

# **BLOC 3: EL NEN MALALT**

Elena Carrillo Messa  
[ecarrillo@umanresa.cat](mailto:ecarrillo@umanresa.cat)

# TEMES

- **Tema 1: Problemes prenatals.**
- Tema 2: Alteracions de la salut del Nadó.
- Tema 3: Alteracions de la salut de la Infància.
- Tema 4: Alteracions de la salut a l'Adolescència.

# TEMA 1: PROBLEMES PRENATALS

## -CONTINGUTS -

- 1.- **Classificació del nadó de risc.**
- 2.- Malformacions congènites.
- 3.- Característiques de les unitats neonatals.

# 1.- CLASSIFICACIÓ DEL NADÓ DE RISC

## Qui són els nadons de Risc?

### 1. Fills de gestants d'alt risc (ANTECEDENTS):

- Malaltia materna de base.
- Infecció materna o sospita de la mateixa.
- Síndrome hipertensiu de l'embaràs.
- Edat materna: mares molt joves i  $>$  de 35 anys.
- Mare consumidora de tòxics (fins hi tot tabac)
- Multiparitat ( $>5$ ).
- Gestació múltiple.
- Avortaments repetits.

- Tumors uterins.
- Placenta prèvia.
- Diabetis gestacional.
- Ruptura prematura de membranes.
- Despreniment prematur de placenta normo- inserta.
- Oligoamnis.
- Gestació no del tot controlada.
- Factors socioeconòmics desfavorables.

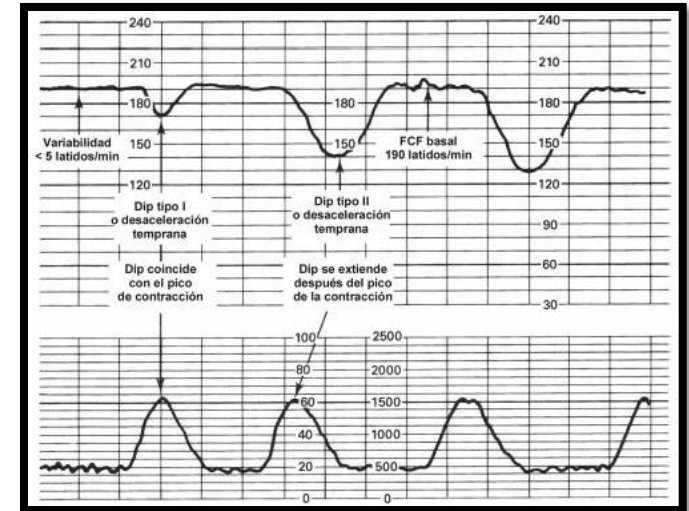
**2. Pes <2500gr i >4000gr.**

**3. Recent Nascut Prematur [RNPT] (< 38SG) i RN posterme (>42SG)**

## 4. Gran per l'Edat Gestacional (GEG) i Petit per l'Edat Gestacional (PEG).

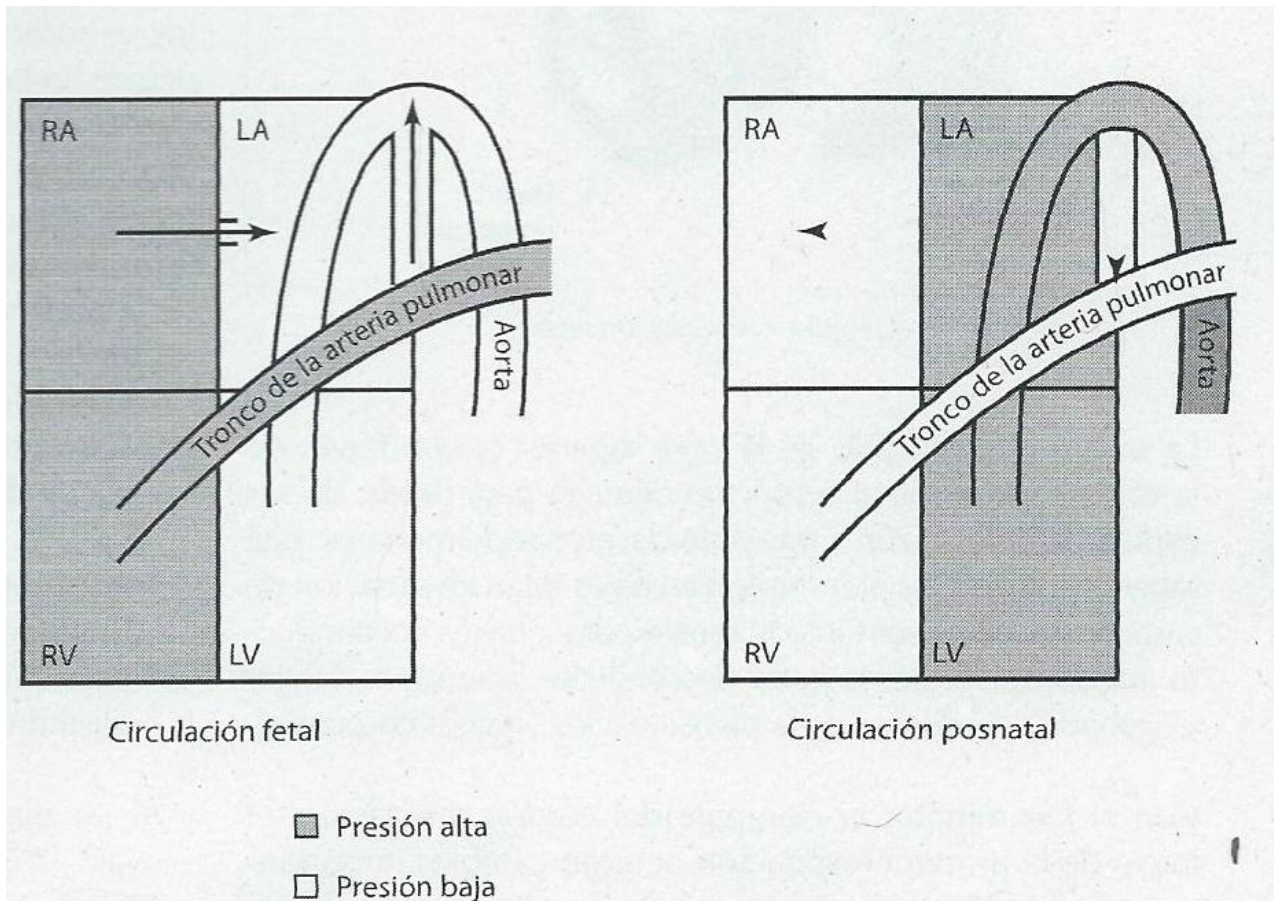
## 5. Problemes fetals:

- Amenaça de part prematur.
- Malformacions congènites.
- Presentació anòmala.
- Alteracions al registre fetal.
- Incompatibilitat de grup.
- Poli/oligo/hidramnis.
- Líquid amniòtic tenyit.
- Instrumentalització: fòrceps, espàtules...
- Perduda de benestar fetal (asfíxia).
- Trastorn metabòlic.
- Trastorn neurològic.



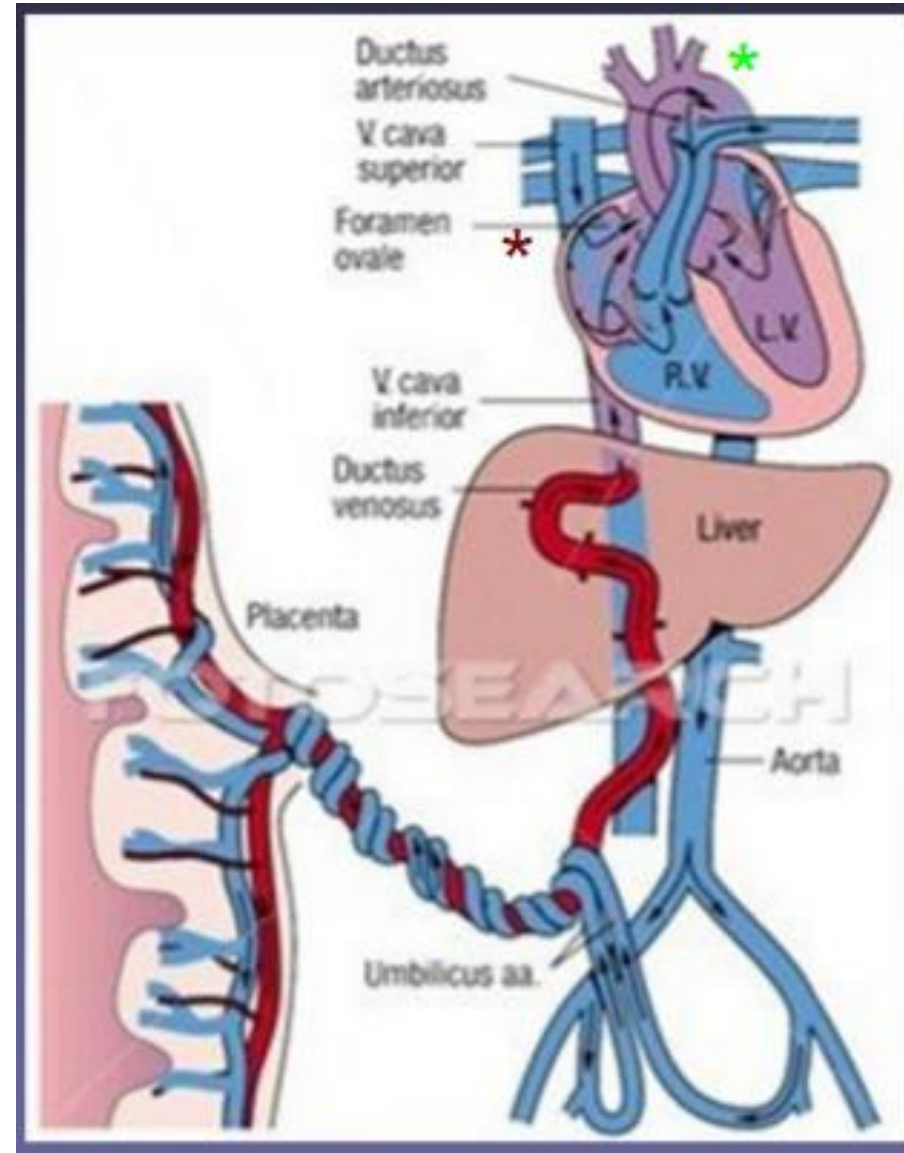
# 2.- MALFORMACIONES CONGÈNITES

- **CARDÍACUES** (8-10 c/1000 RN vius).



# Fisiologia de la circulació fetal

- La sang s'oxigena a la placenta (no passa pels pulmons fetals).
- De Aurícula Dreta (AD) per Foràmen Oval fins a Aurícula Esquerra (AE), evitant passar per Ventricle Dret (VD).
- Sang de Artèria Pulmonar (AP) passa a Aorta pel ductus arteriós (evitant passar pels pulmons).
- Molt poca sang arriba als pulmons; tenen molta Hipertensió Pulmonar (HTP).

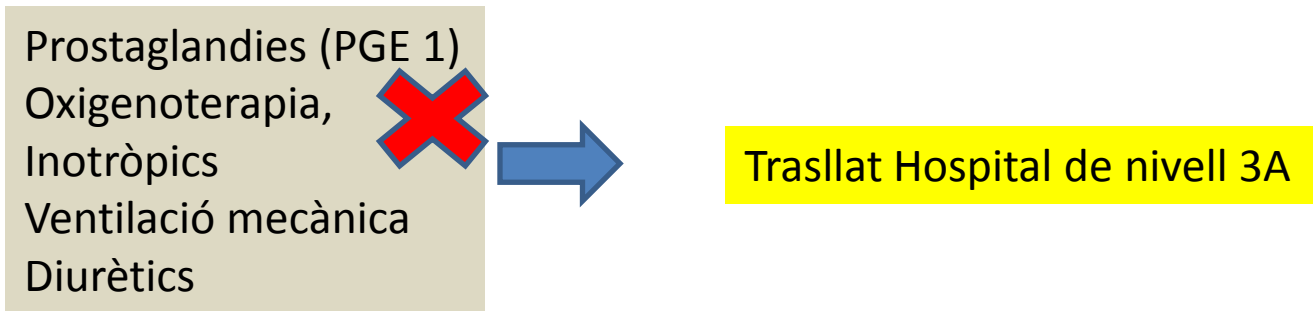




- CIANOSIS NEONATAL:

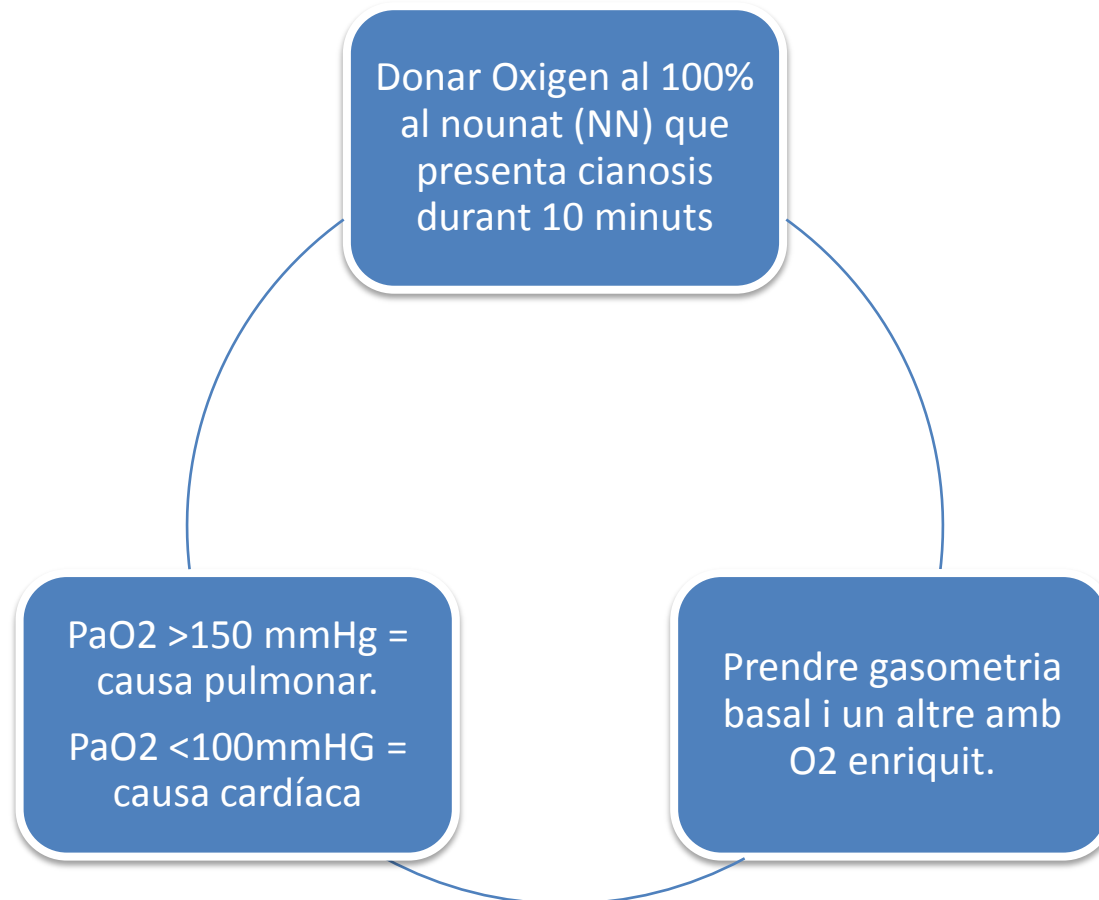
- Un dels signes principals de sospita de cardiopatia.

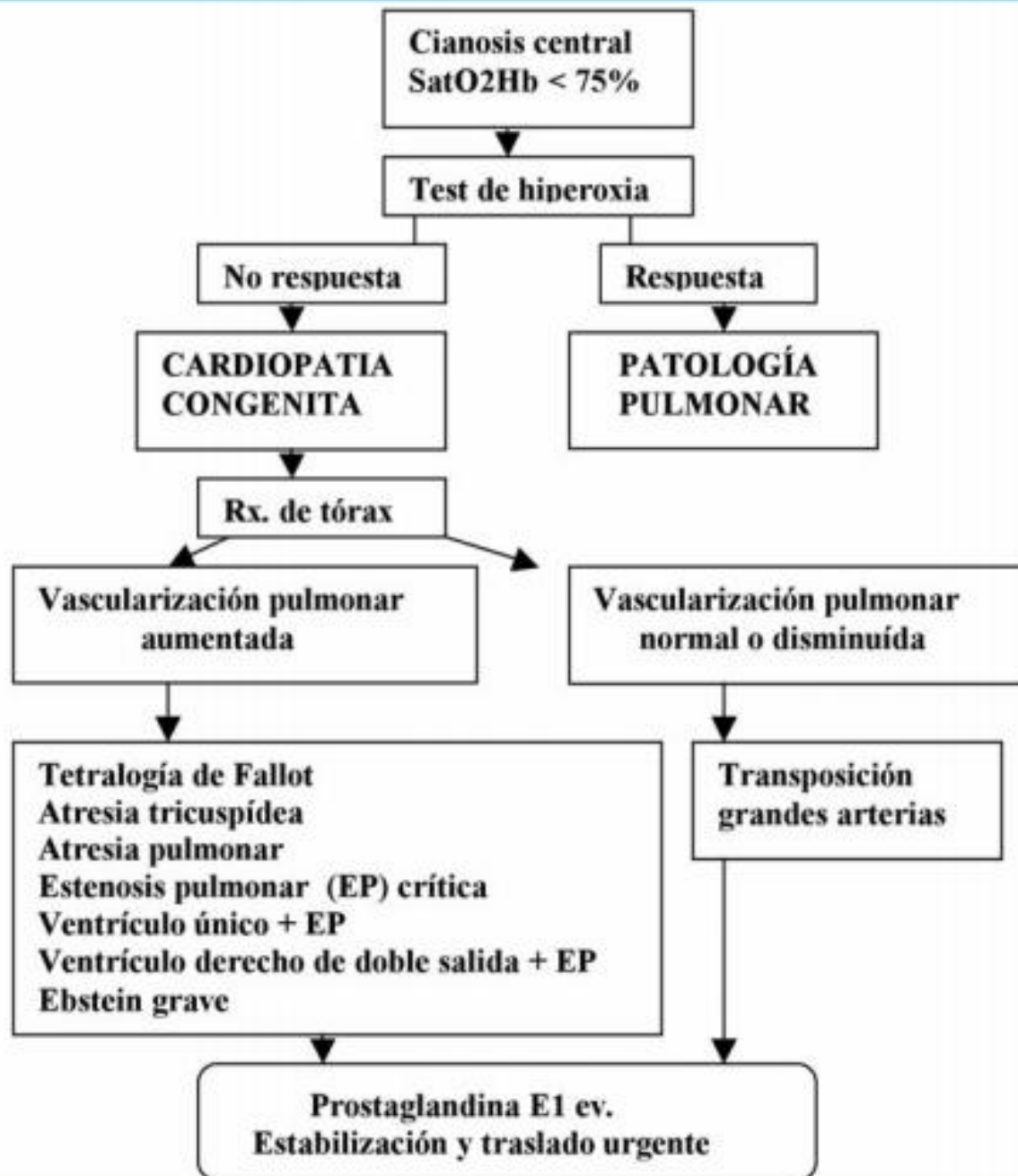
- Es considera patològica si:  $PO_2 < 60\text{mmHg}$  o  $Sat O_2 < 92\%$  respirant aire ambiental.



# Prova de l'hiperoxia

Permet diferenciar cianosis de causa cardíaca o de causa pulmonar







Classificació:

## 1- Cardiopaties NO cianosants:

la sang arterial passa al costat dret.

1.1) Amb augment de flux pulmonar (curtcircuit esquerra-dreta predominant): CIA, CIV (la + freqüent), ductus arteriós, etc).

1.2) Sense augment del flux pulmonar (sense curtcircuit): CoA, estenosis pulmonar...

2.- **Cardiopaties cianosants:** la sang venosa es barreja amb la sang arterial.

2.1.) Amb disminució flux pulmonar (curtcircuit dreta-esquerra predominant): Tetralogia de Fallot, atrèsia tricúspidea, etc.

2.2.) Amb augment del flux pulmonar:  
ventricle únic, cor dret hipoplàsic, TGV

**És depenent de DUCTUS?**

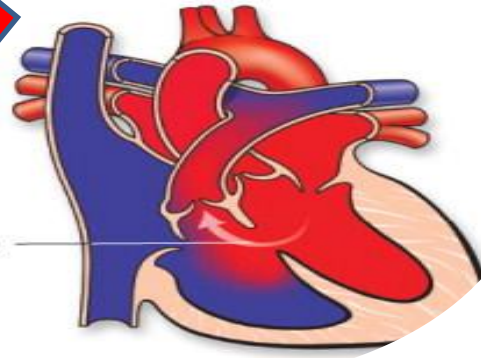
CIA: Comunicació Inter Auricular  
CIV: Comunicació Inter Ventricular.  
CoA: Coartació d'aorta.  
TGV: Transposició de Grans Vasos



- Cardiopaties sense defectes anatòmics:
  - Arítmies cardíaques (ECG).
  - Hipertensió Arterial (HTA).
  - Hipertensió Pulmonar (HTP).
- Diagnòstic:
  - Exploració clínica: cianosis, insuficiència cardíaca.
  - Radiografia de tòrax (cardiomegalia).
  - Electrocardiograma (ECG).
  - Ecocardiografia.
  - Cateterisme.
- Tractament:
  - Cirurgia correctora.
  - Cirurgia pal·liativa.
  - Rashkind.

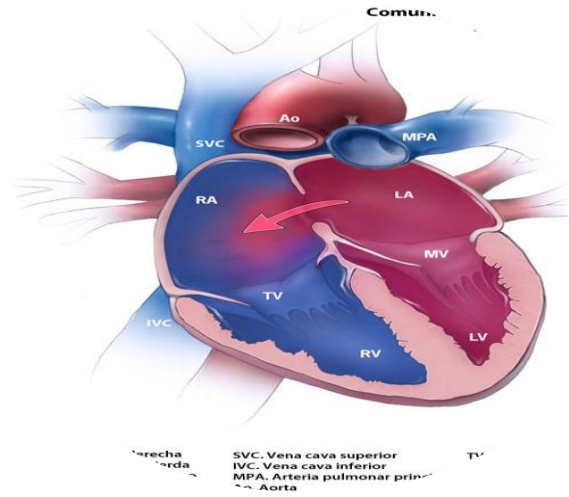


**Defecto septal ventricular**



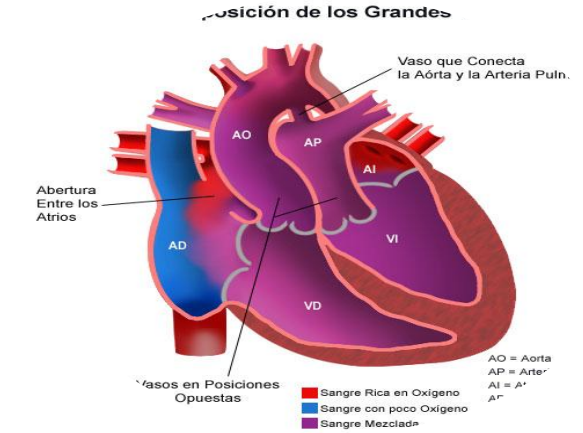
Defecto

**CIV**

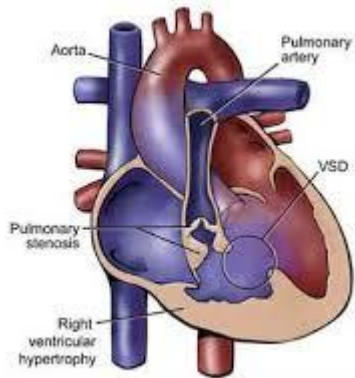


SVC. Vena cava superior  
IVC. Vena cava inferior  
MPA. Arteria pulmonar principal  
Ao. Aorta

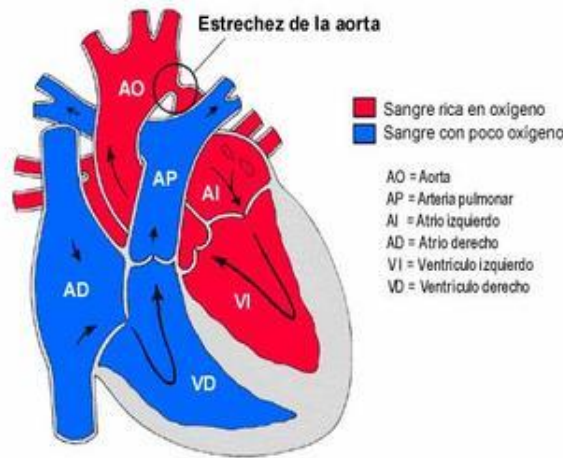
**CIA**



**Transposición Grans Vasos**

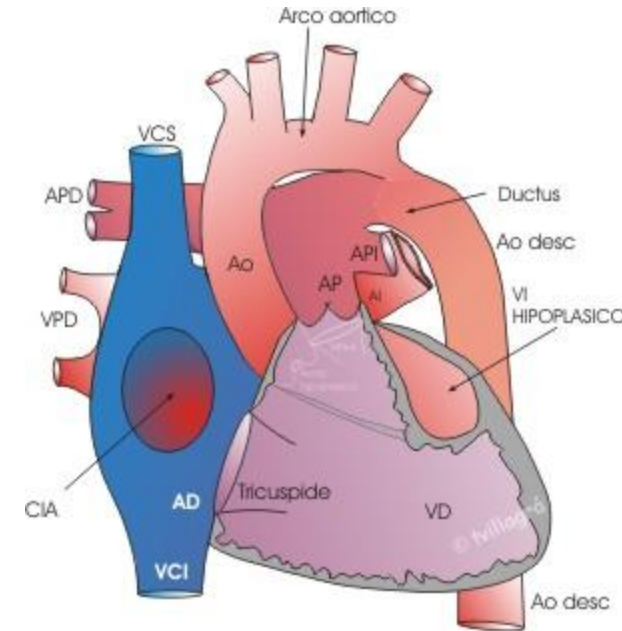


**Tetralogia de fallot**



**CoA**

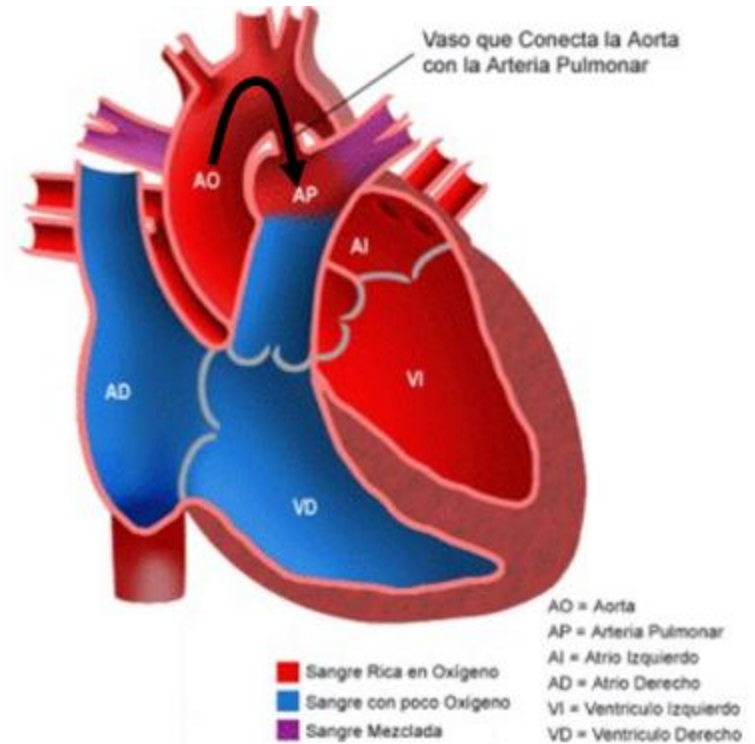
Dif. gradient pre i post ductal si es tanca ductus



**Ventricle Único**

# Ductus arteriós persistent

- Ductus: evita pas pel pulmó fetal.
- Es tanca a les 10-15h.
- Shunt és Dreta-Esquerra. ❌



- **DIGESTIVES**



- Atrèsies i estenosis del tub digestiu: 80%.

- **Malaltia de Hirschsprung: 10%.**

L'absència de cèl·lules ganglionaras i segment distal intestinal provoca alteració de la seva motilitat (interrupció del peristaltisme).

Homes: dones (4:1)

RECTOSIGMA (80%)

- Malrotació o vòlvul: 6%

- **Ili meconial: 2%**

Oclusió de la llum distal de l'ili per meconi espès. 20% FQ

- Altres: 2 %

- Hernia diafragmàtica

- Defectes de tancament de la paret abdominal: onfalocele y gastrosquísis.





- **UROGENITALS:** agenèsia renal, hipoplàsia renal... (unilateral /bilateral)
- **METABÒLIQUES:** Cribatge neonatal.
- **DEL SISTEMA NERVIÓS:** anencefalia, espina bífida, microcefàlia.



# RESPIRATÒRIES

- Atrèsia de coanes.
- Laringomalàcia congènita.

Soroll en la inspiració (estridor) per col·lapse de la glotis.  
 Conducta expectant  
 Sol cedir amb 18-24mesos.

- Hipoplàsia y displàsia pulmonar



# 4.- CARACTERÍSTIQUES DE LES UNITATS NEONATALS

- **DEFINICIONS:**

- **NEONATOLOGIA:**

“La neonatologia és una branca de la pediatria dedicada a l’atenció del nounat, estigui sa o malalt. Prové etimològicament de l’arrel llatina “natos”, que significa néixer i “logos” que significa estudi, és a dir, l’estudi del recent nascut.”

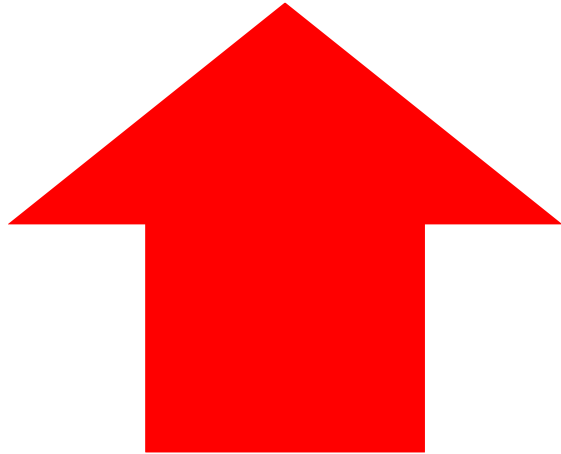
- **UNITAT NEONATAL**

“Unitat hospitalària en la que es proporcionen cures i tractament als nounats fins els 28 dies de vida, o més, en cas necessari”.

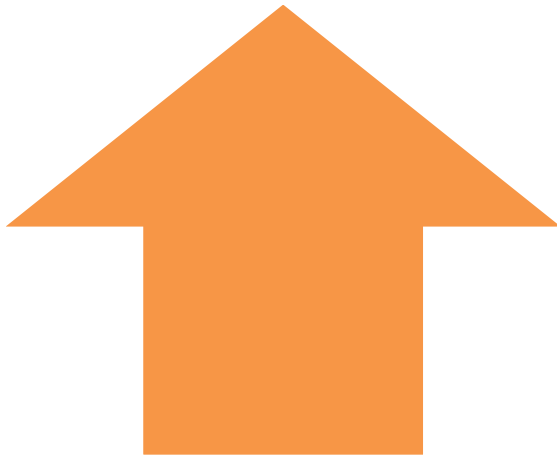
# Cartera de Serveis de Catalunya (GenCat 2008)



Nivell dels hospitals maternoinfantils	Prestació sanitària mínima a garantir	Hospitals
Nivell I	Nadons de > 35 SG sans.	Hospital Vall d'Aran, H. de la Seu d'Urgell, H. comarcal del Pallars, H. de Puigcerdà, Pius H. de Valls, H. Sant Pau i Sta. Tecla, Hosp. <u>Mòra</u> de l'Ebre, H. Sant Jaume d'Olot, H. Campdevànol, H. Santa Caterina, H. De la Selva, H. Sant Bernabé de Berga, H. General de Vic, H. General d'Igualada, H. Sant Jaume de Calella, H. de l'Esperit Sant, F. Privada H. De Mollet, H. Comarcal Alt Penedès, H. Residència Sant Camil, H. S. J. D. de Martorell, H. de Sant Boi i H. Gral. de l'Hospitalet.
Nivell IIA	Nadons de > 32 SG i/o > 1000gr.	Hospital del Mar, Hospital Sagrat Cor, Hospital Verge de la Cinta, Hospital de Figueres, Hospital de Palamós i Hospital de Mataró.
Nivell IIB	Nadons >28 SG i/o > 1000gr.	Hospital Arnau de Vilanova, H. Sant Joan de Reus, H. General de Granollers, Hosp. Mútua de Terrassa i H. de Terrassa.
Nivell IIIA	Nadons <28 SG i/o < 1000gr.	Hosp. Sabadell, H. Joan <u>XXIII</u> , H. Josep <u>Trueta</u> , H. Santa Creu i St. Pau, H. Germans Trias i Pujol i H. Clínic Maternitat.
Nivell IIIB	Nounats per a Cirurgia cardíaca, <u>ECMO</u> , <u>Neurocirurgia</u> , etc.	Hospital Sant Joan de Déu i <u>Hospital Vall d'Hebron</u> .



**RISC:** mesura el grau de compromís general, la necessitat de procediments invasius, de monitorització...

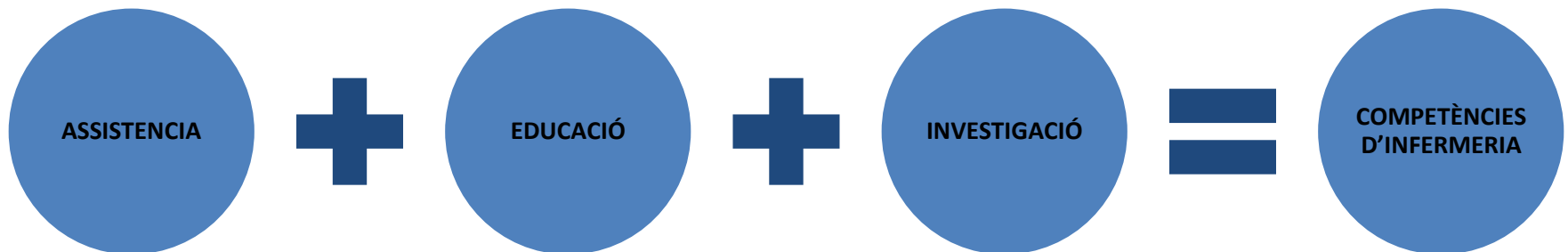


**DEPENDÈNCIA:** mesura la capacitat d'autovaler-se.



# COMPETÈNCIES DE LA INFERMERA NEONATAL

- Ser capaç d'adaptar-se als canvis imprevistos o programats.
- Integrar-se en equips de treball i participar activament.
- Respectar i valorar la diversitat cultural (costums, creences, idees...).
- Realitzar un registre de qualitat per assolir els objectius de seguiment així com per afavorir la investigació.
- Investigar i fer recerca.





## ORGANITZACIÓ DELS NADONS SEGONS EL TIPUS DE CURES QUE PRECISEN:

- ❖ **Unitat de Cures Intensives (UCI):** Recent Nascut (RN) amb patologia greu.
- ❖ **Unitat de cures intermèdies:** RN amb patologia moderada.
- ❖ **Unitat de cures bàsiques:**  
RN amb patologia lleu.



## **MATERIAL FUNGIBLE:**

- Incubadores/ bressols tèrmics (amb servocontrol)/ bressols/ baby warmer/incubadora de transport/ incubadora de Ressonància Magnètica (RNM).
- Aparatatge pel suport respiratori: respiradors, CPAP (arabella, infantflow...), cànules d'alt flux, òxid nítric, etc.
- Monitors multiparamètrics.
- Bombes d'infusió (bombes per RNM)
- Equips de fototeràpia.





- **DISTRIBUCIÓ DEL BOX:**

- Zona nadó (incubadora/bressol + butaca+ monitor+ respirador+ bombes+ ordinador+ llum individual).
- Zona de rentat de mans.
- Zona de preparació de medicació.
- Zona de preparació d'alimentació.
- Carro de material per intubació endotraqueal.
- Carro d'aturada cardiorrespiratòria.

# **BLOC 3: EL NEN MALALT**

Elena Carrillo Messa  
[ecarrillo@umanresa.cat](mailto:ecarrillo@umanresa.cat)

# TEMES

- Tema 1: Problemes prenatals
- **Tema 2: Alteracions de la salut del Nadó**
- Tema 3: Alteracions de la salut de la Infància
- Tema 4: Alteracions de la salut a l'Adolescència

# TEMA 2: ALTERACIONS DE LA SALUT DEL NADÓ -CONTINGUTS -

- 1.- Atenció al nadó d'alt risc: concepte i característiques.
- 2.- Cures infermeres al nadó d'alt risc durant les primeres hores de vida.
- 3.- Cures infermeres al nounat preterme.
- 4.- Cures infermeres al nounat postterme.
- 5.- Atenció d'infermeria als fills amb patologia materna: fill de mare diabètica, consumidora de tòxics i HIV positiu.
- 6.- Cures infermeres al nadó amb hiperbilirrubinèmia.
- 7.- Cures infermeres al nadó amb alteracions de la temperatura.

# 1.- ATENCIÓ AL NADÓ D'ALT RISC

“Recent nascut (RN) amb qualsevol pes o edat gestacional (EG) que pels seus antecedents materns, familiars o del propi part té una major possibilitat a morir, emmalaltir o patir trastorns del desenvolupament, en relació a la població en general”.

“El nadó d'alt risc presenta inestabilitat fisiològica i hemodinàmica (HDM) com a conseqüència d'afeccions congènites, alteracions metabòliques, prematuritat, asfíxia perinatal o problemes durant la gestació pel que requereix cures intensives després del naixement”.

# CARACTERISTIQUES DE LA POBLACIÓ ATESA A LES UNITATS DE NEONATOLOGIA

- PREMATURITAT
- MALFORMACIONS CONGÈNITES
- PÈRDUA DE BENESTAR FETAL
- INFECCIONS
- PROBLEMES CARDIORESPIRATORIS

Aproximadament un 8% dels RN  
necessiten cures especials.



# DIAGNÒSTIC INICIAL

- **PRENATAL**

- Mesures corporals (Perímetre Cefàlic, Fèmur...)
- Líquid amniòtic.
- Edat cronològica segons els dies d'amenorrea (regla de NAEGLE).

- **POSTNATAL**




- Valoració física: maduració (pell, plecs, genitals, orelles...);  
Mètode de Capurro.
- Maduració neuromuscular:  
DUBOWITZ score, Ballard...





# Mètode de Capurro



<b>Forma de la OREJA (Pabellón)</b>	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde sup incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>	 No Palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	_____
<b>Formación del PEZON</b>	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 15	_____
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/4 anterior, Surcos en 1/4 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

Postmaduro: 42 sem o mas  
 A término: 37 a 41 sem  
 Prematuro leve: 35 a 36 sem  
 Prematuro moderado 32 a 34 sem  
 Prematuro extremo < de 32 sem

Puntaje Parcial = \_\_\_\_\_

Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7



# FACTORS QUE ALTEREN L'ADAPTACIÓ NEONATAL

1. Prematuritat.
2. Baix pes.
3. Hipòxia perinatal.
4. Malalties maternes.
5. Malaltia gestacional.
5. Infeccions.
6. Factors socials de risc.
7. Malformacions congènites, malalties hereditàries i genetopaties.



Risc:  
Traslats !  
Hipotèrmia !

## 2.- CURES INFERMERES DURANT LES PRIMERES HORES DE VIDA

### 2.1. VALORACIÓ A LA SALA DE PARTS

- PROFESSIONALS:
  - OBSTETRA
  - LLEVADORA
  - NEONATÒLEG
  - INFERMERA NEONATAL

ENTRENATS EN MANIOBRES BÀSIQUES DE REANIMACIÓ NEONATAL!  
CURES CENTRADES EN EL DESENVOLUPAMENT!  
BEN COORDINATS!



# FASES per la valoració a sala de parts

**1. ESTABILITZACIÓ INICIAL:** assecar, font de calor, posició adequada del coll, netejar via aèria (aspirar s/p), estimulació tàctil (s/p)

## 2. VALORACIÓ:

- NO esperar a la realització del test d'APGAR del 1'.

	0 punts	1 punt	2 punts
Color de la piel (Apariencia)	todo azul	extremidades azules	normal
Ritmo cardíaco (Pulso)	no posee	<100	>100
Reflejos e irritabilidad (Gesto)	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estomudos / tos / pataleo al ser estimulado
Tono muscular (Actividad)	ninguna	alguna flexión	movimiento activo
Respiración	ausente	débil o irregular	fuerte

- Dels 3 paràmetres:

<b>Freqüència Respiratòria (FR)</b>	<b>Si plora, confirmat. Si no, observar freqüència, profunditat i simetria.</b>
<b>Freqüència Cardíaca (FC)</b>	<b>Auscultació, prendre el pols a la base del cordó umbilical o a les artèries braquials i femorals.</b>
<b>COLORACIÓ</b>	<b>Rosada? Si cianosis perifèrica no significa hipoxèmia segura.</b>



### 3. ADMINISTRACIÓ D'OXIGEN

- Si  $FC > 100x'$  + respiració present + cianosis central = administrar Oxigen per flux lliure.

### 4. VENTILACIÓ AMB PRESIÓ POSITIVA

- RN bradicàrdic o apneic:

✘ Puntualment: ambú amb vàlvula de pressió positiva al final de l'inspiració .

✘ Continu: CPAP.

## 5. INTUBACIÓ ENDOTRAQUEAL

- Ventilació CORRECTE ineficaç i/o descens continu de la Freqüència Cardíaca (FC)..
- Si hernia diafragmàtica.
- Si cal massatge cardíac.

## 6. MASSATGE CARDÍAC

- Si després de ventilar ADEQUADAMENT amb pressió positiva al nadó durant 30'' persisteix una  $FC < 60x'$ .

## 7. ADMINISTRACIÓ DE FÀRMACS I FLUÏTS.

## 8. TEMPERATURA



## 2.2. VALORACIÓ A L'ARRIBADA A LA UNITAT

- Monitorització continuada. Registre de:  
FC, FR, TA, SatO2 i T<sup>a</sup>

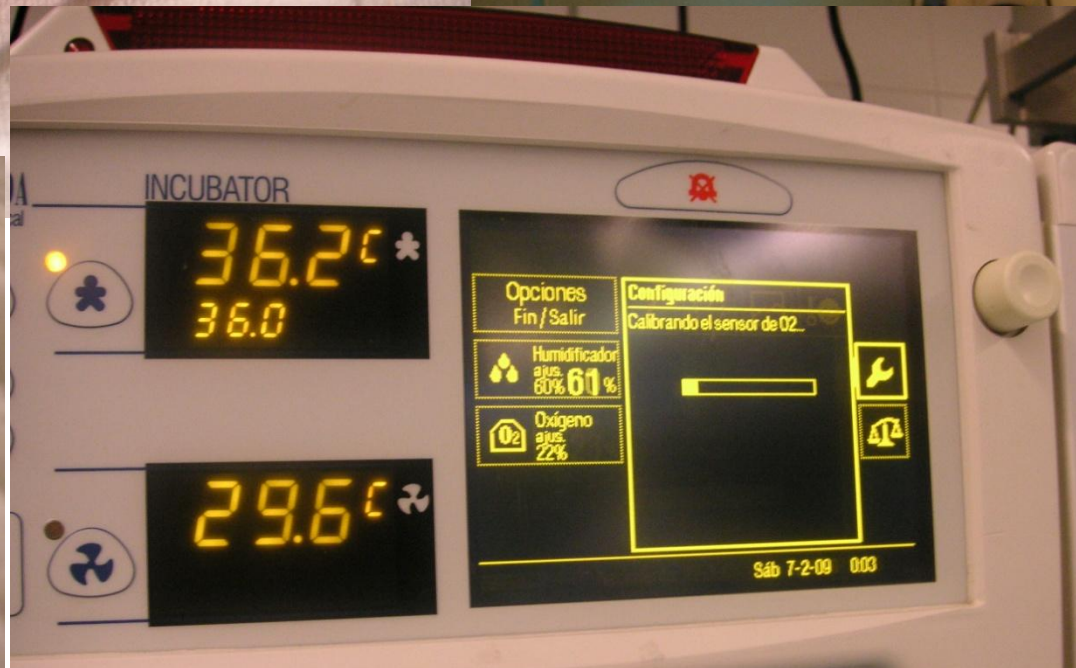
FC (freqüència cardíaca)	120-160x'
FR (freqüència respiratòria)	40-60x'
TA (tensió arterial)	60/40 MmHg (50/30)
SatO2 (saturació d'oxigen)	>92%

**Valors orientatius!  
Varien segons les  
Setmanes de Gestació!**

TAM  
= o > a EG

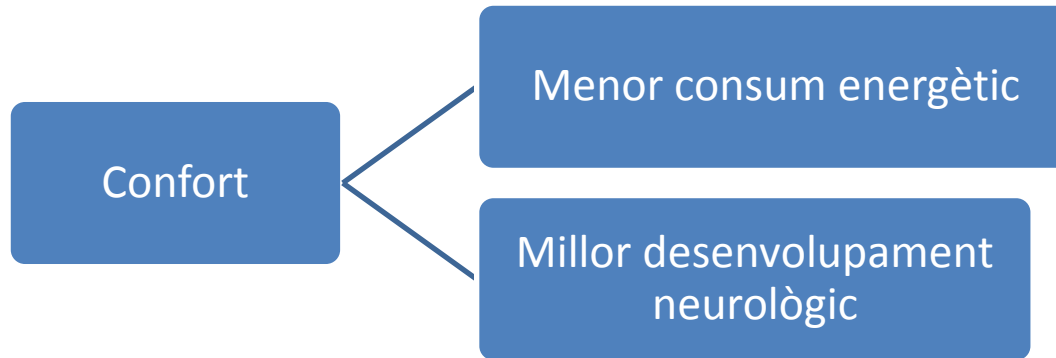
Sat O2  
>95%: RN a terme  
88 - 94%: 28-34SG  
85 - 92 %: <28SG

Tensió Arterial Mitja (TAM) = o > a Edat Gestacional

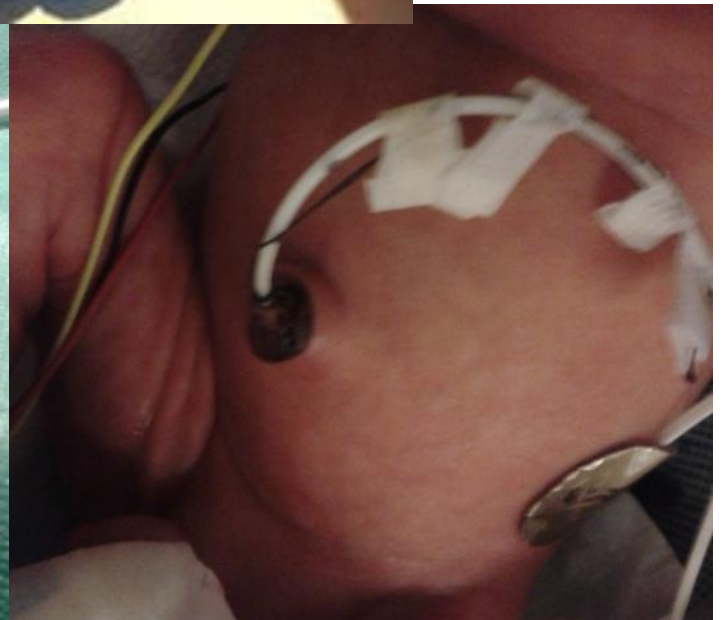




- Proporcionar:



- Precisa accés venós? Quin? Tamany? Qui? Com? Cures? Controls? Fixació?



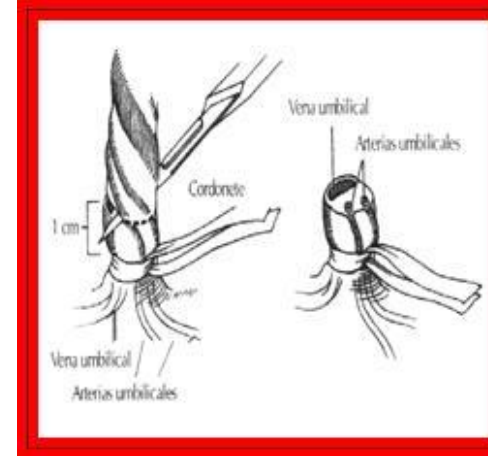
# Via central d'accés perifèric



Procediment  
+  
Fixació

# Catèter umbilical

- Venosa:
  - Serumteràpia (STP).
  - Nutrició parenteral (NTP).
  - Administració de fàrmacs.
  - Exanguinotransfusió.
  - Mesura la Pressió Venosa Central (PVC)
- Arterial:
  - Monitoritzar Tensió Arterial
  - Extraccions
  - Exanguinotransfusió.
  - Ascendeix per l'aorta.



Distancia espatlla- melic

- Cal col·locar sonda nasogàstrica (SNG) o sonda orogàstrica (SOG)? Com?



Boca: zona hipersensible nadons  
 Evitar manipulacions agressives  
 Mirar retencions? Sog?

Succió no nutritiva

Alimentació precoç:

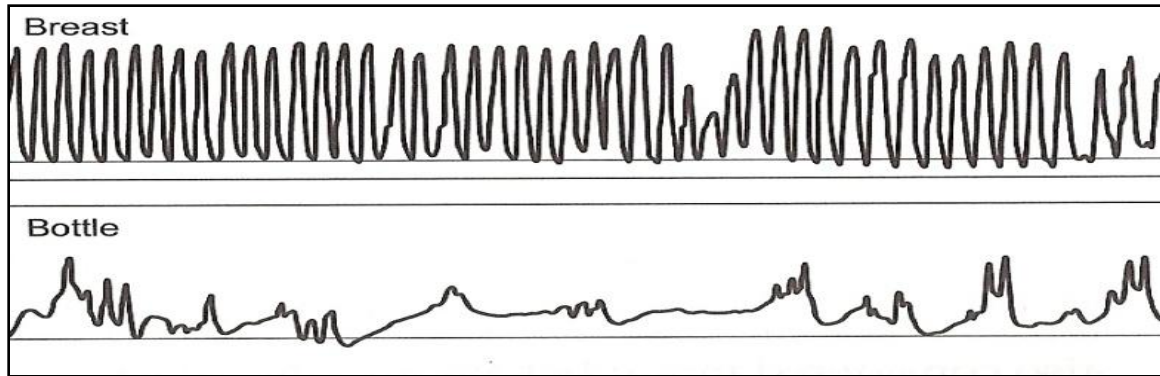
**✘** 2-20cc/kg/dia, ideal Lactància Materna



↓ dies Nutrició Parenteral (NPT)  
 ↓ dies ingrés

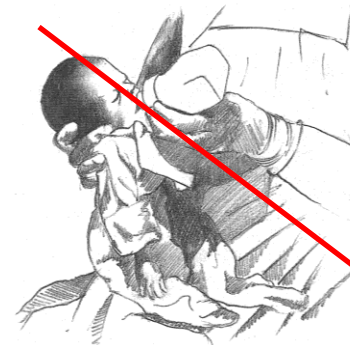
- **Cures infermeres relacionades amb l'alimentació:**
  - Fixar bé la SNG o SOG.
  - Canviar c/72h; revisar integritat cutània.
  - Llet tèbia.
  - Diluir fàrmacs d'alta osmolaritat amb la llet: NaCl, FM85, apiretal, furosemida...
  - Administració lenta: mínim 20 minuts... Individualitzar.
  - Control del pes diari.
  - Succió no nutritiva: promou la succió eficaç, plaer i major velocitat de buidat gàstric.
  - Valorar tolerància vigilant: retencions alimentàries, distensió abdominal i deposicions.
  - Transició progressiva de nutrició parenteral (NPT) a enteral i d'enteral per sonda a pit/biberó.

<31SG: c/2h en bomba o gravetat succió no nutritiva + cangur **X**  
 >33SG: c/3h en bomba o gravetat succió no nutritiva + cangur **X**  
 <34SG: valorar succió-deglució



## Alimentació via oral:

- Abans de donar-li per sonda.
- En estat de vigília.
- Sense gaires estímuls ambientals.
- Posicionament adequat.



- **Valoració constant del seu estat hemodinàmic:**
  - Valoració de l'aparell respiratori: Test de Silverman-Andersen

### **Grau de dificultat respiratòria:**

<b>Paràmetre a valorar</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Disociació toracoabdominal</b>	Normal	Tórax fijo, se mueve el abdomen	Respiración en balanceo
<b>Tiraje</b>	Ausente	Intercostal	Intercostal, supra e infraesternal
<b>Retracció xifoidea</b>	Ausente	Discreta	Intensa
<b>Aleteo nasal</b>	Ausente	Discreto	Intenso
<b>Quejido espiratorio</b>	Ausente	Se oye con fonendo	Audible a distancia

< 1 sense, 1-4 lleu, 5-7 moderada, 8-10 greu.



- La posició li afavoreix a nivell respiratori?
  - Precisa d'algun tipus de suport ventilatori? El que du, és adequat?
- 
- Valoració del sistema circulatori: perfusió, coloració...
  - Valoració de l'aparell locomotor: to, moviment
  - Valoració del sistema neurològic: reflexos...
  - Valoració de l'aparell genital.
  - Valoració de l'aparell abdominal.

- **PLANIFICACIÓ de les cures a realitzar:**
  - Via?: umbilical/abocath/ silàstic?
  - Glicèmia?
  - Analítica general? Hemocultiu? Reserva de sang?
  - Sonda orogàstrica (SOG) versus sonda nasogàstrica (SNG)?
  - Administració de fàrmacs: priorització.
  - Acompanyament al pare: informació, visita...

- ÉS NECESSARI
- ARA
- SOL O AMB AJUDA
- FA MAL
- I DESPRÉS?



# Altres tasques

- Identificació del Recent Nascut
- Antropometria: només pes?  
Talla, Perímetre Cranial, Perímetre abdominal?
- Administració de la vitamina K.
- Profilaxis ocular.
- Informació als pares.

## 2.3. VALORACIÓ DURANT ELS PRIMERS DIES DE VIDA
















- Estat hemodinàmic. Manteniment de constants amb o sense suport inotròpic (FC, TA, Diüresis...) Si empitjorament: Infectat? Ductus obert?
- Valoració del sistema respiratori:
  - milloria/estabilitat/empitjorament?



VALORACIÓ CONSTANT.

Suport respiratori adequat?

# Test Silverman anderson

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Asente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Asente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Asente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

- Instauració/revisió de dispositius:
  - Vies/sondes/tub endotraqueal/drenatges
- Administració del tractament:
  - Endovenós/oral/subcutani/endotraqueal/intra muscular.
- Mesures de confort: mínimes manipulacions, control de l'entorn, cangur, contenció, sacarosa...
- Valoració de la pell: coloració, aspecte... cal la higiene diària?

- Administració de l'alimentació:
  - Què? Lactància Materna (LM),  
Lactància Artificial (LA),  
Pit, mixta..
  - Com? Gravetat, c/2h, c/3h,  
Biberó?
  - Succió no nutritiva?
  - Control tolerància: retencions?
  - Amb Nutrició parenteral (NTP)/  
Amb Serumteràpia (STP)?
  - Control de glucèmies?
- Preparació per Intervenció Quirúrgica (IQ).
- Suport als pares: informació, participació,  
cangur...



- Si cal fer higiene:
  - Contenció.
  - Dues persones.
  - En Decúbit Lateral (DL) .
  - Aprofitar per fer canvi postural suau.
  - Recent Nascut Prematur Extrem (RNPE) amb Aigua per Injecció (API), a dins incubadora; la resta amb aigua i sabó (dins o fora).
  - Canvi bolquer.
  - Cura melic o via umbilical.
  - Canvi llençols s/p.
  - Crema perianal?
  - Hidratació?

No estressar al nadó.  
Si cal posposar les cures.  
INDIVIDUALITZAR

### 3.- CURES INFERMERES AL NOUNAT PRETERME

## PREMATURITAT

- DEFINICIÓ

“Nadó que neix després de les 20 Setmanes de Gestació (SG) i abans de completar la setmana 37 de gestació”.

- CLASSIFICACIÓ (en discussió)

- 20-27 SG: prematuritat extrema.
- 28-31 SG prematuritat severa.
- 32-34 SG prematuritat moderada.
- 34-36 SG prematuritat lleu

- < 28 SG: extremadament prematur (10%)
- 29-32 SG: molt prematur (20%)
- 33-37 SG: moderadament prematur (70%)

# FACTORS DETERMINANTS DE LA SUPERVIVÈNCIA

- EDAT GESTACIONAL (SG)
- PES AL NAIXEMENT (gr.)



**RN a terme: de la 38SG fins a la 42 SG**

**AEG: Pes adequat a l'EG**

**RN preterme: <38SG**

- RNPT lleu: 35 a 37 SG
- RNPT moderat: 32 a 34 SG
- RNPT extrem: < de 32 SG
- RN gran immadur: <27SG

**PEG: Petit per l'edat gestacional**

- RN de baix pes al néixer (1500-2500gr.)
- RN de molt baix pes (1000-1500gr).
- RN d'extrem baix pes (<1000gr).

**RN posterme: >42 SG**

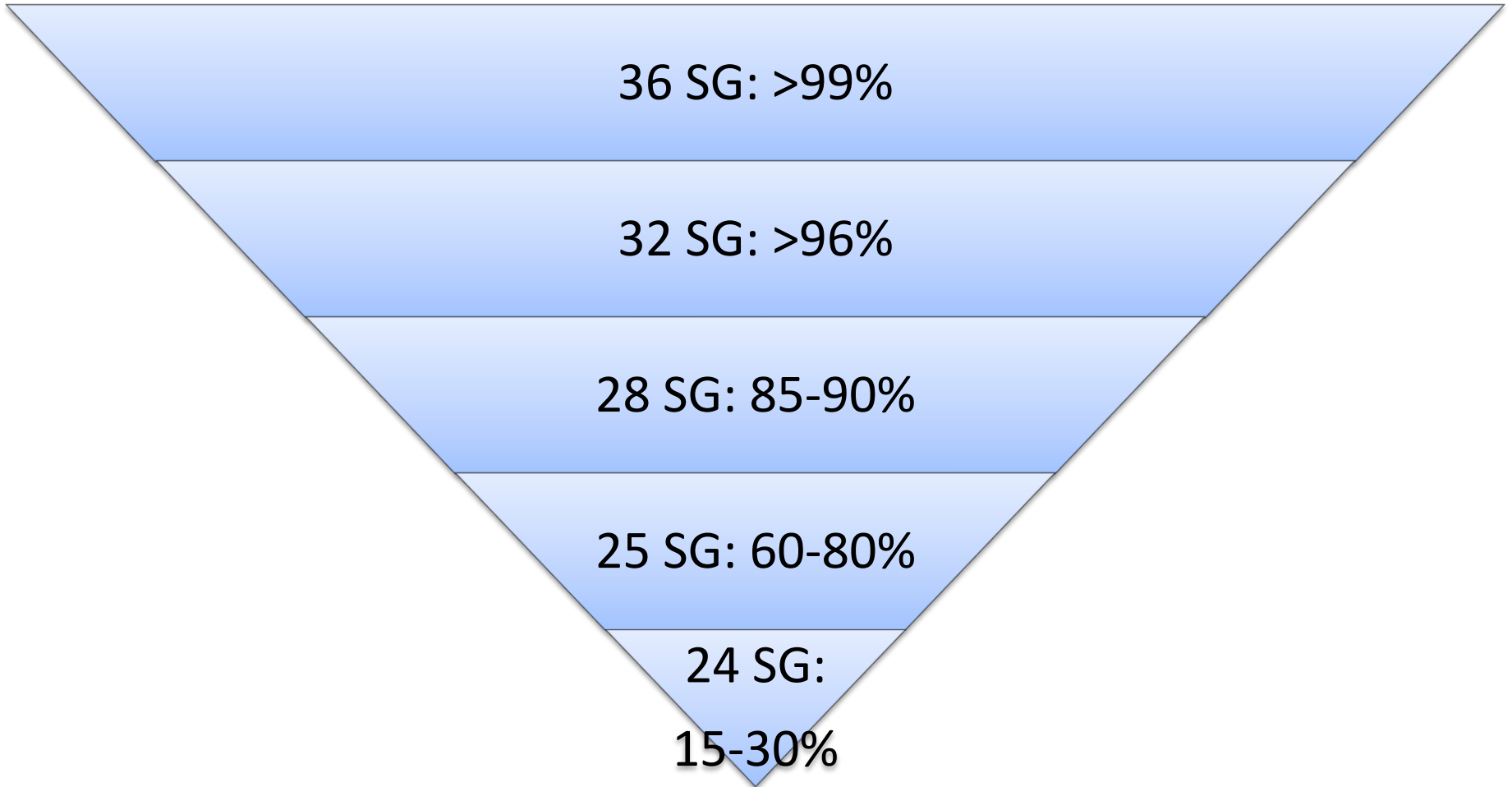
**GEG: Gran per l'edat gestacional**

# PRONÒSTIC COMPROMÈS

- Gran inestabilitat.
- Immaduresa (en els RNPT).
- Possibilitat de dany permanent a algun sistema.
- Perill vital.
- Alteracions en el desenvolupament a mitjà i llarg termini.



# SUPERVIVÈNCIA



- **ETIOLOGIA**

1) Part prematur **idiopàtic** (espontani).

2) Part prematur resultant de **Ruptura prematura de membranes**.

3) Part prematur **iatrogènic** o que resulta de la **interrupció mèdica** prematura de l'embaràs per causa materna i/o fetal (indicació mèdica).

- **FACTORS BIOLÒGICS ASSOCIATS A LA PREMATURITAT**

Antecedents de part prematur.

Període intergenèsic <1any.

Síntomes de part prematur.

Ruptura prematura de membranes.

Incompetència cervical.

Gestació múltiple.

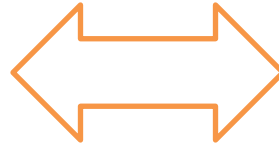
Baix pes preconcepcional (insuficient augment de pes durant l'embaràs).

- **FACTORS SOCIALS ASSOCIATS A LA PREMATURITAT**
  - Nivell socioeconòmic baix.
  - Malnutrició.
  - Mare soltera.
  - Edat materna (molt jove i >35 anys).
  - Talla baixa (<150cm).
  - Consum de tòxics: tot tipus de drogues.
  - Manca d'algun control de la gestació.
  - Jornades laborals llargues i/o amb esforç físic.
  - Estrès.



# TRETS DE LA PREMATURITAT

**PREMATURITAT**



**IMMADURESA**

1. Immaduresa pulmonar.
2. Immaduresa cardiovascular.
3. Immaduresa cutània.
4. Immaduresa gastrointestinal.
5. Immaduresa hepàtica.
6. Immaduresa renal.
7. Immaduresa del sistema nerviós.
8. Immaduresa del sistema immunitari.
9. Immaduresa del sistema endocrí.

# 1. IMMADURESA PULMONAR



Consequències de l'òrgan o sistema afectat	Patologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dèficit de síntesis de surfactant.</li> <li>- Immaduresa del centre respiratori.</li> <li>- Reabsorció del líquid pulmonar.</li> <li>- Immaduresa anatòmica.</li> <li>- Debilitat de la musculatura respiratòria.</li> <li>- Escàs desenvolupament alveolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membrana Hialina (EMH).</li> <li>Apnea del prematur.</li> <li>Destret transitori.</li> <li>Insuficiència respiratòria del Prematur.</li> <li>Col·lapse alveolar.</li> <li>Atelèctasi .</li> <li>Broncodisplasia Pulmonar(BDP)</li> </ul>

Per excés d'O2: retinopatia del prematur

# 2. IMMADURESA CARDIOVASCULAR



Consequències de l'òrgan o sistema afectat	Patologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendència a la hipotensió.</li> <li>Hipertensió pulmonar.</li> <li>Immaduresa control vasomotor del ductus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menor perfusió als òrgans: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cervell (leucomalaciaperiventricular.)</li> <li>-Budells (enterocolitis necrotitzant).</li> <li>- Ronyó (necrosis tubular aguda).</li> </ul> </li> <li>Circulació fetal persistent.</li> <li>Ductus persistent; insuficiència cardíaca.</li> </ul>

# 3. IMMADURESA CUTÀNIA

Els RN tenen una **superfície corporal excepcionalment gran** en relació amb la seva massa corporal.

- Termoregulació extremadament difícil.
- Pèrdues insensibles d'aigua.
- Tendència a la hipotèrmia i deshidratació.

**Manca d'estrat corne**

(capa callosa més externa de la pell):

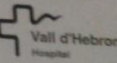
- <r protecció a les infeccions.
- >rs erosions cutànies (apòsits, elèctrodes...)
- >r risc a cremades (SatO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub> transcutània...)
- >r absorció de substàncies (betadine, emla, solucions alcohòliques...).



- Control de la T<sup>a</sup> Corporal.
- % humitat segons les setmanes de gestació (SG)



TABLA HUMEDADES ACTUALIZADA  
 HVH última revisión junio 2010



SG	0-7 días	8-14 días	14-21 días	21-28 días
23-26 SG	85%	50%	50%	50%
27-30 SG	70%	50%	50%	-----
31-34 SG	60%	50%	-----	-----
> 35 SG	50% (Valorar)	-----	-----	-----

# 4. IMMADURESA GASTROINTESTINAL

- Immaduresa del tracte intestinal.
- Escassa capacitat de l'estómac.
- Descoordinació succió/deglució/respiració.
- Reflux gastroesofàgic.
- Trànsit alentit; retencions alimentàries.
- Tolerància difícil. Enterocolitis Necrotitzant.
- Evacuació lenta i difícil.
- Dèficits nutricionals: absorció de greixos, vitamines liposolubles...
- Solen precisar de Nutrició Parenteral total o parcial.
- Major risc de broncoaspiració.
- Tendència a l'hipoglucèmia... (Manquen les reserves energètiques al final de la gestació)



## 5. IMMADURESA HEPÀTICA

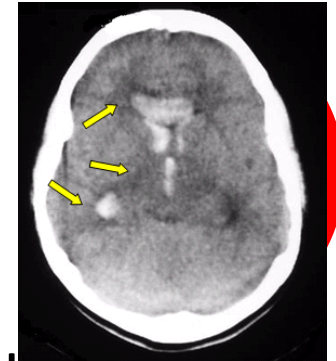
- Hiperbilirrubinèmia

## 6. IMMADURESA DEL SISTEMA RENAL



- Edema fisiològic (desapareix cap als 7-10 dies)
- Dificultat en l'equilibri hidroelectrolític: elevada pèrdua de bicarbonat i sodi.
- Risc a hipocalcèmia precoç: des del naixement  
Sèrum Glucosat amb Calci. >2on-3er dia: + ions.

# 7. IMMADURESA DEL SISTEMA NERVIÓS



- Hemorràgies cerebrals: per hipertensió arterial (HIA).
- ✘ • Leucomalacia periventricular (infarts de la substància blanca periventricular = necrosi per hipotensió arterial (hTA)).
- Escassa coordinació del reflex de succió/deglució.
- Immadura del tronc cerebral (responsable de l'apnea del Premat)



Ecografia transfontanel·lar

# 8. IMMADURESA DEL SISTEMA IMMUNITARI

- Ineficaç immunitat general.
- Ineficaç immunitat específica.
- Escassa barrera cutània, mucosa i intestinal.
- Escassa reacció inflamatòria.
- Alta disseminació d'infeccions (incapacitat de limitar la infecció a un territori orgànic):

A més dispositius,  
major risc d'infecció!  
Tub endotraqueal, vies,  
SV...

**INFECCIÓ RNPT = greu i generalitzada:  
SEPSIS**





# PROBLEMES SECUNDARIS A LA IATROGÈNIA

- Anèmia.
- Catèters.
- Pneumotòrax.
- Extravasació de les infusions endovenoses.

# COMPLICACIONS A CURT TERMINI

- A. Apnees del prematur.
- B. Anèmia.
- C. Hemorràgia intraventricular i leucomalacia periventricular.
- D. Infecció o sèpsis.
- E. Hipoglucèmia.
- F. Membrana hialina.
- G. Icterícia.
- H. Conducte arterial persistent.
- I. Enterocolitis necrotitzant.

# COMPLICACIONS A LLARG TERMINI

- A. Displàsia broncopulmonar.
- B. Retard de creixement i desenvolupament.
- C. Retard o discapacitat mental o física.
- D. Retinopatia de la prematuritat.

# APNEES DEL PREMATUR

- PAUSA RESPIRATÒRIA caracteritzada per:
  - Durada > 15-20''.
  - Canvi en la coloració de la pell (pàl·lid o cianòtic).
  - Associar-se amb una disminució de la freqüència cardíaca (FC).

L'APNEA pot ser una manifestació d'una infecció, hemorràgia, anèmia, ductus persistent...

Tractament: CAFEINA

- 50 % dels RN amb pes al néixer < 1500 gr.
- 92 % dels RN amb pes al néixer < 1250 gr.
- 95 - 100% dels RN abans de les 28 Setmanes de Gestació.

# SINDROME DE DIFICULTAT RESPIRATÒRIA

- Conegut com a: **MEMBRANA HIALINA.**
- Clínica al néixer o les 1eres hores de dificultat respiratòria moderada o intensa amb polipnea, tiratge costal i xifoide, gemec, aleteig nasal i cianosis a l'aire ambient.
- **CAUSES:**
  - RNPT: Immaduresa bioquímica (surfactant), morfològica i funcional.
  - Dèficit transitori del surfactant.

## Diagnòstic:

- Radiografia de tòrax (RX): pulmó blanc.
- Gasos arterials: pH baix, pCO<sub>2</sub> alta, pO<sub>2</sub> baix, bicarbonat baix.
- Tractament:
  - Surfactant intratraqueal = augment de capacitat residual funcional.
  - CPAP nasal = ídem.

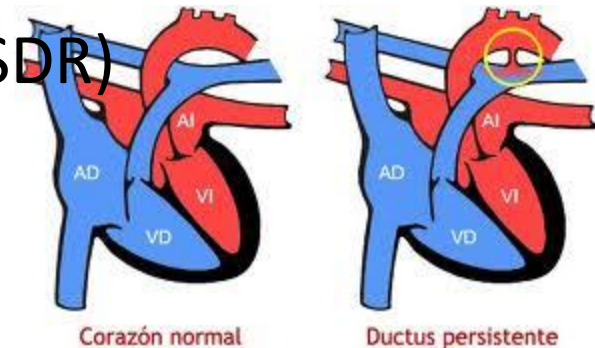
# CONDUCTE ARTERIAL PERSISTENT

- És una estructura vascular que connecta l'aorta descendent proximal amb l'arteria pulmonar principal. És essencial per la vida fetal i es tanca espontàniament en els recent nascuts a terme (RNAT).

- ✗ **FACTORS DE RISC:** Edat Gestacional + Síndrome de Dificultat Respiratòria (SDR) (dèficit de surfactant).

- ✗ **PREVENCIÓ:**

- Administració d'esteroides a la mare.
- Baix aport hídric (en bolus i continu)



Tancament funcional a les 15h .  
Tancament definitiu a les 3 setmanes.

## DX:

- Clínic : És molt subjectiu l'empitjorament d'un Recent nascut prematur (RNPT) amb Síndrome de Dificultat Respiratòria (SDR) que estava millorant; Apareix retenció de CO<sub>2</sub>, augment dels requeriments d'O<sub>2</sub> i dels paràmetres del respirador.

 - Eco doppler.

## • TRACTAMENT:

Ibuprofè ev. (3 dosis c/24h)

Intervenció quirúrgica: tancament del ductus.



# ENTEROCOLITIS NECROTITZANT

- **DEFINICIÓ:**

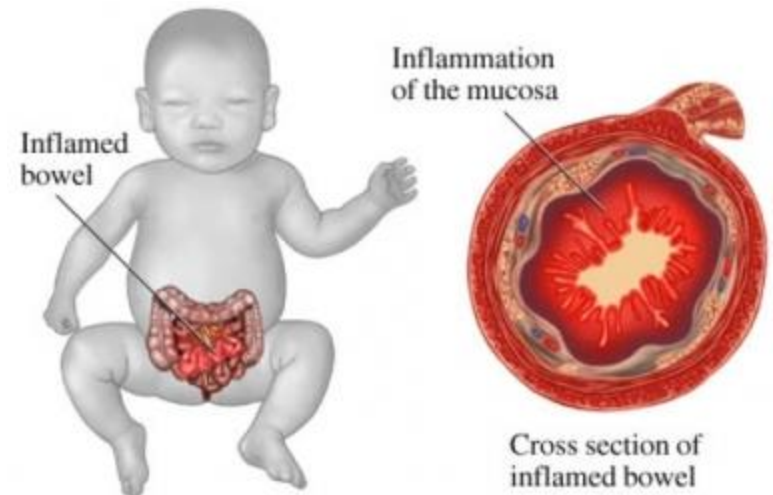
Inflamació de la mucosa (ili terminal) la qual sol acabar amb una necrosis de la paret (amb o sense perforació) amb sobreinfecció bacteriana.

- **FACTORS DE RISC** (multifactorial)

- Prematuritat.
- Lactància Artificial (LA).
- Infecció.
- Isquèmia intestinal.

- **PREVENCIÓ** ( difícilosa i en discussió)

- Corticoides prenatals ?
- Lactància Materna (LM).
- Volum alimentació enteral ?
- Detecció precoç disfunció intestinal.



- **DIAGNÒSTIC CLÍNIC + RADIOLÒGIC**

- Distensió abdominal.
- Retencions gàstriques (bilioses)
- Abdomen dolorós a la palpació.
- Aspecte sèptic.
- Coloració vermell-violeta de la paret abdominal
- Absència de deposicions (heglotest +)

- **TRACTAMENT :**

<b>MÈDIC (50-60% efectiu)</b>	<b>QUIRÚRGIC (30-40%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta absoluta</li> <li>- Sonda gàstrica oberta</li> <li>- Augment de líquids 2-3 setmanes amb Nutrició Parenteral (NPT).</li> <li>- Antibiòtic (ATB)</li> <li>- Catèter umbilical?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Drenatge peritoneal.</li> <li>- Laparotomia amb resecció i anastomosis tèrmino-terminal.</li> </ul>

# DISPLÀSIA BRONCOPULMONAR

- Els **PREMATURS** presenten **BRONODISPLASIA (DBP)** si precisen d'oxigen suplementari  $> 21\%$  durant 28 dies o més.
- **CAUSES:**
  - Prematuritat.
  - Ventilació artificial.
- **PREVENCIÓ:**
  - Evitar ductus arterial persistent.
  - Control de la infecció perinatal.
  - Maduració pulmonar intrauterina amb corticoides.
  - Reanimació adequada a la sala de parts.
  - Administració de surfactant precoç.
  - Restricció de líquids i sodi durant els primers dies.
  - Utilització del CPAP precoçment.
  - Optimitzar la Ventilació mecànica convencional o la Ventilació d'alta freqüència (VAFO).

# RETINOPATIA DEL PREMATUR

- **DEFINICIÓ:**

Desenvolupament anormal dels vasos sanguinis en la retina; comença durant els primers dies de vida i pot progressar ràpidament causant ceguesa en qüestió de setmanes.

- **FACTORS DE RISC:**

- 1- Edat gestacional.
- 2- Pes al néixer.
- 3- Oxigenoteràpia.



- **CLASSIFICACIÓ:** 5 estats (5è: despreniment de retina)

**DX: FONSD'ULL**

- **TRACTAMENT:** Làser.

Peso de nacimiento	ROP II	ROP IV	Ceguera
Menos de 1000 gr.	38 – 54 %	22 – 44 %	5 – 11%
1000 – 1500 gr.	5 – 15 %	0'7 – 3'7%	0'3 – 1'1%
Más de 1500 gr.	0'6 – 3%	0'2%	0%

Velocitat de  
creixement  
intrauterí alterat

# RETARD DE CREIXEMENT

- **CIR** (creixement intrauterí retardat):  
Concepte dinàmic. La seva detecció requereix d'un seguiment (mínim dos mesures) mitjançant ecografia i implica una disminució de la velocitat de creixement del fetus, amb independència dels pes al néixer. Indica que s'ha restringit el seu creixement.



- **PEG** (petit per l'edat gestacional): és un concepte estàtic que empra el pes i/o la talla en el moment del naixement.

## FACTORS DE RISC

- **Causes Fetals:**
  - Anomalies congènites, Cromosomopaties...
  - Bessons discordants.
  - Metabulopaties.
- **Causes maternes:**
  - Malalties mèdiques.
  - Estat nutricional: baix pes abans del naixement, poc guany ponderal durant la gestació..
  - Abús de substàncies-drogues: tabac, alcohol, drogues il·legals, drogues terapèutiques.
- **Causes uteroplacentàries.**
- **Causes demogràfiques:**
  - Talla baixa familiar, edat materna extrema, ètnia, fill previ PEG.

21-39% dels CIR són deguts a addicció materna al tabac; nicotina: efecte vasoconstrictor en la circulació uteroplacentaria.

Durant creixement intrauterí:  
augment de **número i tamany**  
de cèl·lules.

- **CLASSIFICACIÓ:**

- **Simètric o harmònic (pes i talla afectat).**

Inici Retard Creixement Intrauterí (CIR):

1er trimestre gestació.

Talla baixa en edat adulta.

Pronòstic neurològic reservat.

“Catch-up” (creixement recuperador) cap als 5 anys.

El factor PES té menys efectes adversos que el de l'EG.

Afecta al **NÚMERO TOTAL** i **TAMANY** de Cèl·lules.

- **Asimètric o disharmònic (pes afectat). (70%)**

Inici CIR: 3er trimestre gestació.

Tendència a la hipoglucèmia.

Aspecte desnutrit, “vell”, cordó umbilical prim...

“Catch-up” cap als 2-6 mesos.

Afecta al **TAMANY** de Cèl·lules.

Derivació a l'endocrí pediàtric (si als 2 anys no han fet el catch-up).  
Tto: hormona de creixement.



## 4.- CURES INFERMERES AL NOUNAT POSTERME

- Gestació prolongada : >42SG.
- Considerar pes r/a EG

**AEG: Pes adequat a l'EG**



**PEG: Petit per l'edat gestacional**

-RN de baix pes al néixer (1500-2500gr.)

-RN de molt baix pes (1000-1500gr).

-RN d'extrem baix pes (<1000gr).

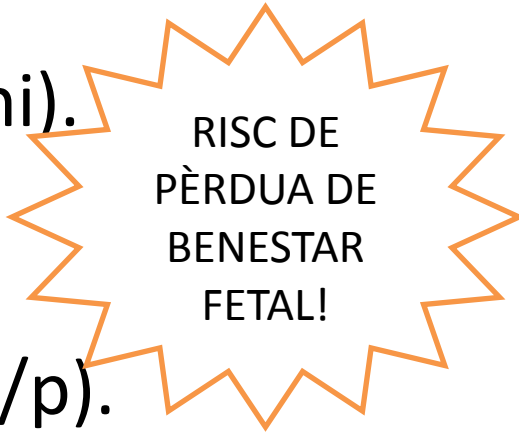
**GEG: Gran per l'edat gestacional**

- PART DE RISC

- R/c Creixement intrauterí Retardat (CIR): desnutrició.
- Hipòxia fetal (insuficiència placentària, compressió del cordó umbilical...).
- Asfixia perinatal (aspiració de meconi).
- Alteracions metabòliques.

- INTERVENCIONS

- Intubació per aspiració de meconi (s/p).
- Control hipoglucèmies (12-24h).
- Control hipotèrmia.
- Nutrició postnatal difícil.



RISC DE  
PÈRDUA DE  
BENESTAR  
FETAL!

- **Control glicèmies:**
  - De manera individualitzada.
  - Espaiant-les progressivament.
  - Fer-les coincidir amb altres extraccions.
  - Punció de taló (escalfar-lo prèviament).
  - Sacarosa o llet materna.
  - Cangur.

- SINDROME D'ASPIRACIÓ MECONIAL (1-2‰)  
Inhalació de líquid amniòtic tenyit de meconi intraúter o intrapart.



Etiopatogènia:

- Obstrucció.
- Reacció inflamatòria.
- Neumonitis química.
- Inactivació del surfactant.
- Tractament: aspiració traqueal rigorosa immediata.

# 5.- ATENCIÓ INFERMERA ALS FILLS AMB PATOLOGIA MATERNA ESPECÍFICA

## 5.1. Fill de mare diabètica

Diabetis gestacional (90%)

Diabetis pregestacional: tipus 1 o 2 (10%)

Diagnòstic: test de Sullivan + corba de glucèmia (s/p).

Si mal control = major risc de complicacions.

## Complicacions:

1.- Hipoglicèmia

2.- Hipocalcèmia

3.- Macrosomia →

- Asfixia perinatal  
- Traumatismes durant el part (fractura de clavícula, paràlisi braquial..)

4.- Major risc de malformacions

5.- Immaduresa funcional 2aria a tractament amb insulina.

6.- Poliglobulia (per major consum O<sub>2</sub>).

## 5.2. Fill de mare consumidora de tòxics

- Complicacions en el nadó depenen de:
  - Tipus tòxics: cocaína, cannabis, alucinògens, amfetamines i/o metadona.
  - Estil de vida
  - Control de la gestació

**MALTRATAMENT  
PRENATAL!**

**X** Tabla II. Patología del hijo de madre drogadicta

<i>Drogas</i>	Depresión sistema nervioso Síndrome de abstinencia Alteraciones neuroconductuales Bajo peso Prematuridad Manifestaciones persistentes Alteraciones del epitelio ciliar Síndrome de muerte súbita
<i>Vía parenteral</i>	Hepatitis B y C Infección VIH Tétanos Sepsis Endocarditis
<i>Estilo de vida</i>	Enfermedades venéreas Malos tratos antenatales y postnatales Abandono postnatal Inadaptación social

- SINDROME D'ABSTINÈNCIA

- Es caracteritza per signes d'hiperexcitabilitat del sistema nerviós central:


Irritabilitat	Badalls
Hiperactivitat	Hipertèrmia
Hipertonia	Regurgitacions i vòmits
Tremolor	Alimentación voraç o rebuig a l'aliment
Plor agut	Diarrea
Convulsions	Esternuts
Sudoració	Taquipnea

 Present:


- 60-70% dels fills de mares consumidores
- Des de les 4h de vida fins als 8-14 dies.




• Valoració: **test de FINNEGAN**

**A. Alteraciones del sistema nervioso central** 

Llanto agudo	2
Llanto continuo	3
Duerme < 1 hora después de comer	3
Duerme < 2 horas	2
Duerme < 3 horas	1
Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
Temblor ligero al ser estimulado	1
Temblor moderado o grave al ser molestado	2
Temblor ligero espontáneo	3
Temblor moderado o grave espontáneo	4
Hipertonía muscular	2
Excoriaciones	1
Mioclonías	3
Convulsiones generalizadas	5

**B. Alteraciones vegetativas y respiratorias** 

Sudoración	1
Temperatura 37.2-38.3° C	1
Temperatura 38.4° C	2
Bostezos frecuentes	1
Erupciones cutáneas fugaces	1
Obstrucción nasal	1
Estornudos frecuentes	1
Aleteo nasal	2
Frecuencia respiratoria > 60/min	1
Dificultad respiratoria y tiraje	2

**C. Alteraciones gastrointestinales** 

Succión con avidez	1
Rechazo del alimento	2
Regurgitaciones	2
Vómitos intensos	3
Heces blandas	2
Heces líquidas	3

**Interpretació de l'Escaleta Finnegan:**

**0-7:** No Síndrome d'Abstinència.

**8-12:** Síndrome d'Abstinència Lleu o Moderat.

**13-16:** Síndrome d'Abstinència Moderat – Sever.

**>16:** Síndrome d'Abstinència Sever.

**La puntuació de 8 o superior, en tres valoracions consecutives, exigeix el tractament amb opiacis i depressors del Sistema Nervios Central (SNC).**

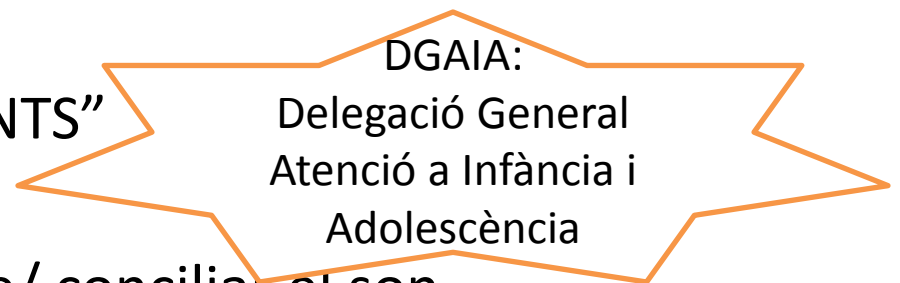
- INTERVENCIÓ INFERMERA
- Contenció.
- Oferir xumet.
- Recolzament familiar.
- Foment del vincle materno-filial
- Orientar als pares sobre com intervenir davant el Síndrome d'abstinència.
- Educació sanitària als pares.
- Seguiment post alta del nadó i la família. Comunicació a DGAIA.

- “MANIFESTACIONS PERSISTENTS”

- Major irritabilitat.
- Dificultat per tranquil·litzar-se/ conciliar el son.

✘ Dificultat per alimentar-se.

Tractament?: fenobarbital (s/p).



## 5.3. Fill de mare HIV positiu

- Objectiu: Evitar la transmissió vertical:
  - Screening universal de tota dona gestant.
  - Teràpia antirretroviral durant la gestació, el part i al nadó.
  - Cesària abans 38 SG (disminueix 50% risc transmissió).
  - Contraïndicada la Lactància Materna (LM).

Confidencialitat del nen i família.

Informar del tractament del nadó: AZT (zidovudina).

0'3% de les menors de 13 anys

# 6.- CURES INFERMERES AL NADÓ AMB HIPERBILIRUBINEMIA

- Conceptes:
  - HIPERBILIRUBINÈMIA: concepte bioquímic que indica una cifra de bilirubina plasmàtica superior a la normalitat (en RN = bili >5mg/dL)
  - ICTERICIA: Concepte clínic que s'aplica a la coloració groguenca de la pell i les mucoses deguda al dipòsit de bilirubina.
    - \*distribució cefalocaudal
    - \*present a orina, llàgrimes, femtes...

Al néixer

- **Eritema fisiològic** (coloració vermella), per què?:
  - Vasodilatació perifèrica.
  - Poliglobúlia fisiològica (Hemoglobina 16-17gr)

24h

- Coloració rosada.

48-72h

- **Icterícia fisiològica:** la bilirubina ve de l'hemoglobina.
- Coloració groga.

Icterícia fisiològica: en el 60% dels nadons a terme.

La vida mitja dels hematies és curta.  
 Al destruir-se, els hematies alliberen hemoglobina.  
 L'hemoglobina és transforma en bilirubina.  
 Excés de bilirubina:  
 -Ronyons immadurs per excretar tanta bilirubina  
 -Bilirubina s'acumula als capil·lars perifèrics = coloració groga..


Duració de 2 setmanes en el  
RNAT (sense LM)  
Increment de bilirubina total  
diària <5mg/dl

- Tipus d'icterícia:

- 1.- **I. Fisiològica:**

Apareix al 2on-3er dia.

 < 12,9mg/dL en Recent Nascut a Terme (RNAT).

 < 15mg/dL en RNPT

- 2.- **I. 2aria LM**

>1 setmana de vida.

Només cal suspendre Lactància Materna durant 24-48h si bilirubina > 18 = rang patològic).

- 3.- **I. per malaltia hemolítica :**

-Incompatibilitat de grup sanguini.

-Incompatibilitat de Rh (+ greu): mare Rh – amb nadó Rh +.

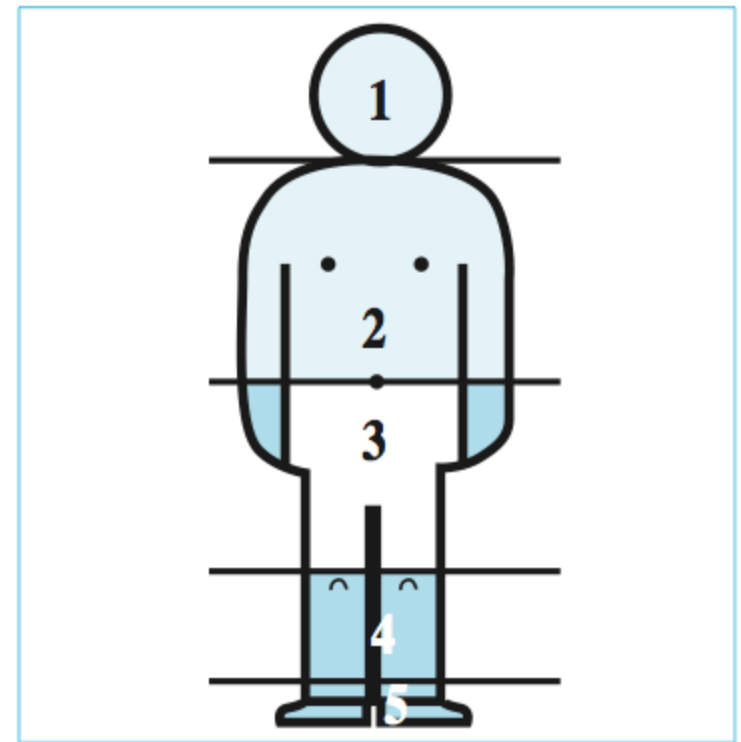
Problemes > 2on fill: els anticossos anti- D travessen la placenta i passen al fetus, destruint els hematies ( el fetus per defensar-se crea molts hematies= eritroblastosis fetal).

Profilaxis:

- administració de gammaglobulina anti-D (IM) post part immediat.

- Diagnòstic

- Clínic.
- BiliRubina transcutània.
- Analítica.



Zona 1: Ictèria de la capçalera i coll = <5 mg/dL  
Zona 2: Ictèria fins a l'omblic = 5-12 mg/dL  
Zona 3: Ictèria fins a les rodilles = 8-16 mg/dL  
Zona 4: Ictèria fins als turmells = 10-18 mg/dL  
Zona 5: Ictèria plantar i palmar = >15 mg/dL



• Tractament:

Segons:

- Grau de bilirubina
- Pes del nadó
- Hores de vida

## 1.- FOTOTERAPIA

Les radiacions lumíniques donen lloc a la fotoisomerització de la bilirubina, amb formació de fotobilirubina, més hidrosoluble.

A 40-50cm de la fototeràpia

Canvis posturals

Contenció?

Ulls tapats

No hidratació

Vigilar Ta corporal i hidratació? Si fototeràpia calenta.

Control analític

Suport emocional pares: separació

Nadons irritables.

Icterícia patològica si inicia abans de les 24h.



## 2.- EXANGUINOTRANSFUSSIÓ

- Tècnica que s'utilitza per mantenir la bilirubina sèrica per sota dels nivells de neurotoxicitat .
- La bilirubina molt alta, passa barrera hematoencefàlica= es diposita al cervell = kernicterus = mort o encefalopatia bilirubínica.
- Intercanvi de dues volèmies.

Entrada: sang total hotline per vena umbilical  
Sortida: el mateix vol i ritme que entra per Arteria.

Umbilical

Controls:

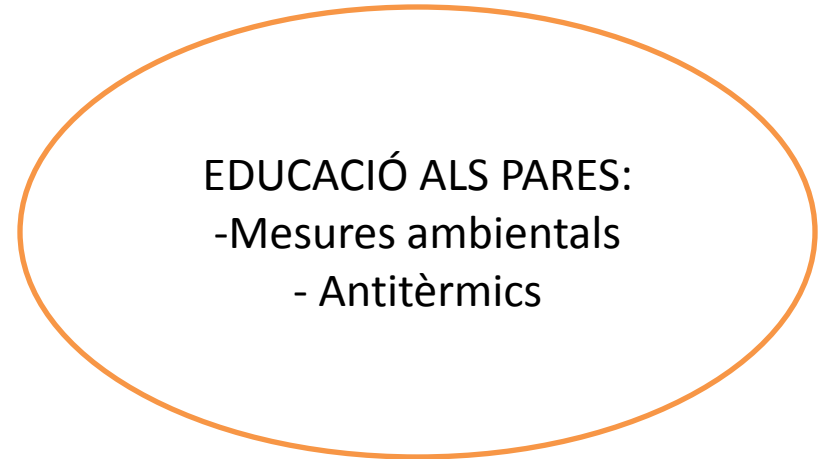
- Deixar al RN amb igual volèmia que abans que l'exanguinotransfussió.
- Monitoritzar.
- Administrar gluconat calci s/p
- Administrar gammaglobulines s/p
- Nadó en dejú
- Mantenir Fototeràpia
- Suport emocional pares.

Ex: RN de 3kg  
(si volèmia RN=85ml/kg)  
intercanvi de 255mlx2 =  
510ml de sang total Rh -,  
en +/- 1h.

# 7.- CURES INFERMERES AL NADÓ AMB ALTERACIONS DE LA TEMPERATURA

1er: Descartar:

- T<sup>a</sup> ambiental elevada.
- Excés de roba.
- Deshidratació.



2on: Tractar:

## 1. MESURES FÍSiques:

- Desabrigar
- Disminuir T<sup>a</sup> ambiental.
- Aplicar cures humides.
- Fer bany amb aigua tèbia (disminució progressiva de la T<sup>a</sup>).

## 2. ADMINISTRAR ANTITÈRMICS

• 2.- ANTITÈRMICS

Via elecció: ORAL

Principis actius:

- Ibuprofè: 10 mg/kg/dosi
- Paracetamol: 7,5-15 mg/kg/dosi



- **Signes d'alarma:**

< 3 mesos:  $T^a > 38^{\circ}\text{C}$

Febre >48-72h

$T^a > 40,5^{\circ}\text{C}$

Convulsions

Petèquies (taques hemorràgiques, no desapareixen amb pressió).

Alteració estat general nen: canvis conductuals // canvi nivell de consciència.

Dificultat respiratòria

Alteració funció renal: disúria, poliúria, etc

- **Hipotèrmia**

<35°C

major risc dels nadons que presenten: > superfície corporal i < teixit subcutani.

Produeix: > activitat metabòlica ( >r consum d'O<sub>2</sub>).

Si > 29°C: NO regulació tèrmica: vasodilatació, alteració cardíaca i del Sistema Nerviós Central (SNC) = apnea / asistòlia.

Augment T<sup>a</sup> progressiu i lent.



## 8.- Programes de suport als nens amb deficiències o risc de patir-les

- **Programes d'atenció precoç:**

“ conjunt d'intervencions dirigides a la població infantil de 0 a 6 anys, a la família i a l'entorn que tenen per objecte donar resposta el més aviat possible a les necessitats transitòries o permanents que presenten els nens amb trastorns en el seu desenvolupament o que tenen risc de patir-los.

Objectiu: potenciar al màxim el desenvolupament dels nens que presenten deficiències i propiciar la seva integració escolar i social, així com la seva autonomia.

com?: Equip interdisciplinar: rebre ajuda en la seva àrea deficitària.

Respectant el seu propi ritme.

Fonamentant la intervenció en aspectes relacionals, lúdics i funcionals.

Cooperació pares i professionals.

# BLOC 3: EL NEN MALALT

Tema 1: Problemes prenatals.

Tema 2: Alteracions de la salut del Nadó.

**Tema 3: Alteracions de la salut de la Infància.**

Tema 4: Alteracions de la salut de l'Adolescència.

# TEMA 3: ALTERACIONS DE LA SALUT DE LA INFANCIA -CONTINGUTS -

- 1.- El procés de malaltia des del punt de vista del nen i la família.
- 2.- Malalties més comunes en la infància.
- 3.- Mesures preventives davant processos infecciosos.
- 4.- Síndrome de mort sobtada, atenció infermera.

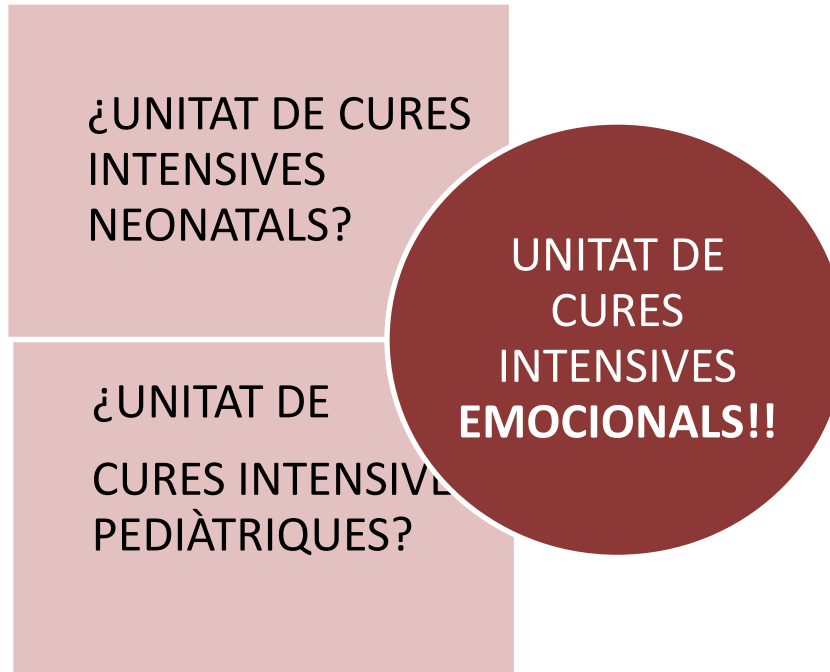


# 1.- EL PROCÉS DE MALALTIA DES DEL PUNT DE VISTA DEL NEN I LA FAMÍLIA

- **Factors que intervenen en l'hospitalització i el seu benestar emocional:**
  - 1.- El nen hospitalitzat.
  - 2.- La malaltia.
  - 3.- La família.
  - 4.- Les xarxes socials.
  - 5.- Els professionals assistencials.
  - 6.- La institució hospitalària.

No hi ha nens malalts sinó famílies malaltes.

- **Vivències de l'hospitalització varia segons la fase:**
  - Ingrés programat.
  - Ingrés via urgències.
  - Inducció anestèsica i quiròfan.
  - Ingrés a planta.
  - Ingrés a Unitats de Cures Intensives (UCIs).



## Evolució de la implicació de la família del nen, la nena o l'adolescent hospitalitzat

Família absent

Família acompanyant

Família participant

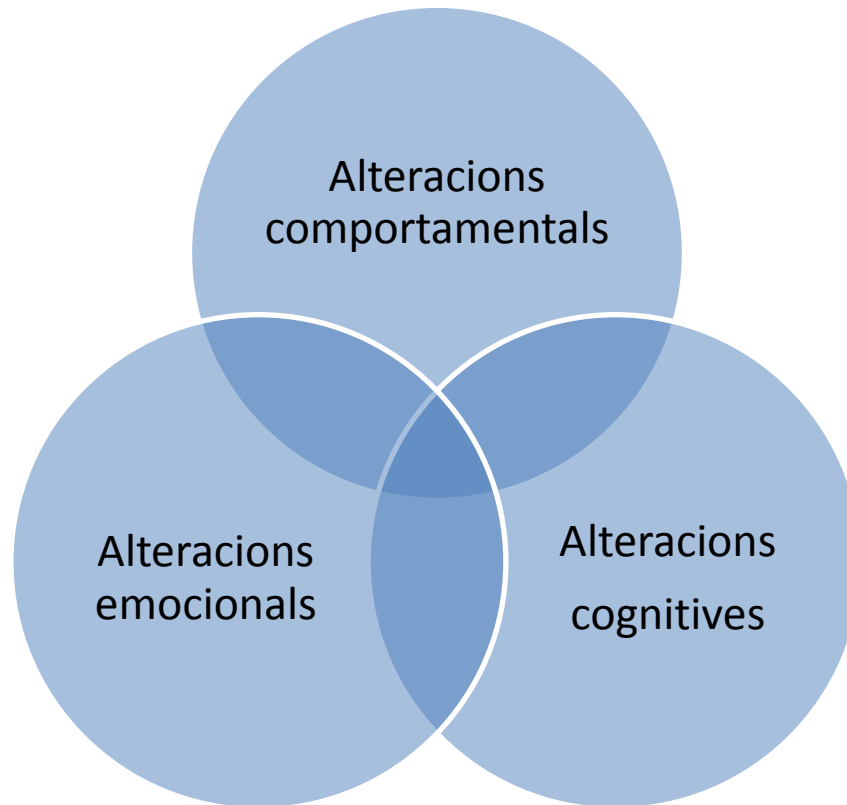
Família integrant

- **Factors més estressants relacionats amb l'hospitalització:**
  - 1.- La pròpia malaltia: naturalesa, evolució, gravetat, seqüeles.
  - 2.- Els procediments mèdics: causant de terror i dolor (Punció Lumbar, injeccions, Intervencions Quirúrgiques..)
  - 3.- El context sanitari és un medi estrany: olor, disseny, indumentària, etc.
  - 4.- Les alteracions de les rutines: pèrdua autonomia, interrupció activitats de la vida diària.
  - 5.- Les relacions personals: amb els pares (separació i ansietat paterna), amb professionals(relacions distants), amb si mateixos (sols i dependents).
  - 6.- La identitat: despersonalització, pèrdua de control i autonomia, limitació mobilitat.
  - 7.- La manca d'informació.



- **Factors de major risc:**
  - Estades llargues i contínues.
  - Intervencions d'alt risc o invasives.
  - Alteració d'alguna part del cos.
  - Experiències mèdiques prèvies negatives.
  - Nen amb fòbia mèdica.
  - Problemes de relacions personals (freqüents en nens crònics).
  - Ansietat excessiva a la separació.

- **Síntomes d'alteració del benestar emocional del nen hospitalitzat:**



## 2.- MALALTIES MÉS COMUNES A LA INFÀNCIA

### • 2.1. GASTROENTERITIS

Trastorn inflamatori agut de l'aparell digestiu que es manifesta per vòmits i diarrees.

#### Causa:

- Gèrmens bacterians (salmonel·la, estafilococ), paràsits, virus (rotavirus, 60%).
- No infecciosa: Al·lèrgia alimentària.  
2aria a Antibiòtic (ATB).

## Manifestacions clíniques:

- Diarrea.
- Febre.
- Vòmits freqüents.
- Pèrdua de pes.
- Mal estat general (MEG).

## Tractament:

- Dietètic?
- Simptomàtic.
- Farmacològic: no antibiòtics (ATB) ni antidiarreics.



## 2.2. REFREDAT COMÚ

Procés infecció més comú en la infància (rinovirus, adenovirus).

### Clínica:

- Febre.
- Obstrucció nasal.
- Vòmits i diarrea.
- Irritabilitat, inquietud.

### Tractament (tto):

- Rentats nasals (pre àpats, pre dormir).
- Hidratació oral.
- Paracetamol: antitèrmic/analgèsic.
- No antibiòtics (ATB).

## 2.3. FARINGITIS

Inflamació orofaríngea, amb mal de gola.

Clínica:

- Mal de gola.
- Febre.
- Nàusees.
- Vòmits.
- Mal estat general (MEG).

Tto: Víric (simptomàtic);

Bacteriana (si frotis strepto +):

antibiòtic penicilina+ simptomàtic.

## 2.4. OTITIS MITJA AGUDA

Infecció del timpà; envermellit i bombat o trencament del timpà amb supuració.

Causa: Trompa d'eustaqüi més curta, ampla i recta = > pas de gèrmens de nasofaringe a Oïda Mitja.- >6m – 2 a.

Clínica:

- Irritabilitat.
- Dolor.
- Anorèxia.
- Febre.

Tractament: amoxicil·lina, analgèsics, antitèrmics, calor local.

## 2.5. BRONQUIOLITIS

Malaltia respiratòria aguda en menors de 2 anys, 2aria a la inflamació de les vies respiratòries inferiors (hivern), amb sibilàncies i “atrapament” de l’aire a l’expiració.

Causa: Virus Respiratori Sinticial (VRS) (95%)

Clínica:

- Rinorrea.
- Tos → vòmit.
- Febre no alta.
- Treball respiratori augmentat: taquipnea, retraccions, hipoxèmia, aleteig nasal, etc.

Tractament:

- Hidratació via oral o endovenosa.
- Oxigenoteràpia
- Broncodil·latadors? corticoides?

## 2.6. INFECCIÓ URINÀRIA

- ✘ 50% nens amb IU tenen uropatia.
- ✘ 25% nens amb IU tenen reflux vèsico-uretral.

### Prevenir:

- Estudiar si és o no uropatia.
- Pautar Antibiòtic a dosis baixes.
- Cal control periòdic: sediment, urocultiu.

### Simptomatologia:

- Nen petit: febre, vòmits, diarrea i estancament de ponderal.
- Nen gran: símptomes gastrointestinals, disuria, polaquiuria.

### Tractament: Antibiòtic + líquids.

# CURES INFERMERES I EDUCACIÓ SANITÀRIA

- Si **problemes respiratoris** cal:
  - Mirar Freqüència Respiratòria (varia segons l'edat).
  - Signes dificultat respiratòria.
  - Control de la febre.
  - Hidratació.
  - Facilitar respiració: rentats+ aspirat secrecions
  - Alimentació a demanda.
  - Antitèrmics.
  - Ambient humit.

Edat	FC	FR
RN	120-140	40-60
<6m	90-140	35-45
6m-2a	80-120	20-30
2-6a	70-110	20-25
6-10a	60-95	15-20
10-16a	60-85	12-20

- **Si Febre d'origen desconegut:**

Tto:

-Fàrmacs: ibuprofè 10mg/kg/dosis  
                   paracetamol 7,5-15mg/kg dosis

-Mesures físiques: Treure roba,  
                                   Obrir finestres,  
                                   Bany tebi...  
                                   Hidratació

- **Convulsió febril simple**

Bon pronòstic

Es dona quan puja la febre ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )

De 6m a 5 anys: s'autolimita

Convulsió generalitzada simètrica (tonico-clònica)  $< 15'$ .

33% recidiva✘

Tto: antitèrmic+ valium (via rectal)+ anticonvulsionant.

Cures generals:

- Evitar que es faci mal.
- Via respiratòria lliure.
- Vigilar aspiració alimentària.
- Evitar mossegada de la llengua.
- Evitar estímuls: sorolls i llum.



# 3.- MESURES PREVENTIVES DAVANT PROCESOS INFECCIOSOS

- INFECCIONS BACTERIANES
  - Repòs.
  - Hidratació.
  - Tractament simptomàtic.
  - Antibiòtic (ATB) segons la pauta.
  - Analgèsics i antitèrmics: si  $>38^{\circ}\text{C}$ . v. oral. (si vòmits v. rectal).
  - Evitar contagi (casa, escola).

- INFECCIONS VÍRIQUES
- La majoria no tenen tractament específic.
- Fer tractament simptomàtic:
  - Febre.
  - Confort.
  - Hidratació .
  - Alimentació adequada.
  - Antitèrmics (s/p).

- **Si cal visita a URGÈNCIES, tenir present:**
  - 80% dels ingressos via urgències.
  - L'arribada calma, tranquil·litza.
  - Canvi d'hàbits.
  - Separació pares (?).
  - Experiències doloroses.
  - Escàs control de la situació.
  - Manca d'estimulació social.
  - Ambient no familiar.

## 4.- SÍNDROME DE MORT SOBTTADA, ATENCIÓ INFERMERA.

- La primera causa de mort sobtada en nens i adolescents és cardiovascular.
- És una mort natural, ràpida i inesperada.
- Alt impacte social i mediàtic.
- Atenció interdisciplinària: pediatre, cardíologs, psicòlegs, forenses, patòlegs, neurofisiòlegs, , psiquiatres, infermers i treballadors socials.
- Cal fer estudi familiar: cardiopatia congènita?.

- **TIPUS DE MORT SOBTADA:**

- 1.- MORT FETAL TARDANA (>28 SG – 42SG).

- Finalització de la gestació: induir el part.
- Suport emocional i psicològic.
- Fer necròpsia per orientació genètica.
- Respectar la intimitat
- Comunicació sincera.

## 2.- MORT SOBTTADA DEL LACTANT.

1a causa de mort de nens entre 1mes i 1any.

Incidència màxima: 2-3m.

Horari: entre 00h-9h

Mesos: freds i humits.

**Factores de riesgo intrínsecos**

- Varones
- Prematuridad
- Genéticos. Polimorfismos
- Exposición prenatal al tabaco y alcohol



**Factores de riesgo extrínsecos**

- Dormir en prono
- Colecho
- Colchón blando
- Cabeza cubierta
- Sobrecaentamiento

- Factors de risc postnatals:
  - Estacionalitat (mesos més freds).
  - Simptomatologia d'infecció viral respiratòria.
  - Baix pes al néixer.
  - Exposició a fum del tabac.
  - Estrés tèrmic: roba de llit en excés.
  - Matalàs tou.
  - Dormir en decúbit pro (DP).
  - Collit (Colecho).
  - Lactància Artificial (LA).

## Factores de riesgo.

### Factores maternos

- Hábito de fumar en la madre
- Edad de la madre (menor de 20 años)
- Consumo de drogas durante la gestación (incluido alcohol)
- Complicaciones durante la gestación y/o en el parto: anemia, desprendimiento precoz de placenta y otros

### Factores dependientes del niño

- Prematuridad y bajo peso al nacimiento
- Ser hermano de una víctima de SMSI
- Provenir de gestación múltiple: gemelaridad
- Antecedente de apnea

### Factores ambientales

- Posición prona (o de lado) durante el sueño
- Ambiente que rodea al sueño: dormir sobre superficie blanda, colecho y otros.

## FACTORS PROTECTORS

Lactància Materna.

Vacunació

Compartir habitació amb el nen però no bressol.

Temperatura adequada de l'habitació.

Habitació ben airejada.

Ús de xumet.

Dormir en Decúbit Supí (DS).



## MONITORIZACIÓ DOMICILIARIA?



Recent nascut prematur (RNPT) amb APNEES simptomàtiques a l'alta.

Portadors de TRAQUEOSTOMIA o amb malformacions de via aèria.

Malalties neurològiques o metabòliques que afecten en control respiratori

Nens amb DISPLASIA BRONCOPULMONAR, portadors d'oxigenoteràpia.

Germans amb Síndrome de Mort Soltada del Lactant.

 3.- Mort soltada cardíaca amb cor normal.

 4.- Mort soltada amb cardiopatia congènita



GRAN IMPACTE,  
IMPREVISIBLE,  
SUPPORT  
PSICOLÒGIC  
FER AUTOPSIA

# **BLOC 3:**

## **EL NEN MALALT**

Tema 1: Problemes prenatals.

Tema 2: Alteracions de la salut del Nadó.

Tema 3: Alteracions de la salut de la Infància.

**Tema 4: Alteracions de la salut a l'Adolescència**

# TEMA 4: ALTERACIONS DE LA SALUT EN L'ADOLESCÈNCIA-CONTINGUTS -

- 1.- Trets diferencials de l'adolescència.
- 2.- Vivència de la malaltia de l'adolescent.
- 3.- Atenció infermera davant trastorns de conducta alimentària.
- 4.- Atenció infermera davant alteracions de la pubertat.
- 5.- Atenció infermera davant l'abús de substàncies tòxiques.
- 6.- Atenció infermera a les joves embarassades.

# 1.- TRETOS DIFERENCIALS DE L'ADOLESCÈNCIA

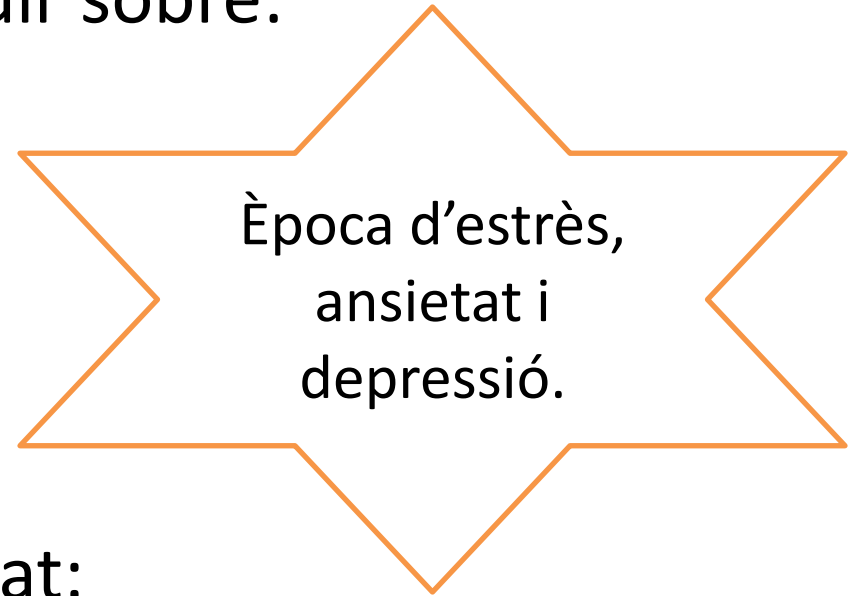
Etapa del desenvolupament humà caracteritzada per profunds canvis físics, psicològics i socials.

Cada adolescent es desenvolupa a un ritme diferent.

- **Adolescència: un dels períodes més complexos.**
  - Canvis físics.
  - Canvis hormonals.
  - Canvis psicològics (qüestionament constant).
  - Pas de la infància a l'edat adulta.
  - Emergeix la figura del “jo”; un adolescent crític que jutja el seu entorn, el seu cos, les seves amistats i les autoritats.

- A l'adolescència es defineix part de la seva personalitat; han de decidir sobre:

- Sexualitat.
- Futur.
- Relacions socials.




- Es revelen contra l'autoritat:

- A casa.
- A l'escola.
- Als centres sanitaris.



- Lluita constant per la seva identitat.



ES EL SENTIMENT DE   
SEGURETAT SOBRE UN MATEIX.

SER UN MATEIX EN RELACIÓ  
AMB EL TEMPS, L'ESPAI, ELS  
ALTRES I UN MATEIX.

ES QÜESTIONEN ELS NUCLIS DE PERTENÈNCIA

## 2.- VIVÈNCIA DE LA MALALTIA DE L'ADOLESCENT.

- **La malaltia a l'adolescent comporta:**
  - Lesió a la seva imatge corporal.
  - Afectació a l'autoestima.
  - Aïllament social.
  - Necessitat de dependència.
  - Pèrdua del sentiment d'omnipotència i invulnerabilitat.
  - Vergonya i pudor.



- **L'ingrés hospitalari comporta:**
  - Relació amb els pares.
  - Aïllament social.
  - Pudor.
  - Pèrdua de llibertat.
  - Noves relacions no desitjades = problemes amb l'entorn.
  - Alteració de la conducta.
  - Emissió d'emocions negatives (ansietat, angouxa..)

- **Relació infermera/adolescent**
  - Presentar-se.
  - Dirigir-se a l'adolescent, no als pares.
  - Respectar la intimitat.
  - Donar opcions d'elecció.
  - Facilitar el contacte amb el grup d'iguals.
  - Explicar les normes.
  - Respectar els sentiments.

# 3.- TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA

- **QUÈ SÓN ELS TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA?**

Són malalties psiquiàtriques provocades per l'obsessió i preocupació excessiva i desmesurada pel pes corporal i per l'aspecte físic i que produeixen en les persones que les pateixen greus problemes de salut que poden portar al pacient inclús a la mort.



## • IMATGE CORPORAL

-Concepte pel qual cada persona percep, imagina, sent i actua respecte al seu propi cos.

- Constituint per 3 elements:

1. Perceptual: precisió amb les que es percep la mida corporal de diferents segments o del cos en la seva totalitat.

2. Subjectiu: actituds, sentiments i valoracions que desperta el cos.

3. Conductual: conductes que la percepció del cos i els sentiments associats provoquen.

- **CAUSES dels Trastorns de conducta alimentària (TCA):**

- SOCIALS: 90% dones.

(ballarins 30%, gimnastes 18%, models 13,3%)

- PSICOLÒGIQUES:

- Baixa autoestima

- R/c valia personal amb aspecte físic.

- FAMILIARS

- Entorn desestructurat.

- “Mare barbie” (imatge molt imp.).

- BIOLÒGICS?

- CULTURALS

- **TIPUS de TCA:**

1- ANOREXIA NERVIOSA

- ✓ Es manifesta com un **desig irrefrenable d'estar prim**, acompanyat de la **pràctica voluntària** de procediments per aconseguir-ho: dieta restrictiva estricta, conductes purgatives
  - Vòmits autoinduits.
  - Abús de laxants,
  - Diürètics, etc.
- ✓ Temor intens a arribar a ser obeses.  
Distorsió de la imatge corporal.

**Canvis físics:**

- Desnutrició.
- Envelliment.
- Restrenyiment.
- Bradicàrdia.
- Hipotensió.
- Amenorrea.

- ✓ Conductes d'evitació cap el menjar amb accions compensatòries per contrarestar el que ingereixen (hiperactivitat física desmesurada, conducta de purga, etc.).
- ✓ No solen tenir consciència de malaltia ni de risc per la seva conducta.
- ✓ Trets de personalitat: necessitat d'aprovació, hiperresponsabilitat, perfeccionisme, etc.

## 2.- BULIMIA NERVIOSA

Es caracteritza per episodis d'ingesta voraç i incontrolada, en els que ingereix una gran quantitat d'aliment en poc temps i generalment en secret.

Intenta compensar la sobreingesta: vòmit autoinduïts, maniobres de purga (laxants, diürètics..) i hiperactivitat.

Preocupació malaltissa pel pes i la figura.

No es produeixen necessàriament alteracions en el pes. (pes normal, baix o alt).

Sol ser un trastorn ocult, passa desapercbut i es viu amb vergonya i culpa.

Sol demanar ajuda quan el problema ja està avançat.



- OBJECTIU D'INFERMERIA AMB ELS INFANTS O ADOLESCENTS AMB TRASTRON DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA):

Ajudar a la persona amb TCA a augmentar la seva autoestima, obtenir una imatge realista de si mateixa, millorar la comunicació amb els familiars, millorar l'adaptació social, controlar la conducta i reiniciar les activitats quotidianes tan aviat com sigui possible.

- **CURES INFERMERES**

- Recolzament emocional: empatitzar, comprendre i acollir.

- Treballar el vincle infermera - pacient per modificar conductes i ajudar a identificar els seus propis recursos.

- Afavorir l'expressió de sentiments.

- Aprendre a reconèixer les situacions d'ansietat i com fer per controlar-la.

- Ajudar pel control de l'enuig i dels impulsos.

- Control de l'humor (eufòric/deprimit)..

- Arribar a acords.

<p><b>Empatia</b></p> <p><b>Paciència</b></p> <p><b>Temps</b></p> <p><b>Dedicació</b></p> <p><b>Respecte</b></p>
--

- Reforçar els aspectes positius de la persona. (potenciar autoestima).
- Ajudar a seguir la dieta i la pauta farmacològica.
- Control de pes diari.
- Fomentar el desenvolupament adolescent (cognitiu, social...).
- Afavorir la relació amb amics, familiars, etc.
- Oferir grups de recolzament, teràpia de grup...
- Identificar riscos (suïcidi).
- Recolzar al cuidador principal.
- Fomentar la normalització familiar.

# 4.- ALTERACIONS DEL DESENVOLUPAMENT PUBERAL



- **Trets generals:**
  - Pot haver preocupació per part de l'adolescent; es veu diferent dels altres.
  - Els adults els tracten segons la talla i desenvolupament i no pas l'edat.
  - “vaig al metge i no tinc res”, es troben bé.
- **Cures infermeres:**
  - Entrevista.
  - Conducta expectant durant un temps.
  - Suport emocional (transmetre-li que ens importa la seva preocupació).
  - Potenciar autoestima i autoimatge (reforç positiu a les coses bones del seu cos).
  - Valorar la necessitat de derivar a un endocrí pediàtric.

- Tipus:

## **1.- Pubertat precoç.**

Inici dels canvis físics propis de la pubertat a una edat inferior a la normal: abans dels 8 anys per les nenes i abans dels 10 anys pels nens. Inclou no solament canvis de genitals, sinó també acceleració de creixement i de l'edat òssia. Sol ser una variant de la normalitat.

## 2.- Pubertat tardana:

Manca d'aparició de signes propis d'aquest període a una edat en que, habitualment, ja haurien d'haver-hi-es presentat. No inici de canvis als 13 anys en nenes i 14 anys en nens.

Tractament:

- 1- Esperar i tranquil·litzar.
- 2- Hormones sexuals:
  - Estrògens.
  - Testosterona.

- ESCALA DE TANNER (acceptada internacionalment):
  - Descriu canvis físics (genitals, pits i pèl púbic al llarg de la pubertat).
  - Classifica i divideix els continuats canvis puberals en 5 etapes successives que van del nen (I) a l'adult (V).

# 5.- L'ABÚS DE SUBSTÀNCIES TÒXIQUES EN L'ADOLESCENT

- L'adolescència constitueix un període en el qual l'experimentació a substàncies és molt freqüent.
- Consum de drogues legals i il·legals = principal problema per a la salut pública en els països desenvolupats.
- L'alcohol i el tabac produeixen cada any més morts, patologies i discapacitats que qualsevol altra causa susceptible de ser previnguda.
- Tècniques de tractament poc eficaces;
- Aposta per programes de prevenció dirigits a la infància i l'adolescència.





- Entre els diferents **grups de drogues tòxiques** ens trobem amb:
  - Depressores del sistema nerviós central (alcohol, hipnòtics, ansiolítics, analgèsics, heroïna, etc.)
  - Estimulants del sistema nerviós central (amfetamines, cocaïna, cafeïna, nicotina)
  - Pertorbadors del sistema nerviós central (al·lucinògens, cànnabis i derivats, dissolvents, etc.)

- La millor mesura preventiva : **Pròpia família.**



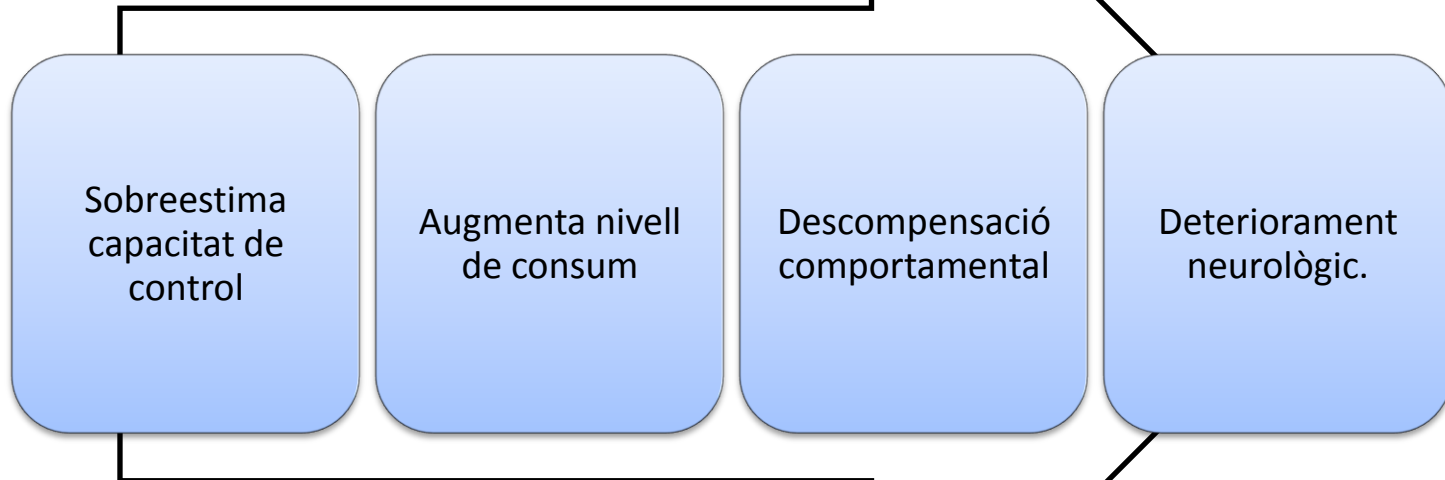
**Etapes** dels adolescents que inicien el consum:

-1<sup>a</sup>. Experimentació: etapa de curiositat, iniciació en el consum de tòxics.

-2<sup>a</sup>. Període intermedi: creu que controla l'ús de drogues, busca els efectes desitjats. No té por inicial.

-3<sup>a</sup>. Dependència: pèrdua del control de l'ús, només es preocupa “d'estar colocat”. Canvis importants de comportament.

-4<sup>a</sup>. Destrucció o síndrome cerebral tòxic: es tracta d'adolescents i joves “molt enganxats”, els quals utilitzen la droga, per intentar evitar les sensacions negatives de l'abstinència.



## FACTORS FACILITADORS del consum de tòxics

- Manca coneixements.
- Estrès.
- Pressió grupal.
- Baixa autoestima.
- Pobres recursos personals d'afrontament.
- Baix control de l'impuls.
- Comportament antisocial precoç.
- Falta d'èxit a nivell escolar.

# 6. ATENCIÓ INFERMERA A LES JOVES EMBARASSADES



## Contextualització:

- A Catalunya el 7,5 % manté relacions sexuals abans dels 16 anys. A Espanya el 8,1%.
- Un 3% dels naixements a Espanya són d'un dels progenitors menor de 20 anys.
- >ria embarassos en joves ocorren en els sis primers mesos d'iniciació de les relacions sexuals = manca de coneixement dels mètodes anticonceptius?

Només el 50% empra preservatiu per la funció preventiva de MTS, a més de per prevenir embarassos.

- Embaràs a l'adolescència = **embaràs precoç** = embaràs dins dels dos anys d'edat ginecològica (menarquia).
- Són gestants de **risc mitjà**:
  - Augment significatiu de nounats de baix pes.
  - Immaduresa fetal.
  - Trencament prematur de membranes.
  - Mortalitat infantil.

- **Característiques:**
  - Poca maduresa emocional.
  - Manca de sustentació econòmica. Depenen dels pares o de programes d'assistència social.
  - Dependents del seu nucli familiar d'origen.
  - Entorn social no preparat.
  - Afrontar-se a les conseqüències: canvis des del punt de vista biològic i psicosocial.
  - Necessitat d'abandonament dels estudis; persona de màxima dependència al seu càrrec les 24h, etc.
  - Pot ser objecte de discriminació (estatus socials mitjans-elevats).



- El risc augmentat de complicacions en l'embaràs adolescent no sembla estar causat per condicions fisiològiques especials, sinó que resulta més important la influència de les variables socioculturals i les condicions de cura i atenció sanitària que rebí.
- La captació precoç de les gestants per iniciar l'atenció prenatal i fer-ne un seguiment correcte permet la prevenció, la identificació i el control oportú dels factors de risc biològic, psicològic, social i ambiental que incideixen en la gestació.
- Els programes integrals d'ASSiR dirigits a adolescents i la coordinació amb altres recursos són la millor opció per millorar els resultats i disminuir els riscos i les conseqüències d'una gestació adolescent.

- **Tipus:**

- 1.- Adolescent primerenca, entre 10 i 14 anys.
- 2.- Mitjana, entre 15 i 17 anys.
- 3.- Tardana, més de 17 anys.

Implicacions diferents segons l'edat.  
Analitzar aspectes físics i psicològics.



- **Fases:**

Test embaràs positiu.

Confirmar diagnòstic.

Comunicar a la parella?

Comunicar als pares = reacció dels mateixos.

Arribar a una decisió: avortament o finalitzar la gestació.

Comunicar-ho a la societat.

- **Reacció dels pares:**

*Un “¡Etic embarassada” entre llàgrimes no és fàcil d’escoltar per cap mare ni cap pare. Totes les respostes són comprensibles:*

- *Preocupació.*
- *Decepció.*
- *Enuig.*
- *Vergonya.*
- *Ràbia.*

- **Educació sanitària a les gestants adolescents:**
  - Cuida't durant la gestació.
  - Segueix les pautes (farmacològiques, dietètiques, etc) dels professionals de la salut.
  - Evita el tabac, l'alcohol i les drogues.
  - Utilitza el preservatiu per evitar malalties de transmissió sexual (MTS).
  - Necessitats nutricionals majors (les seves pròpies més les del fetus).

**CONTROL DE LA GESTACIÓ:**

Oportunitat per establir una **relació d'ajuda amb l'adolescent** i acompanyar-la en el seu procés.

Atenció individualitzada i un abordatge integral biopsicosocial, tenint en compte el comportament, les circumstàncies de vida, la maduresa i els trastorns seriosos d'aprenentatge o altres factors que puguin dificultar la comprensió i la presa de decisions.

# Tenint present que...

En el breu transcurs d'un embaràs la **mare adolescent** es veurà empesa a assumir el rol i la identitat d'adult: decidir continuar o no l'embaràs, generar canvis en si mateixa i en la seva manera de viure i preparar-se per ser mare.

El **pare adolescent**, quan és present, s'enfronta també a conseqüències en la seva vida futura. L'adolescent s'enfronta a:

- Assumir el rol i la identitat d'adult.
- Als mandats personals i socials sobre la seva responsabilitat i a les seves mancances.