



Iulia Negrea • Geta Mitrea • Mihaela Patriciu

Respect pentru oameni și cărți

GHID DE NEONATOLOGIE PENTRU ASISTENȚE

Iulia NEGREA

Medic primar cercetător în cadrul „Prof. Dr. Mihai Iosif” Institutului de Cercetări în Sănătate Publică din București, Secția de Neonatologie, Specialitatea: Neonatalogie, Licențiat în Medicina Pediatrică, specializare: Neonatologie, rezidență: Neonatologie, nr. 128AN-93-93-0938-2

Geta MITREA

Şef de lucrări
Facultatea de Medicină, Universitatea Dunărea de Jos, Galați

Mihaela PATRICIU

Doctorand, UMF Tîrgu Mureş

De la început BZDIOU

Secretele de la spatele Wimis NEAMT

Tipăreștește! Editura Medicală DTP

Colecționă! Colecția GHIDURILOR



EDITURA MEDICALĂ

București, 2018

Puericultură prenatală

Cuprins

studia și creșterea și dezvoltarea prenatală de concepție în viață într-o

dimensiune însoțită de dezvoltarea mărește a reprezentării mărirea dimensiunilor

Puericultură prenatală	7
Adaptarea nou-născutului la viața extrauterină	10
Alimentația nou-născutului	15
Farmacologie neonatală	24
Asistența la naștere	27
Asfixia la naștere	34
Sindromul de detresă respiratorie	42
Sepsisul neonatal	52
Icterele neonatale	58
Convulsiile neonatale	64
Traumatismele obstetricale	69
Sindroamele hemoragice neonatale	75
Transportul nou-născutului bolnav	78
Comunicarea cu părinții nou-născutului	84
Îngrijirea nou-născutului sănătos	91
Bibliografie selectivă	96

tele sunt primele care își exprimă nevoie de sprijin și suport în cadrul unei interacțiuni de informare și în diagnosticul și urmărirea și monitorizarea bolilor maternice ce pot răni copilul, în identificarea gravidelor și răzădăințelor atenție specială.

Probleme ale sănătății în care este implicată mama și care pot fi prevenite

1. Prematuritatea și întârzierea crăterii intrauterine, care pot avea drept cauză – nivel socioeconomice scăzut,

Puericultură prenatală

Studiază creșterea și dezvoltarea produsului de concepție în viață intrauterină și prevenirea îmbolnăvirii lui. Creșterea reprezintă mărirea dimensiunilor și a masei, iar dezvoltarea – diferențierea și maturarea structurilor și funcțiilor.

Etapele dezvoltării intrauterine

➤ Embriонарă – durează primele 60 zile de sarcină și cuprinde organogeneza și morfogeneza.

➤ Fetală – durează de la 60 zile de sarcină până la naștere.

Perioada intrauterină are un mare dinamism și o sensibilitate crescută la factorii perturbatori. Placenta este interfața embrion-făt/mediu, asigurând nutriția, respirația, excreția, schimburile hormonale și apărarea antiinfectioasă și antitoxică a viitorului copil. Protecția oferită este bună, dar există factori fizici, chimici și infecțioși care o pot depăși.

Sănătatea viitorului copil poate fi afectată de probleme ale mamei, care pot fi prevenite și tratate înainte de a influența negativ produsul de concepție; asistențele sunt primele care iau contact cu gravida și au un rol important în educarea și informarea ei, în diagnosticul, tratamentul și monitorizarea bolilor materne ce pot dăuna fătului, în identificarea gravidelor cu risc, necesitând atenție specială.

Probleme ale fătului în care este implicată mama și care pot fi prevenite

1. Prematuritatea și întârzierea creșterii intrauterine, care pot avea drept cauze: – nivel socioeconomic scăzut;

- vârstă prea Tânără – adolescentă – sau prea înaintată a mamei;
- situație familială nefavorabilă – mamă singură, divorțată, văduvă;
- stare precară de nutriție a mamei;
- sarcini prea numeroase și prea apropiate;
- aborturi repetate;
- cauze toxice – alcool, fumat, droguri;
- boli cronice – cardiace, hipertensiune arterială, diabet zaharat;
- patologie uterină – malformații etc.

2. Infectiile maternofetale – lues, toxoplasmoză, rubeolă, herpes, citomegalie – au risc de malformații, prematuritate, patologie a nou-născutului, risc de deces al fătului și nou-născutului, deficite senzoriale și neurologice.

Unele beneficiază de tratament – luesul cu Penicilină și toxoplasmoza cu Pirimetamină și Sulfadiazină.

Altele pot fi prevenite prin vaccinare – rubeola, oreionul – sau evitarea cărnii crude și a dejectionilor pisicilor – toxoplasmoza.

Chiar și mamele seropozitive pentru HIV sau cu SIDA pot reduce riscul transmiterii virusului la copil prin tratament prenatal cu Zidovudină și naștere prin operație cezariană.

3. Deficietele nutriționale ale mamei:

- deficit de fier – anemie carentială la copil; gravidele trebuie să aibă o alimentație completă, din care să nu lipsească ficatul, carne și ou; sunt necesare suplimente de fier la gravidele cu risc și tratamentul anemiei carentiale a gravidei, dacă aceasta există;
- deficit de iod – gușă hipotroidiană și cretinism al copilului. Gravidele trebuie să folosească doar sare iodată!

- deficițe de zinc și acid folic – anencefalie, spina bifida. Suplimentele de acid folic și zinc sunt utile cu câteva luni înaintea concepției și în primul trimestru de sarcină.

4. Izoimunizarea Rh – reacție imună a unei mame Rh negative la hematiile unui făt Rh pozitiv. O mamă Rh negativă și un tată Rh pozitiv pot avea în 50% din cazuri un copil Rh negativ și în 50% din cazuri un copil Rh pozitiv; trecerea de mici cantități de sânge fetal Rh pozitiv în circulația mamei cu ocazia nașterii sau avortului sensibilizează mama, care produce anticorpi anti-hemati – anti-Rh; la următoarea sarcină cu un făt Rh pozitiv este stimulată sinteza acestor anticorpi, care traversează placenta, ajung la făt și produc hemoliză. Fenomenul nu apare la prima sarcină, ci începe de la a doua și poate duce la moarte intrauterină, anemie gravă cu debut intrauterin, icter grav al nou-născutului care poate avea

risc de deces, ori poate fi urmat de paralizie cerebrală, surditate sau întârzierea dezvoltării neuropsihice; la făt mai poate apărea insuficiență cardiacă, datorată anemiei, cu anasarcă fetoplacentară – acumulare de lichid în peritoneu, pericard și pleură.

Prevenirea izoimunizării Rh se face cu imunoglobuline anti-D administrate în primele 72 ore după terminarea primei sarcini – prin naștere sau avort.

Izoimunizarea poate să apară și la gravidele OI cu parteneri AII, BIII sau ABIV; din copiii cu mamă OI și tată AII 50% au grupa AII și 50% – grupa OI; din copiii cu mamă OI și tată BIII 50% au grupa OI și 50% – grupa BIII; din copiii cu mamă OI și tată ABIV 25% au grupa AII și 25% – grupa BIII.

5. Stressul și suferința psihologică îndelungate ale viitoarei mame se repercuzează negativ asupra fătului, pe termen lung – prematuritate, întârzierea creșterii intrauterine,dezechilibre psihice: depresie, agitație, tulburări de somn, tulburări ale personalității.

Factori de mediu care pot afecta negativ fătul

- Radiațiile, unele medicamente – anticonvulsivante, antipsihotice, anti-coagulante orale, Captopril, citostatice, antidepresive – cresc riscul malformațiilor congenitale.

- Drogurile consumate de gravidă dau întârzierea creșterii intrauterine și provoacă nou-născutului suferință cerebrală – agitație, convulsi, letargie, iritabilitate, tulburări de somn.

- Fumatul crește riscul prematurității și al întârzierii creșterii intrauterine.

- Alcoolul consumat de gravidă poate produce la făt întârzierea creșterii intrauterine, retard psihomotor, tulburări de comportament, malformații congenitale.

Adaptarea nou-născutului la viața extrauterină

Nou-născutul are particularități ale adaptării principalelor funcții în cursul trecerii de la viața intrauterină la cea extrauterină, care au importanță în îngrijirea lui.

- **Adaptarea respiratorie:** până la naștere, schimburile gazoase ale fătului sunt realizate prin placenta; plămâni au alveolele colabate, umplute cu un lichid care se elimină la trecerea fătului prin filiera pelvigenitală; în unele cazuri – cezariană – eliminarea este întârziată, apărând detresă respiratorie. Primele respirații expansionează alveolele pulmonare. Acestea sunt tapetate cu surfactant – un complex de lipide și proteine care împiedică colabarea lor la sfârșitul expirului; la prematuri, sinteza surfactantului nu este matură, ceea ce duce la apariția detresei respiratorii; pentru prevenirea și tratamentul acestei boli se administrează surfactant.

- **Adaptarea circulatorie:** la făt circulația mică – pulmonară – și mare – generală – sunt independente una de alta și au presiuni egale; comunicările dintre ele – canalul arterial și foramen ovale – se închid după naștere; la prematuri sau în detresele respiratorii grave canalul arterial poate avea închiderea întârziată sau se poate redeschide, ceea ce poate duce la apariția insuficienței cardiace, care impune tratament cu Indometacin, ocluzie prin cateterism cardiac sau ligatură chirurgicală.

După naștere, presiunea din circulația mare crește, iar cea din circulația pulmonară scade; dacă această scădere nu are loc, ca în hipertensiunea pulmonară a nou-născutului, apar insuficiență cardiacă și detresă respiratorie; oxidul nitric inhalat este vasodilatator pentru circulația mică și este utilizat în tratamentul hipertensiunii pulmonare.

- **Adaptarea imunologică:** fătul vine dintr-un mediu steril și colonizarea lui cu germeni din flora maternă și din mediu are loc după naștere. Rezistența

nou-născutului la infecții este foarte scăzută; sunt, deci, necesare o asepsie riguroasă și o antisepsie strictă ale tuturor manevrelor de îngrijire, în special ale celor invazive; trebuie acordată multă atenție spălării mâinilor înainte și după fiecare manevră, respectării circuitelor din secție, igienei secției și calității sterilizării. Personalul cu infecții respiratorii sau cutanate, diarei acute, herpes sau purtători de germeni trebuie să respecte carantina și să facă tratamentul adecvat.

• **Adaptarea termoreglării:** nou-născutul nu are maturată capacitatea de a-și menține constantă temperatura corpului; în special prematurul și copilul bolnav, asfixiat au tendință la hipotermie, pierzând rapid căldura și având resurse limitate de producere a căldurii.

Menținerea nou-născutului în condiții de confort termic pe tot parcursul îngrijirilor este foarte importantă, deoarece hipotermia este însoțită de creșterea mortalității și morbidității neonatale, iar hipertermia agravează evoluția nou-născuților cu patologie diversă.

1. Hipotermia neonatală

Nou-născuți cu risc de hipotermie:

- nou-născuți prematuri;
- nou-născuți cu întârziere a creșterii intrauterine;
- nou-născuți care au nevoie de reanimare neonatală;
- nou-născuți cu patologie neonatală: detresă respiratorie, sepsis, icter hiperbilirubinemic, malformații ale peretelui abdominal, soc;
- nou-născuți care necesită transport în alt centru.

Prevenirea hipotermiei nou-născuților:

- asigurarea unei temperaturi corespunzătoare – 25-28°C – în sălile de naștere, saloanele de prematuri, de terapie intensivă și de nou-născuți;
- asigurarea unui mediu fără curenți de aer în sălile de nașteri, saloanele de nou-născuți, cele de terapie intensivă neonatală și cele de prematuri: uși și ferestre care se pot închide bine, așezarea pătuțurilor și incubatoarelor închise sau deschise departe de uși și ferestre;
- spălarea mâinilor cu apă caldă și încălzirea lor înaintea contactului cu copilul;
- încălzirea obiectelor care vor veni în contact cu nou-născutul: stetoscop, scutece, casete radiologice;
- ștergerea rapidă a nou-născutului imediat după naștere cu un câmp steril, încălzit, care este apoi îndepărtat, și plasarea lui imediat după naștere sub un radiant deschis în prealabil;

– încurajarea contactului corp la corp al nou-născutului cu mama sa – „incubatorul natural”;

Respect pentru oameni și cărti

– îngrijirea nou-născuților bolnavi în incubatoare cu pereți dubli, preîncălzite, cu realizarea tuturor manevrelor terapeutice și diagnostice, folosind deschiderea, pentru o perioadă minimă, a portierelor. Ideale sunt incubatoarele cu servocontrol, setate în funcție de greutatea la naștere, de vârsta de sarcină și de cea postnatală a copilului; această modalitate de reglare a incubatorului este însă ineficientă în cazul copiilor în soc – este de preferat în acest caz controlul manual al aparaturii;

– nou-născuții îngrijiți în incubatoare închise ori deschise trebuie protejați de riscul arsurilor;

– îmbrăcarea tuturor nou-născuților cu bonete, cămașuțe și scutece și efectuarea manevrelor diagnostice și terapeutice cu îndepărțarea unui minim de îmbrăcăminte;

– folosirea pentru reanimare și ventilație a oxigenului încălzit și umidificat;
 – monitorizarea temperaturii nou-născuților cu risc de hipotermie.

Semne ale hipotermiei – temperatură rectală sub 36,4°C:

- tegumente roșii, reci;
- scleredem;
- bradicardie;
- hipotonie, letargie, reactivitate scăzută;
- detresă respiratorie – geamăt expirator, tiraj subcostal – respirații superficială;
- alimentație primită dificil.

Tratamentul hipotermiei

Reîncălzire treptată, pornind de la o temperatură a sistemului de servocontrol setată la 1-1,5° mai mare decât temperatura rectală a copilului.

La nou-născutul hipotermic trebuie monitorizate:

- *clinic*:
 - temperatura;
 - frecvența cardiacă;
 - tensiunea arterială;
 - frecvența respiratorie;
 - prezența și intensitatea detresei respiratorii;
- *paraclinic*:
 - saturarea transcutanată a oxigenului – prin pulsoximetrie;
 - glicemia;