAYOR RIESGO:

- BAJO PESO AL NACER**
- PREMATUREZ**
- HOSPITALIZACIÓN NEONATAL MAYOR A 7 DÍAS**
- PATOLOGÍA PERINATAL O NEONATAL SIGNIFICATIVA**
- CONDICIONES SOCIALES DE RIESGO**

VERIFIQUE:

- ESTADO GENERAL- ASPECTO - RECHAZO DEL ALIMENTO
- SIGNOS VITALES  FC - FR - T° - TA - OXIMETRÍA - PESO
- GLUCEMIA

SIGNOS VITALES : VALORES NORMALES EN NEONATOS

- **FC** : 100-160 lpm
- **FR** : 30-60 rpm
- **TA SISTÓLICA** : > 60
- **TEMPERATURA** : 36,5- 37,5
- **SATURACIÓN**: mayor o igual a 95 %
- **GANANCIA DE PESO**: descenso de peso mayor a 10 %
- **GLUCEMIA** : mayor o igual a 70 mg/dl (como parte de la evaluación inicial en un paciente crítico

SIGNOS DE ALARMA:

- ❖ INTOLERANCIA O RECHAZO DEL ALIMENTO
- ❖ ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA
- ❖ DIFICULTAD RESPIRATORIA
- ❖ PRESENCIA DE CONVULSIONES O MOVIMIENTOS ANORMALES
- ❖ LLANTO INCONSOLABLE
- ❖ APNEAS O PAUSAS RESPIRATORIAS O DESATURACIÓN
- ❖ CIANOSIS CENTRAL O GENERALIZADA
- ❖ PALIDEZ EXTREMA
- ❖ FIEBRE O HIPOTERMIA
- ❖ FALTA DE DIURESIS EN LAS ÚLTIMAS 24 HS O DIURESIS ESCASA (< 5 PAÑALES EN 24 HS)
- ❖ COLORACIÓN O LESIONES EN PIEL
- ❖ DISTENSIÓN ABDOMINAL IMPORTANTE, DEPOSICIONES CON SANGRE , VÓMITOS RECURRENTE
- ❖ FONTANELA ABOMBADA O DEPRIMIDA



NORMAS PARA LA ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO

- EL TRASLADO DEBE SER REALIZADO CONTANDO CON PERSONAL COMPLETO ((MÉDICO-ENFERMERO-CONDUCTOR)
- EN INCUBADORA DE TRANSPORTE, CON FUENTE DE OXÍGENO, ASPIRACIÓN PORTÁTIL Y CONTROL DE SATURACIÓN

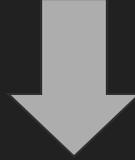


NORMAS DE ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO

TODO NIÑO CON CLASIFICACIÓN “GRAVE”, CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O QUE REQUIERAN REANIMACIÓN DEBEN SER EVALUADOS PARA DEFINIR LA NECESIDAD DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO, SI TIENE DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE INICIO POR CÁNULA NASAL CONVENCIONAL, SI TIENE DIFICULTAD MODERADA POSICIONE ADECUADAMENTE LA VÍA AÉREA, AUMENTE EL FLUJO DE LA CÁNULA CONVENCIONAL MÁXIMO HASTA 2 Lt/m Y EN LOS SITIOS DONDE SE CUENTE CON DISPOSITIVOS CON PRESIÓN POSITIVA DE LA VÍA AÉREA (CPAP) INICIAR CON PEEP 5-6 cm DE H₂O. EN CASOS SEVEROS CONSIDERAR INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

NORMAS DE ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE

TODO NIÑO CON SIGNOS DE HIPOVOLEMIA Y BAJA PERFUSIÓN, DEBE ESTABILIZARSE ANTES DE REFERIR.



INDICADORES DE HIPOVOLEMIA Y BAJA PERFUSIÓN

- ❖ ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA
- ❖ LLENADO CAPILAR MAYOR A 3 SEGUNDO
 - ❖ PULSOS PERIFÉRICOS DÉBILES
 - ❖ PIEL MARMÓREA O FRÍA
 - ❖ TA BAJA
 - ❖ DESATURACIÓN
 - ❖ CIANOSIS CENTRAL
 - ❖ PALIDEZ
- ❖ DIURESIS MENOR 1 ml/kg/h
- ❖ FC < DE 100 lpm O > DE 160 lpm
- ❖ FR < DE 30 rpm O > DE 60 rpm



NORMAS DE ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO

EN CASO DE NECESITAR HIDRATACIÓN ENDOVENOSA :

- EN LOS RECIÉN NACIDOS LOS FLUJOS DE GLUCOSA NECESARIOS SERÁN DE 5-6 mg/kg/min
- EN LOS PRIMEROS DÍAS SE RECOMIENDA USAR DEXTROSA AL 10 % PARA LOGRAR ESAS METAS, LUEGO DEL 5º DÍA SE PUEDE USAR DEXTROSA AL 5 %
- EL APORTE HÍDRICO TOTAL DIARIO VA A DEPENDER DE LOS DÍAS DE VIDA



DIA 1º : 60 ml/kg/día

DÍA 2º : 70 ml/kg/día

DIA 3º : 80 ml/kg/día

DIA4º : 100 ml/kg/día

DÍA 5 A 28 : 140 ml/kg/día

- VERIFICAR ANTEC. DE CARDIOPATÍA; DE SER NEGATIVOS UTILIZAR FASE RÁPIDA DE SOLUCIÓN SALINA A 10 cc/kg EN 30 MINUTOS

MUCHAS GRACIAS

“ EN LOS HOSPITALES, LAS ENFERMEDADES PERMANECEN Y LAS PERSONAS VAN Y VIENEN; EN ATENCIÓN PRIMARIA, LAS PERSONAS SON LAS QUE PERMANECEN Y LAS ENFERMEDADES VAN Y VIENEN...”

IONA HEATH

imagen