Guía para padres enfermedades más frecuentes

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

Contenido

Bienvenida 6

Causas de hospitalización 7

Prematuros y Recién Nacidos a término 8

Condiciones de la Respiración 9

- Apnea y Bradicardia.
- Síndrome de Distres Respiratorio (SDR) o Enfermedad de Membrana Hialina o Deficiencia de Surfactante.
- Neumotórax (fuga de aire y colapso pulmonar).
- Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido (conocida como Circulación Fetal Persistente).
- Taquipnea transitoria del recién nacido.
- Neumonía.
- Displasia broncopulmonar (DBP).

Condiciones Cardíacas 18

- Ductus arterioso persistente.
- Defectos cardíacos congénitos.
- Coartación de la aorta.
- Anormalidades de las válvulas.
- Defectos del septo.
- Tetralogía de Fallot.
- Transposición de grandes arterias.

Condiciones Intestinales 22

- Enterocolitis necrosante.

Condiciones Neurológicas 24

- Hemorragia intraventricular.
- Leucomalacia periventricular.
- Pérdida de la Audición.

Condiciones de la Visión 27

- Retinopatía.

Condiciones Infecciosas 29

- Sepsis.
- Tratamiento para la sepsis.

Condiciones Sanguíneas 31

- Anemia.
- Hiperbilirrubinemia (Ictericia).

Condiciones del Metabolismo 33

- Hipoglicemia.

Condiciones para la alimentación 34

Cuidados Especiales 36

- Línea central.
- Monitores de corazón y presión sanguínea.
- Control de Temperatura.
- Lámpara de calor radiante o incubadora abierta.

Imágenes Especiales 38

- Ultrasonido.
- Rayos X.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC).
- Resonancia nuclear magnética.

Signos de alarma 39

Lavado de manos 40

Bibliografía 41

Apreciados Padres

Queremos darle la bienvenida a la Unidad de Recién Nacidos del Hospital Universitario San Ignacio.

Entendemos que tener un bebé hospitalizado es una situación triste y difícil que genera dudas y angustias. Para nosotros es muy importante ayudarlo a aliviar esta situación, no solo brindando el mejor tratamiento médico, sino también informándoles acerca del estado de salud de su bebé, el funcionamiento de nuestra Unidad y dándoles las recomendaciones necesarias para que su estadía y la de su bebé en nuestras instalaciones, se lleve a cabo de forma segura y armónica.

La Unidad de Recién Nacidos pone a su disposición el talento Humano y los recursos científicos y tecnológicos requeridos para brindarles una atención integral, enmarcada en los valores de nuestra Institución.

Creemos que las madres y los padres son miembros importantes de nuestro equipo interdisciplinario en el cuidado neonatal, por lo que los animamos a que pasen tanto tiempo con su bebé como sea posible y participen activamente en su recuperación.

"Con su ayuda cuidamos la salud de nuestros pequeños pacientes"

Causas de Hospitalización

Por diversas circunstancias, los recién nacidos presentan alguna patología o nacen antes de tiempo y requieren ser hospitalizados.

La Unidad Neonatal Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), cuenta con servicios de cuidados intensivos, intermedios y básicos, con personal especializado y tecnología de punta que le brindará al recién nacido los cuidados necesarios de acuerdo a la condición de salud del neonato.

Prematuros y Recién Nacidos a Término

Tanto los bebés que nacen antes de las 37 semanas, a quienes se les llama "prematuros" o los recién nacidos a término, están en riesgo de diferente variedad de condiciones, incluyendo las siguientes:

- Condiciones respiratorias.
- Condiciones cardíacas.
- Condiciones gastrointestinales.
- Condiciones neurológicas.
- Condiciones de la visión.
- Condiciones sanguíneas.
- Condiciones infecciosas.
- Condiciones del metabolismo.
- Condiciones para la alimentación.
- Condiciones para el control de la temperatura.

Condiciones de la Respiración

Apnea y Bradicardia:

Es normal que durante la respiración los bebés prematuros presenten pausas. Cualquier pausa en la respiración que dure por más de 20 segundos se le conoce como apnea. Un descenso en la frecuencia cardíaca por debajo del nivel normal (100 latidos por minuto) se le conoce como 'bradicardia'. Estas condiciones son comunes en los prematuros y usualmente desaparecen entre las semanas 35 y 40.

Estas condiciones son comunes en estos niños, debido a que la región del cerebro encargada de la respiración no se encuentra totalmente desarrollada. Esto puede causarle un color morado o azul al bebé. El bebé se debilita y su ritmo cardíaco se enlentece.

Si el bebé es muy prematuro o la apnea y la bradicardia son severas, se recurre a medicamentos (usualmente aminofilina). Si no se obtiene mejoría, los bebés serán tratados con oxígeno o aire a través de un pequeño tubo por debajo de la nariz o con un ventilador.

A los bebés en la UCIN (Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal) se les vigila muy cuidadosamente la presencia de apnea y la bradicardia.

Cuando un bebé deja de respirar o la frecuencia cardíaca cae por debajo del rango esperado, el monitor hará sonar la alarma.

Cuando encontramos estas pausas en la respiración, el bebé puede simplemente necesitar observación o recodarle que necesita respirar tocándolo o cambiándolo de posición.

Síndrome de Distres Respiratorio (SDR), Enfermedad de Membrana Hialina o Deficiencia de Surfactante:

Afecta a los bebés prematuros que tienen cantidades menores de las normales de la sustancia corporal llamada surfactante.

Esta sustancia facilita la respiración al mantener abiertos los sacos de aire de los pulmones. Si estos sacos no abren fácilmente, los pulmones no pueden tomar aire, y habría deficiencia de oxígeno en el torrente sanguíneo y se acumularían residuos carbónicos.

Los bebés con SDR respiran rápidamente haciendo que el pecho y las costillas halen hacia dentro y hacia afuera. También pueden hacer ciertos sonidos como gruñidos.

Exámenes para diagnosticas SDR incluyen radiografía de tórax y muestras sanguíneas para medir los niveles de oxígeno y dióxido de carbono "los gases sanguíneos". Cualquier bebé prematuro con problemas respiratorios debe descartársele un SDR.

El tratamiento incluye administrarle oxígeno. Esto puede ser realizado con una máscara de oxígeno o con CPAP que es una máscara o cánulas nasales que mantienen los sacos de los pulmones abiertos y ayudan al bebé a respirar. Si el oxígeno no es suficiente, un ventilador (una máquina respiratoria) será útil.

Para respirar con un ventilador, un tubo debe ser colocado en la vía aérea del bebé (la tráquea). Este tubo se necesita tanto para administrar surfactante como para ayudar con la respiración. Algunas otorgan a los bebés respiraciones regulares, otros permiten que el bebé respire por su propia cuenta, e incluso otros usan una vibración gentil que ayuda a los pulmones.

Hasta 3 dosis de surfactante pueden ser administradas durante los dos primeros días después del nacimiento.

Entre las complicaciones de SDR encontramos colapso pulmonar, neumotórax hemorragia intraventricular, retardo en el desarrollo y enfermedad pulmonar crónica también conocida como displasia broncopulmonar.

Neumotórax (fuga de aire y colapso pulmonar):

El neumotórax es un evento que sucede cuando los sacos respiratorios en los pulmones se rompen y el aire queda atrapado en el espacio entre el pulmón y la pared torácica. Si esto ocurre, el aire no puede entrar a los pulmones para la respiración normal pudiendo causar un colapso pulmonar. Esta condición es común en los prematuros o en los bebés con deficiencia de surfactante, en los bebés que broncoaspiran meconio (las primeras heces) mientras se encuentran todavía en el vientre.

El examen indicado es la radiografía de tórax.

El tratamiento incluye administrarle al bebé adecuadas cantidades de oxígeno. El neumotórax es tratado con una punción torácica o toracentesis para remover el aire. Si la fuga de aire es severa, un tubo torácico es colocado entre los pulmones y la pared torácica para rellenar los pulmones y permitir que sanen durante varios días.

Hipertensión Pulmonar persistente del Recién Nacido (conocida como circulación fetal persistente):

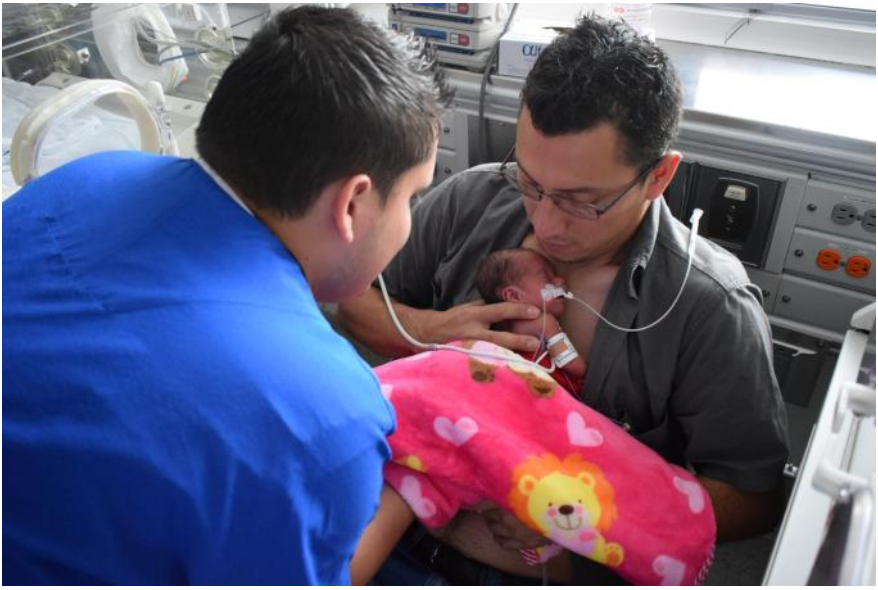
Antes del nacimiento, los bebés reciben oxígeno de las madres a través de la placenta. Debido a esto, ellos no usan sus pulmones para respirar (aunque hacen movimientos respiratorios incluso cuando están dentro del vientre).

Cuando el bebé nace, la sangre fluye a través de los pulmones y los bebés respiran por su propia cuenta. Hay un número de condiciones que pueden interrumpir el proceso. Estos incluyen:

- Infección
- Aspiración de meconio (cuando respiran pequeñas cantidades de heces en el vientre).
- Niveles bajos de oxígeno
- Falta de surfactante en los pulmones

Si la sangre no llega a los pulmones, el bebé no recibe suficiente oxígeno. Esto causa que la piel del bebé tome un color azul grisáceo.

Los exámenes incluyen revisar el oxígeno sanguíneo, PH, y dióxido de carbono (gases sanguíneos), radiografía de tórax y un estudio especial del corazón del bebé llamado ecocardiograma. Este examen revisa la estructura del corazón. Los pulmones y la presión sanguínea.



Taquipnea Transitoria del Recién Nacido:

Taquipnea el término médico usado para referirse a la respiración rápida. La respiración rápida que se mejora durante las primeras horas o días de vida, y que no repite, se le conoce como taquipnea transitoria del recién nacido.

Esto ocurre porque el fluido en los pulmones del bebé no es absorbido después del nacimiento. Los síntomas son similares a los del SDR pero usualmente más leves. Algunos bebés necesitan oxígeno; el cual puede darse por medio de diferentes mecanismos:

- Cánula nasal: Tubo delgado con dos pequeñas prolongaciones que encajan en las fosas nasales del bebé.
- Cámara cefálica: Cámara de plástico a la cual se le pone oxígeno, dicha cámara cubre la cabeza del bebé.
- Ventilación mecánica: Raramente es requerida para esta enfermedad.

Neumonía:

Es una infección pulmonar, la cual es común en prematuros y otros bebés enfermos. El doctor puede sospechar neumonía si el bebé tiene dificultad respiratoria, si su frecuencia respiratoria cambia o si incrementa el número de episodios de Apnea.

El doctor escuchará los pulmones del bebé usando un estetoscopio y luego tomará una radiografía de tórax, hará exámenes para mirar que tipo de bacteria o virus está causando la infección y así determinar cuál es el mejor medicamento para trata la infección. Los bebés con neumonía generalmente son tratados con antibióticos y pueden necesitar de oxígeno adicional mientras la infección desaparece.

Displasia Broncopulmonar (DBP):

También conocida como Enfermedad Pulmonar Crónica de los prematuros. La DBP es muy común en recién nacidos con:

- Deficiencia de surfactante en los pulmones.
- Pulmones inmaduros.
- Altos requerimientos de oxígeno.
- Uso de ventiladores.

La incidencia más alta ocurre en recién nacidos entre las semanas 23 y 26 de la gestación. Sin embargo, puede ocurrir en otros bebés prematuros. Rara vez la DBP puede afectar recién nacidos a término.

El tratamiento incluye darle oxígeno al bebé, buena nutrición y muchas veces suministrar diuréticos (medicamentos que incrementan el volumen de orina) o broncodilatadores (medicamentos que abren las vías aéreas). Un bebé con DBP puede estar bajo ventilador por un tiempo, antes de que empiece a respirar por si mismo. Luego de que el ventilador es retirado, el bebé necesitará oxígeno a través de un tubo delgado bajo la nariz. Algunos bebés irán a casa incluso con oxígeno domiciliario.

Un bebé con DBP necesita ser protegido de contagiarse con estados gripales.

Para estos bebés, una simple gripe puede convertirse en severa o incluso en una Neumonía fatal. Mientras que muchos bebés con DBP superan sus problemas pulmonares, algunos prematuros con DBP tendrán problemas de por vida.

Condiciones Cardíacas

Ductus arterioso persistente:

Antes de nacer, los bebés reciben oxígeno de la madre a través del cordón umbilical. Ellos no usan sus pulmones para respirar. La sangre pasa directa por un vaso sanguíneo justo afuera del corazón llamado ductus arterioso, que es una arteria fetal que conecta la aorta a la arteria pulmonar.

Durante las primera horas o días de nacido, este vaso empieza acerrarse permitiendo que el bebé empiece a hacer uso de los pulmones. Sin embargo, es posible que el ductus arterioso se mantenga abierto en los bebés enfermos o prematuros. Si esto sucede, se le conoce como ductus arterioso persistente.

En un ductus arterioso persistente, hay acumulaciones extra de fluidos dificultando la respiración del bebé. Entre los síntomas encontramos:

- Respiración rápida.
- Necesidad de un ventilador (máquina para respirar).
- Crecimiento deficiente.
- Presencia de soplo cardíaco.

El tratamiento depende de cómo se encuentre el bebé afectado por el Ductus Arterioso Persistente. Un Cardiólogo (especialista en el corazón) examinará al bebé y usará un examen del corazón llamado ecocardiograma para confirmarlo. Existen medicamentos que ayudan a cerrar el Ductus. En algunos casos, el bebé puede necesitar cirugía para cerrarlo.

Defectos cardíacos congénitos:

Los defectos cardíacos congénitos son problemas estructurales del corazón que están presentes al nacimiento.

Ellos se originan en las primera semanas del embarazo cuando el corazón se está formando.

Coartación de la aorta:

La aorta es una arteria grande que envía sangre desde el corazón al resto del cuerpo. En esta condición, la aorta puede estar muy estrecha impidiendo el flujo normal de sangre. El cirujano puede remover la parte estrecha y conectar los extremo, reemplazar la sección estreñida con material hecho por humanos, o un parche de la vena tomada de cualquier parte del cuerpo.

Anormalidades de las válvulas:

Algunos bebés nacen con válvulas estrechas, cerradas o bloqueadas que previenen que la sangre fluya normalmente. Algunos bebés pueden requerir un corto circuito (un tubo entre dos venas) para permitir que la sangre pase a través de bloqueo hasta el bebé crezca lo suficiente para poder repararle la válvula o le sea reemplazada.

Defectos del septo:

Estos se refieren a un hueco en el septo que divide las 2 cámaras superiores o inferiores del corazón. Debido a este hueco, la sangre no puede circular como es debido y el corazón debe realizar un trabajo adicional. El cirujano puede cerrar el hueco cociéndolo o con un parche. Los huecos pequeños se pueden cerrar con el tiempo y no necesitar reparación en absoluto.

Tetralogía de Fallot:

En esta condición, hay una combinación de 4 problemas estructurales, que no permite un funcionamiento adecuado del corazón. Como resultado, el bebé puede tener episodios de Cianosis (coloración azulada) y crecer muy poco. Nuevas técnicas de cirugías permiten una reparación temprana.

Transposición de grandes arterias:

Aquí las posiciones de las 2 arterias mayores que se conectan al corazón está invertida. Avances quirúrgicos han permitido la corrección de este tipo de problemas.

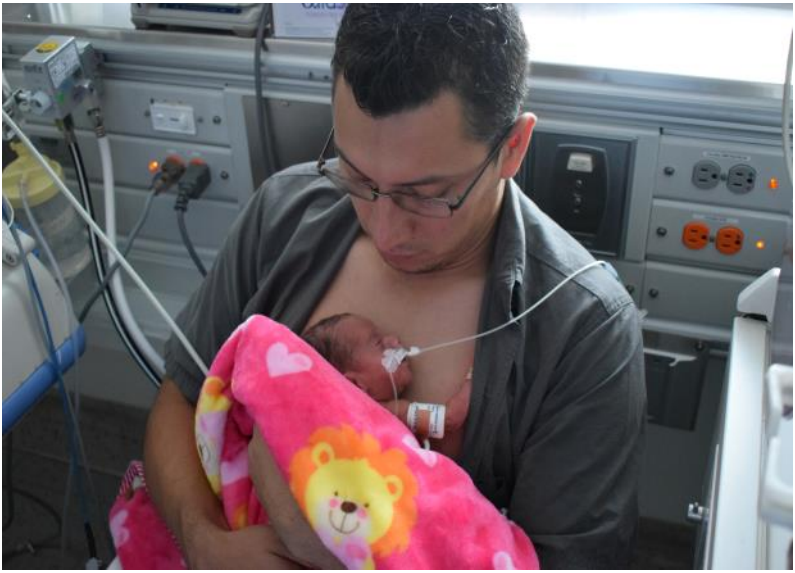
Condiciones Intestinales

Enterocolitis necrosante:

Esta es una enfermedad seria de los intestinos que mas comúnmente afecta a los bebés prematuros; sin embargo, bebés a término también pueden padecerla. Los bebés que nacen muy tempranamente, que son muy pequeños o que están muy enfermos tienen un mayor riesgo de presentarlo. Esto se debe a que hay menor cantidad de sangre fluyendo por los intestinos y hay mayor riesgo de infección.

La enterocolitis necrosante normalmente se desarrolla durante las primeras 3 semanas de vida, usualmente luego de que hayan empezado a alimentarse. El intestino se vuelve más pequeño y débil, causando la formación de una perforación. Si la perforación se forma, las bacterias del abdomen pueden ingresar a la circulación del bebé, lo cual puede ocurrir rápidamente en pocas horas, causando una infección que compromete la vida del recién nacido.

Cuando el bebé se recupera, el intestino puede estar débil y pueden surgir complicaciones adicionales. Sin embargo, es raro que esto suceda de nuevo.



Los exámenes incluyen: rayos x de abdomen y exámenes sanguíneos.

El tratamiento incluye administrarle al bebé fluidos por vía intravenosa y antibióticos. Los bebés con esta enfermedad pueden tener un tubo insertado en la boca (sonda orogástrica) para drenar ácido del estomago y estar alimentados, a través de vía intravenosa para permitir que el intestino descanse (usualmente de 1 a 2 semanas).

La cirugía se necesita si la enfermedad es severa o hay perforación en el intestino.

Condiciones Neurológicas

Hemorragia intraventricular:

Una hemorragia intraventricular es una colección de sangre (hemorragia) dentro o alrededor de los espacios que normalmente contienen liquido cefalorraquídeo (ventrículos) en cada lado del cerebro.

Puede presentarse en los bebés muy pequeños o enfermos debido a que los vasos sanguíneos en el cerebro son muy delicados y se pueden romper fácilmente.

Los bebés con problemas respiratorios y baja presión sanguínea tienen un riego alto de sufrir una hemorragia intraventricular. La mayoría de las hemorragias ocurren durante los primeros días de nacidos. A los bebés que nacen antes de las 32 semanas de gestación se les hace un examen especial de la cabeza (llamado ecografía transfontanelar) a las 72 horas y al séptimo día de vida, para evaluar si hay o no hemorragia intraventricular.

Leucomalacia periventricular:

Se refiere a la pérdida de tejido cerebral alrededor de los ventrículos en el cerebro. Puede deberse a:

- Hemorragia en cerebro.
- Infección cerebral como una meningitis.
- Otras infecciones incluyendo infecciones de vida prenatal.

Puede ocurrir en bebés prematuros y usualmente ocurre sin previo aviso. Puede ser visto con un ultrasonido de cabeza, aunque puede tomar varias semanas para que aparezca. La leucomalacia periventricular aumenta el riesgo a largo plazo de problemas relacionados con el movimiento muscular y la coordinación, visión o desarrollo intelectual.

Pérdida de la audición:

Si no se detecta, la pérdida de audición en los infantes puede impactar negativamente en la adquisición del lenguaje, el habla, logros académicos, desarrollo social y económico. Sin embargo, si se detecta a tiempo, esta condición puede disminuirse e incluso eliminarse a través de servicios de intervención temprana.

En la consulta ambulatoria de pediatría se programará la evaluación por el Servicio de Otorrinolaringología.

Los siguientes son algunos factores de riesgo asociados a la pérdida de audición que acompaña a los infantes de largas estancias en la UCIN:

- Muy bajo peso al nacer (<1.500 gr).
- El riesgo de pérdida auditiva neurosensorial incrementa a medida que el peso al nacer disminuye.

- Los bebés que pesan menos de 3.000 gr. También están en riesgo incrementado de pérdidas auditivas en comparación de los bebés que pesan más de 3.000 gr.

- Los medicamentos ototóxicos pueden causar reacciones tóxicas a las estructuras del oído interno que pueden resultar en pérdidas de la audición y equilibrio. Lo siguiente es un ejemplo de los medicamentos ototóxicos: antibióticos como aminoglucósidos pueden ser ototóxicos cuando se administra a una mujer embarazada. La pérdida de la audición neurosensorial resulta por daño a las células ciliadas de los órganos cocleares y vestibulares (componentes de oído interno).

- Puntaje bajo de Apgar (0-4 en un minuto o 1-6 en 5 minutos).

- Infección posnatal asociado a pérdidas auditivas (sepsis, meningitis bacteriana): La Meningitis bacteriana y la sepsis son enfermedades severas invasivas. Estas infecciones pueden llevar a pérdidas neurosensoriales de la audición. Además, los antibióticos usados para tratar la infección pueden ser ototóxicos.

- Hiperbilirrubinemia que requiere intercambio de sangre: La hiperbilirrubinemia o ictericia, ocurre en un 50 % a 60% de todos los recién nacidos; usualmente sin consecuencias, pero puede causar daños al sistema nervioso central si es severa, las vías neuronales auditivas (núcleo coclear del tallo cerebral) y/o de la cóclea pueden verse afectados, llevando a pérdidas auditivas neonatales. .

- Ventilación mecánica por más de 5 días: en el momento en el que el bebé es colocado en ventilación mecánica. Pudo haber desarrollado deprivación de oxígeno. La falta de oxígeno puede acelerar el deterioro de células sensoriales del oído interno. La ventilación mecánica puede también indicar otros problemas posibles asociados a pérdidas auditivas, como displasia broncopulmonar o hipertensión pulmonar persistente.

Condiciones de la visión

Retinopatía:

Es un crecimiento anormal de vasos sanguíneos en la retina (El lugar donde se integran las imágenes en el fondo del ojo para enviarlas al cerebro), que se puede ver en algunos bebés prematuros.

Cuando un bebé nace temprano, los vasos sanguíneos del ojo no están bien desarrollados. Si estos vasos no crecen normalmente, el sangrado y la cicatrización pueden alterar la visión. Los doctores desconocen todas las razones por lo cual esto ocurre, pero el ser prematuro y el uso de altos niveles de oxígeno son 2 factores de riesgos asociados. Es por esto que los niveles de oxígeno son controlados estrictamente.

Esto ocurre más comúnmente en bebés prematuros y muy pequeños. Si su bebé nació antes de las 30 semanas de gestación, necesitará de un médico especialista en ojos llamado oftalmólogo. El se fijará en el desarrollo de la retina. Exámenes de ojo regulares se harán hasta que la retina se desarrolle por completo. En caso de presentarse retinopatía, si es severa puede llevar a problemas de visión e incluso a la ceguera. El tratamiento incluye cirugía laser o criocirugía para parar el crecimiento anormal de los vasos sanguíneos.

Condiciones Infecciosas

La sepsis es una infección en el torrente sanguíneo. Usualmente, es causada por gérmenes (bacterias), en algunos casos, es causada por virus u hongos.

La sepsis puede ser un problema muy serio y a veces requiere cuidados adicionales o periodos más largos de hospitalización.

Cuando los bebés se enferman en la primera semana de nacimiento, la infección pudo haber comenzado antes del nacimiento o durante el trabajo de parto. Los bebés que se enferman después de siete días de edad tienen lo que se conoce como sepsis de inicio tardío. Esta infección es usualmente causada por gérmenes a los cuales el bebé ha sido expuesto en el hospital, comunidad o alteración de sus propias bacterias que migran a otras partes del organismo. Los bebés prematuros tienen riesgo de infección por su piel frágil y habilidad insuficiente para combatir los gérmenes.

La sepsis puede presentar los siguientes signos:

- Temperatura corporal muy baja o muy alta.
- Problemas respiratorios (como apnea, necesidad de oxígeno, ventilación o dificultad para respirar).
- Cambio en la presión sanguínea (especialmente presiones bajas).
- Poca actividad o movimientos disminuidos.
- Problemas en la alimentación.

El tratamiento para sepsis incluye:

Antibióticos, exámenes sanguíneos para chequear signos de infección, líquidos para incrementar la presión sanguínea, dar oxígeno o usar un ventilador para ayudar al bebé a respirar.

La duración de este tratamiento depende de qué tan enfermo se encuentre y cuál haya sido la causa de sepsis.

Condiciones Sanguíneas

Anemia:

Anemia es el término utilizado para el conteo bajo en sangre de glóbulos rojos. Los glóbulos rojos son importantes porque estos transportan el oxígeno a través del cuerpo. Los bebés prematuros tienen un riesgo mayor de anemia por su tamaño y por el número de exámenes de sangre que le practican. Si la anemia es severa o si el bebé tiene presión sanguínea baja se necesitará de transfusión sanguínea. La anemia leve es tratada con medicamentos como el hierro.

Hiperbilirrubinemia (Ictericia):

La hiperbilirrubinemia o ictericia ocurre cuando hay demasiada bilirrubina en sangre. La bilirrubina se forma cuando los glóbulos rojos se degradan si el bebé nace con infecciones o con algún problema de la sangre. Altos niveles de bilirrubina causan que la piel se torne amarilla. Mientras más bilirrubina haya, más amarilla (o ictérica) se pone la piel. Si los niveles de bilirrubina se suben mucho pueden causar problemas más serios como daño cerebral o pérdida de la audición.

Es un bebé saludable, la bilirrubina se mueve a través de la sangre al hígado y luego abandona el cuerpo por la orina o las heces. Debido a que los prematuros tienen hígados inmaduros hay mayor demora en su excreción. Esto puede resultar en niveles más altos de bilirrubina en los prematuros que en un bebé maduro. La bilirrubina también puede estar más alta en los bebés muy enfermos.

Los niveles de bilirrubina pueden ser medidos en sangre. Para los niveles altos de bilirrubina el tratamiento depende del peso del bebé y de la edad. Usualmente el tratamiento incluye usar lámparas de luz azul especializada, llamada fototerapia, la cual cambia a la bilirrubina para hacerla más soluble y así pueda abandonar el cuerpo más fácil en la orina.

Durante este tratamiento, el bebé permanece debajo de la luz, sus ojos serán protegidos y su posición será cambiada frecuentemente para exponer todas las áreas del cuerpo. Los controles de los niveles de bilirrubina determinarán el tiempo de fototerapia que el bebé necesita. Si la luz de fototerapia no disminuye adecuadamente los niveles de bilirrubina, puede requerir otro tratamiento, llamado exanguinotransfusión. Este procedimiento rara vez se necesita e involucra el intercambio de sangre del bebé con sangre donada para disminuir los niveles de bilirrubina.

Condiciones del Metabolismo

Hipoglicemia:

Es una afección que ocurre cuando el nivel de azúcar en la sangre (glucosa) está demasiado bajo. Por lo general con valores de glicemia medidos en sangre menores de 47 mg/dl.

Los neonatos que presentan este problema generalmente son hijos de madres con diabetes gestacional que son grandes para la edad gestacional y no manejan bien su glicemia por niveles de insulina aumentados que pasan de la madre al feto.

Ocurre también en bebés de bajo peso que consumen rápidamente sus reservas o bebés a termino con un escaso aporte de alimentación por una técnica de alimentación incorrecta o recién nacidos con infecciones.

El tratamiento en estos niños requiere infusiones de azúcar a través de una línea venosa con sueros glucosados por un tiempo variable de acuerdo a la evolución y tolerancia a la alimentación que tenga cada recién nacido.

Condiciones para la alimentación

Algunos recién nacidos pre término pueden desarrollar problemas en su alimentación, especialmente los que son menores de 34 semanas o con peso menor a 1500 gramos.

Debido a su inmadurez neurológica estos recién nacidos no saben succionar y requieren una serie de medidas encaminadas a asegurar un adecuado aporte calórico durante su estancia y poder lograr un aumento de peso y continuar su manejo en casa.

En la unidad se prefiere la alimentación con leche materna exclusiva, ya que sabemos de los beneficios que aporta la misma a nivel inmunológico, intestinal y nutricional; contamos con un servicio de lactario al que las madres pueden acudir donde les enseñarán a extraer la leche materna y conservarla en las condiciones óptimas de higiene para tener disponible leche en el momento que la madre no esté y el bebé necesite ser alimentado.

En bebés que no saben succionar y son de muy bajo peso inicialmente son alimentados a través de una sonda que es un tubo muy delgado que se introduce por la boca y llega al estomago, algunos bebes tienen una capacidad gástrica muy pequeña y solo toleran unos pocos centímetros, esto hace necesario pasar el alimento gota a gota a lo largo del día, posteriormente cuando el bebé ha crecido un poco más, podemos administrar más cantidad de leche en un solo momento, esto se llama alimentación por gavaje.

Posteriormente cuando el bebé ha cumplido las 34 semanas iniciamos el estimulo de succión, hasta que sea posible una succión regular sin que se fatigue y pueda alimentase sólo. Previamente a esta situación se da alimentación bebida a través de una jeringa.

En nuestra unidad evitamos el uso de chupos o biberones por la confusión de pezones que puede darse, un perjuicio de la lactancia materna.

Muchas veces a pesar de darle al bebé prematuro una adecuada cantidad de leche, éste no gana peso; en esta situación, se emplea la fortificación de la leche materna a través de azucares, proteínas, lípidos, calcio y minerales, además de vitaminas y acido fólico logrando así el adecuado desarrollo y crecimiento.

¡Nuestra Unidad es abierta a la familia 24 horas del día!

Cuidados especiales

Los bebés prematuros necesitan atención medica especial que es ofrecida solo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN).

Los siguientes son cuidados especiales que se tienen dentro de la Unidad:

Línea central:

Cuando su bebé nace, el equipo de cuidados de la salud puede colocar un tubo delgado, llamado línea central o catéter en la vena o arteria umbilical.

Esta línea es usada para darle al bebé nutrición intravenosa y medicamentos. La línea también se puede utilizar para evaluar signos vitales del bebé. Luego, su bebé puede necesitar un reemplazo de la línea umbilical por un Catéter Central Insertado Periféricamente (CCIP) el cual se coloca en un vaso sanguíneo mayor.

Monitores de corazón y presión sanguínea:

En la UCIN, en los bebés son monitoreados continuamente la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea y temperatura.

Almohadillas pequeñas pegajosas se colocan en la piel del bebé y estas detectan la información y la envían a la pantalla que se encuentra al lado de la cama del

bebé. Un manguito de presión pequeño es usado para medir la presión sanguínea. Este también se conecta a la máquina. Una alarma suena cuando el bebé necesita ser revisado por una enfermera, pero algunas alarmas son "falsas alarmas" causadas por el movimiento de los bebés o desacomodación de los sensores.

Control de temperatura:

Bebés saludables o a término tienen una capa de grasa debajo de la piel que los protege de la pérdida de calor. Los bebés que nacen tempranamente no han tenido la oportunidad de ganar peso y no tienen esta capa de grasa debajo de la piel. La mejor manera para mantener a un bebé pretérmino caliente es con el manejo en incubadora que provee calor extra a los bebés prematuros o enfermos. A medida que el bebé crece o madura, podrá ser trasladado a una cuna abierta. Esto es uno de los criterios mayores para determinar cuando el bebé puede ir a casa.

Lámpara de calor radiante o incubadora abierta:

Esto es una cama abierta con una fuente de calor sobre el bebé. Puede ser usada para procedimientos o cuando necesitan ser trasladados a un procedimiento quirúrgico.

Imágenes Especiales

Existen distintos tipos de exámenes que su bebé podrá necesitar para ayudar a los doctores a ver dentro del cuerpo como los siguientes:

Ultrasonido:

Toma fotos de los órganos internos usando ondas de sonido. No duele y puede ser realizado en la cuna o incubadora del bebé.

Rayos X:

Toma fotos de los pulmones, huesos, y otros órganos internos. Varios rayos x pueden ser necesitados dependiendo de que busca el doctor. El bebé será expuesto a pequeñas cantidades de radiación. Sin embargo, los rayos x se necesitan para ayudar a tomar decisiones importantes sobre el cuidado del bebé. Pueden ser realizados en la cuna o incubadora del bebé.

Tomografía Axial Computarizada (TAC):

Un haz de luz es concentrado en un área específica del cuerpo y luego lo muestra en detalle en el computador. Toma fotos más detalladas. Este examen no se puede realizar en la camilla del bebé y expone a un nivel más alto de radiación.

Resonancia Nuclear Magnética:

Por medio de un computador se crean imágenes de tejido que son todavía más detalladas que las de un TAC. No puede ser realizada en la camilla y algunos bebés deben ser sedados para que se mantengan quietos durante el procedimiento. No hay radiación de ningún tipo.

Signos de Alarma

- Si permanece más de 4 horas dormido y es difícil despertarlo.
- Fiebre: temperatura mayor de 38 grados.
- Si se pone de color amarillo del pecho hacia abajo, palmas de las manos y plantas de los pies.
- Si presenta deposiciones liquidas abundantes, con moco o con sangre.
- Si presenta deposiciones blancas.
- Si el abdomen se distiende, impresiona ser doloroso al tocarlo o tiene cambios de color.

Signos de dificultades respiratoria

- Si presenta coloración morada alrededor de los labios.
- Aleteo nasal.
- Hundimiento de costillas.
- Respiración rápida.
- Si tiene pausas al respirar.

Lavado de manos

Recuerde siempre antes y después de manipular a su hijo realizar el lavado de manos de la siguiente manera.

Bibliografía

1. Guías de Práctica Clínica, Hospital San Ignacio, Neonatología 2010, www.husi.org
2. Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG. Neonatología: Fisiopatología y manejo del recién nacido. Panamericana; 4 edición, 2003
3. Bissinger R. NICU Journal a parents journey. 2010.
4. Gomella; Cunningham. Neonatología, Editorial Panamericana, 5 edición 2006.
5. Departaamento de Pediatría Unidad de Recién Nacidos Adaptado de: Bissinger R. NICU journal a parents journet. 2010.

Derecho de autor ® 2021

Todos los derechos reservados. Queda prohibida las reproducción total o parcial de la presente obra por cualquier medio sea impreso, magnético y digital, sin la autorización escrita de los titulares del copyright o derecho de autor, bajo las sanciones establecidas en las leyes nacionales y tratados suscritos por Colombia.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMÍREZ, MD.
Director General

REINALDO GRUESO ANGULO, MD.
Director Científico

ANA MARIA BERTOLOTTO, MD.
Directora Departamento de Pediatría

YARIS ANZULLY VARGAS VACA, MD.
Jefe Unidad de Recién Nacidos.

EDITH ESPERANZA ISEA ESPINOZA
Enfermera.

DIANA MARCELA DAZA PRIETO
Coordinadora de Enfermería Pediatría y Unidad de Recién Nacidos.

DIANA MARCELA PINZÓN
Jefe Enfermería, Líder del grupo Unidad de Recién Nacidos.

AUTORES
Personal de Enfermería
Hospital Universitario San Ignacio.

Fotografías
Oficina de Comunicaciones HUSI

Diseño y edición:

Oficina de Comunicaciones HUSI
Bogotá, Colombia. 2021.

Remisiones:

Unidad de Recién Nacidos
Hospital Universitario San Ignacio
Carrera 7 No. 40-62 Piso 3
Bogotá, Colombia.

(60+1) 5946161 Ext. 4001 - 6936

ref-altacomplejidad@husi.org.co
referencia@husi.org.co

Conozca más sobre nosotros:

www.husi.org.co

YouTube: Hospital Universitario San Ignacio

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL