

Tema 73: Atención y cuidados del recién nacido de riesgo. Prematuro. Dismaturo. Postmaturo. Riesgo de contaminación materno-fetal. Malformaciones congénitas. Traumatismos. Anoxias del recién nacido. Infecciones y sepsis neonatal. Riesgo social

PREPARACIÓN OPE MATRONAS

# RECIÉN NACIDO DE RIESGO

- ▶ **Factores maternos:** patología materna, patología social, consumo de drogas o fármacos
- ▶ **Factores obstétricos:** rpm, DPPNI, PP, gestación múltiple, distocias, prolapso cordón...
- ▶ **Factores fetales:** congénitas, infección, bienestar fetal intraparto, patología LA, CIR, edad gestacional, peso al nacer (alto, bajo)...

# RN DE RIESGO: Según edad gestacional

- ▶ Pretérmino: 28-36sg
  - Pretérmino extremo / Inmaduro: <28sg
  - Muy pretérmino 28-32sg
  - Prematuro tardío 34-37 sg
- ▶ A término: 37-41 sg
- ▶ Postérmino: >42sg

# Valoración de la edad gestacional

## Métodos obstétricos

- FUR
- Ecografía
- Otros (poco valor): aparición de FCF, aparición de movimientos fetales, altura uterina

# Valoración de la edad gestacional

**Métodos pediátricos:** Subjetivos, dependen del observador

- Dubowitz y Goldberg
- Ballard
- Capurro

Combinan características físicas y neurológicas

- Usher: pliegues plantares, pabellón auricular, pelo, nódulo mama, genitales
- Parkin: textura y color piel, firmeza oreja, tejido mamario
- Distribución vérnix: empieza 24sg, máximo a las 36
- Examen cápsula anterior del cristalino: se va atrofiando y desaparece

# Valoración de la edad gestacional












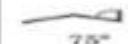








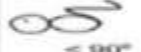
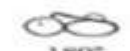























## TEST DE BALLARD Y NBS NEW BALLARD SCORE.

**TABLA 1. Nuevo test de Ballard . Parámetros de madurez neuromuscular y físicos**

Madurez neuromuscular	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	 > de 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Rebote de brazos		 180°	 140 - 180°	 110 - 140°	 90 - 110°	 <90°	
Ángulo poplíteo	 180°	 180°	 140°	 120°	 100°	 90°	 <90°
Signo de la bufanda							
Talón a oreja							

# Valoración de la edad gestacional

## TEST DE DUBOWITZ.

Signo neurológico	Puntuación					
	0	1	2	3	4	5
Postura						
Ventana cuadrada	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Dorsiflexión del tobillo	 90°	 75°	 45°	 20°	 0°	
Retroceso del brazo	 180°	 90° a 180°	 < 90°			
Retroceso de la pierna	 180°	 90° a 180°	 < 90°			
Ángulo popliteo	 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 < 90°
Talón-oreja						
Signo de la bufanda						
Caída de la cabeza						
Suspensión ventral						



# RN DE RIESGO: según el peso al nacer

- Bajo peso <2500gr
- Muy bajo peso: 1000-1500gr
- Bajo peso extremo <1000gr
- Peso elevado >4000gr

Peso – edad gestacional:

- Peso adecuado para edad gestacional: Entre el percentil 10 y el 90.
- Bajo peso para su edad gestacional: < p10.
- Peso elevado para su edad gestacional: > p90.





# RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

## Factores de riesgo

- ▶ Socioeconómicos: Bajo nivel de estudios, precariedad en el empleo, escasez de recursos, etc
- ▶ Factores maternos: Edad materna, raza, multiparidad, hábitos nocivos, mal control gestacional, enfermedades previas o complicaciones del actual embarazo.
- ▶ Factores obstétricos: Gestación múltiple, presentación anómala, prolapso de cordón, indicación médica
- ▶ Factores fetales: Fetopatía diabética, hydrops fetalis (edema generalizado), malformación, CIR etc.

# RN PRÉTERMINO: Morfología



Cabeza grande, cuerpo delgado  
(escasez de panículo adiposo)

Ojos prominentes

Piel lisa, transparente, rosada y brillante

Cartílago auricular muy blando y deformable

Lanugo abundante en el cuerpo

Palmas de las manos lisas

Mujeres: labios mayores no cubren los  
menores

Varones los testículos no han descendido.

# RN PRETÉRMINO

## Neurología

Pobre mielinización



- Hipotonía
- Reflejos disminuidos: succión deglución, arcada, tos, etc.
- Problemas más frecuentes: Hipoxia, infarto hemorrágico, hemorragia intraventricular

# RN PRETÉRMINO: Aparato respiratorio

Primera causa de morbilidad y mortalidad en el R.N. pretérmino



Déficit síntesis de surfactante, inmadurez neurológica central, debilidad de la musculatura respiratoria, etc).

# RN PRETÉRMINO: Complicaciones

- ▶ Oftalmología: retinopatía oftálmica: más frecuente si tratamiento O<sub>2</sub> hiperbárico por retina inmadura que lleva a inmadurez vascular.

Si la retina está muy inmadura, posibilidad de lesión incluso con O<sub>2</sub> ambiental

- ▶ Vulnerabilidad a la infección.
- ▶ Termorregulación ineficaz.
- ▶ Eliminación renal. Desequilibrios Ác-base.
- ▶ Cardiovascular. SNA poco eficaz e hipovolemia.

# RN PRETÉRMINO: Complicaciones

- ▶ Aparato digestivo, escasa capacidad gástrica, motilidad lenta. El reflejo de succión y su coordinación con la deglución se completa entre la semana 32 y 34 de gestación. Enterocolitis necrosante.
- ▶ Hematológica. Serie roja en valores inferiores.
- ▶ Endocrinas. Hiperfunción tiroidea.
- ▶ Tendencia a la hemorragia.
- ▶ Vulnerable hipoglucemia:  $<30$  mg/dl de glucosa, a término  $<40$  mg/dl.



# RECIÉN NACIDO POSTÉRMINO

>42 SG

FR: causas maternas (raza blanca, obesidad o hipotiroidismo); fetales (endocrinos); factores genéticos o factores relativos al normal desencadenamiento del parto.

Complicaciones: disminución de la actividad fisiológica de la placenta; policitemia secundaria a eritropoyesis aumentada (favorece el distrés respiratorio y la ictericia); macrosomía y traumatismo, más riesgo líquido meconial y aspiración, hipoglucemia e hipotermia.

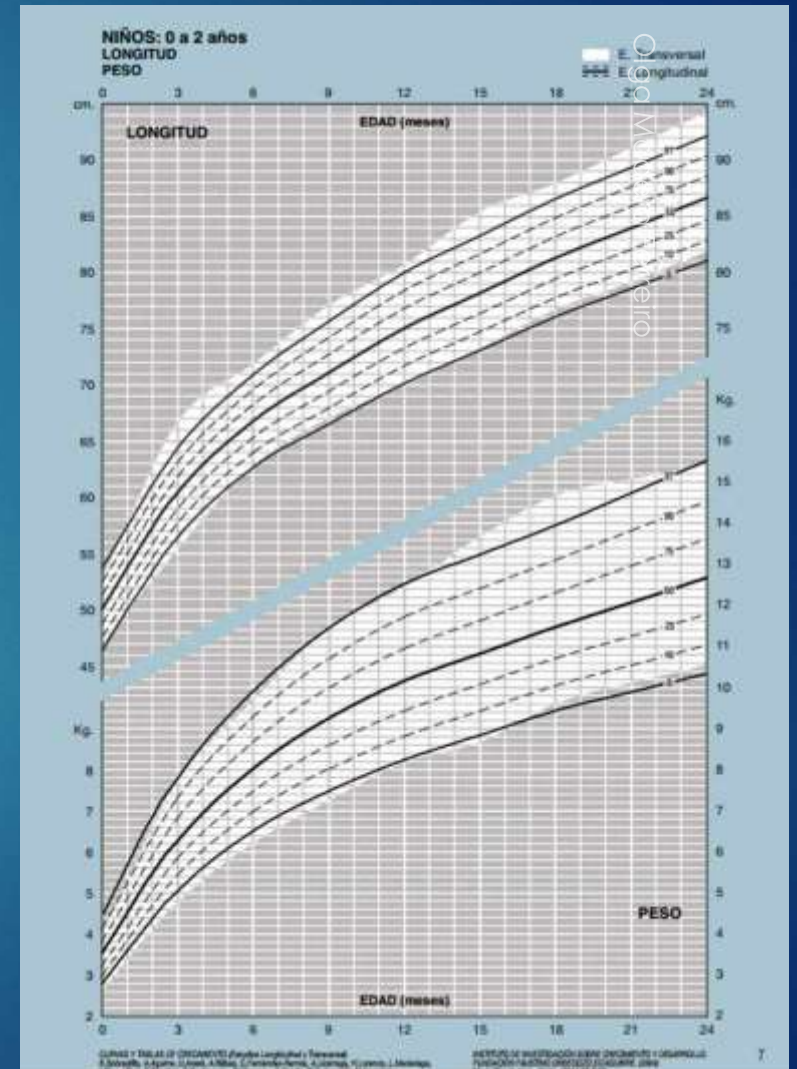
# RECIÉN NACIDO DISMADURO

Menores del P10.  $< 2$  DE.

## AEPED P3. PEG Estático y neonatal.

## CIR: concepto dinámico (Percentil + doppler)

- ▶ Falta de nutrientes: desnutrición fetal y mecanismos compensadores.
- ▶ Mortalidad perinatal 10-20 veces mayor.
- ▶ Hipoxia, malformaciones congénitas.
- ▶ Policitemia e hipoglucemia.
- ▶ Fenómeno Catch-up: velocidad de crecimiento aumentada, compensa



# RN DISMADURO

## Factores de riesgo

- ▶ Maternos: tabaquismo, HTA
- ▶ Placentarios
- ▶ Fetales: cromosomopatías
- ▶ Demográficos: edad elevada materna

# CIR

## Clasificación tradicional:

- ▶ CIR tipo I (simétrico): Presenta patrones de talla, peso y perímetro craneal reducido y suele tener causa intrínseca p.e. cromosomopatías. 20%
- ▶ CIR tipo II (asimétrico): presenta patrones normales pero el peso está disminuido. Las causas más frecuentes son extrínsecas como preeclampsia, enfermedad renal materna etc. 80%

Clasificación actual: PEG anómalo (CIR I) y CIR

# RECIÉN NACIDO MACROSÓMICO

>P90. >de 4.000g.

- ▶ FR: DG, gestación prolongada, multiparidad, antecedentes de partos macrosómicos
- ▶ Complicaciones: Partos prolongados, distocia de hombros, y trauma obstétrico: fractura de clavícula, parálisis del nervio frénico y braquial. Asfixia, distrés respiratorio, hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia, hiperbilirrubinemia.



Olga Madera Ferreiro

# ANOXIA DEL RECIÉN NACIDO



# ANOXIA DEL RECIÉN NACIDO

- ▶ Anoxia: Falta de oxígeno suficiente para mantener las constantes vitales a ritmo normal.
- ▶ Asfixia: Situación de hipoxia o anoxia que si se mantiene en el tiempo produce lesiones cerebrales graves (irreversibles) o incluso la muerte del feto.

Si hipoxia: taquipnea de inicio, bradipnea posterior, bradicardia e hipertensión transitoria, es conocido como apnea primaria. Con la estimulación se puede revertir la situación.

Si la situación persiste aparece “GASPING” (movimientos respiratorios irregulares) con caída de la FC y la TA. Entra en apnea secundaria y requerirá reanimación cardíaca.

# ANOXIA DEL RECIÉN NACIDO

## Factores de riesgo

PRENATALES	INTRAPARTO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia o isoinmunización</li><li>• Actividad fetal disminuida</li><li>• Diabetes materna</li><li>• Discrepancia entre tamaño del feto y edad de gestación</li><li>• Edad materna &lt; 16 años o &gt; 35 años</li><li>• Embarazo no controlado</li><li>• Enfermedades maternas crónicas: cardiovascular, renal, pulmonar, etc.</li><li>• Gestación múltiple</li><li>• Gestación postérmino</li><li>• Hemorragia en el 2.º o 3.º trimestre</li><li>• Hipertensión arterial gestacional o crónica</li><li>• Infección materna</li><li>• Malformación fetal</li><li>• Muertes neonatales o fetales previas</li><li>• Oligoamnios o polihidramnios</li><li>• Rotura prematura de membranas</li><li>• Tratamiento con fármacos: litio, magnesio, otros</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Administración de narcóticos a la madre en las horas previas al parto</li><li>• Bradicardia fetal</li><li>• Cesárea urgente</li><li>• Corioamnionitis materna</li><li>• Desprendimiento de placenta o placenta previa</li><li>• Líquido amniótico meconial</li><li>• Parto instrumental: ventosa o fórceps</li><li>• Parto prematuro o precipitado</li><li>• Parto prolongado (&gt; 24 h o expulsivo &gt; 2 h)</li><li>• Patrones de frecuencia cardíaca fetal anómalos</li><li>• Presentación anómala</li><li>• Prolapso de cordón</li><li>• Rotura prolongada de membranas (&gt; 18 h previas al parto)</li></ul>

# PROBLEMAS RESPIRATORIOS

# SÍNDROME DEL DISTRÉS RESPIRATORIO o ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA

Causado por: déficit en la síntesis de surfactante

Incapacidad de expansión alveolar, fallo en el intercambio gaseoso e insuficiencia respiratoria. Rc Opacidad difusa (pulmón blanco)

Prevención: evitar parto prematuro

- Betametasona 12mg/24h en 2 dosis, corticoide de elección.
- Dexametasona 6mg/12h en 4 dosis. Entre la semana 26-34.
- Hidrocortisona si no se dispone de los anteriores. (Sacyl 2016)

# DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP)

Insuficiencia respiratoria persistente con hipoxemia e hipercapnia. Necesidad de oxígeno suplementario a las 36 semanas de edad gestacional corregida, en aquellos prematuros nacidos antes de las 32 SG. En los mayores de 32 SG se define como la necesidad de oxígeno a los 56 días de vida. AEPED necesidad de O<sub>2</sub> a los 28 días de vida. Daño alveolar + fibrosis: obstrucción aérea. Asociado estrechamente a EMH.

Clínica: Taquipnea, estertores, tiraje

Tratamiento: soporte respiratorio, diuréticos, broncodilatadores, corticoides, ó.nítrico inhalado

# TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN, SD DE ÁVERY, PULMÓN HÚMEDO O SD DE DISTRÉS RESPIRATORIO TIPO II

Retardo en la absorción de líquido pulmonar fetal por el sistema linfático pulmonar. Es propio de RNT.

FR: Parto precipitado. Cesárea

Su inicio es precoz y el curso es benigno y de corta evolución, alrededor de tres días.



# SD DE ASPIRACIÓN MECONIAL

Inhalación de L.A. teñido de meconio intraútero o intraparto.

Raro en RNPT, más frecuente en RNPT.

Más en varones

Facilitado por situaciones de hipoxia.

La aspiración de meconio produce obstrucción de la vía aérea, disfunción de surfactante y neumonitis química.

Atelectasia y síndrome de persistencia de la circulación fetal, HTP.  
Infección por E. Colli. Alteración de la ventilación-perfusión: hipoxia e hipercapnia.

# APNEA DEL RN

Cese de la respiración durante más de 15-20 segundos o menor tiempo si se asocia a bradicardia, cianosis, palidez, hipotonía.

Es más frecuente en prematuros y RNBP.

Primaria: prematuros.

Secundaria: patología o fármacos.

Tratamiento: Citrato de cafeína IV.

<b>SDR I</b> <b>Síndrome de distrés respiratorio I.</b>	Enfermedad membrana hialina.	Ausencia de surfactante.	Prematuros. Deterioro progresivo primeras 6h. Suele ir empeorando hasta las 72h.
<b>SDR II</b> <b>Síndrome de distrés respiratorio II.</b>	Pulmón húmedo. Enf. Ávery o TTRN	Reabsorción retardada del líquido pulmonar.	Inicio precoz. Recuperación en tres días. Cesáreas. P. Precipitado RNT.
<b>SAM</b>	Aspiración de meconio.	Hipoxia obstructiva de la vía aérea. Disfunción de surfactante y neumonitis química.	Postmaduros.
<b>APNEA RN</b>	Cese de la respiración 15-20 segundos.	Cianosis Bradicardia Hipotonía Acidosis metabólica.	RNBP. Prematuros.

# PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

# LESIONES SNC

- ▶ Hemorragia subdural: Poco frecuente y MUY grave. Fr: partos rápidos en primíparas, fórceps altos y en fetos grandes. Daño neurológico.
- ▶ Hemorragia subaracnoidea: MÁS frecuente. Por hipoxia. Tto sintomática y curación espontánea.
- ▶ Hemorragia periventricular: Frecuente en prematuros X hipoxia. ALTA mortalidad.
- ▶ Hemorragia cerebelosa: Muy infrecuente y letal.

# LESIONES MEDULARES

Fr: partos instrumentales, nalgas, prematuros y fórceps

- ▶ **Parálisis braquial superior o Duchenne-Erb:** En C5 y C6. La más frecuente. Unilateral. El brazo está en abducción y rotación interna. El antebrazo en extensión y pronación y la mano en flexión. Moro asimétrico. Tto inmovilizador y a veces, quirúrgico.
- ▶ **Parálisis braquial inferior o de Klumpke:** En C7 y C8. Asociada a parálisis braquial superior. Afecta al antebrazo y la mano ("mano en garra), si afecta también a D1 aparece **síndrome de Horner** con afectación ocular.





# LESIONES MEDULARES

- ▶ S. N Periférico: Parálisis del nervio facial: Muy frecuente, parálisis facial unilateral, desviación de la comisura y dificultad para cerrar el ojo afectado.
- ▶ Parálisis del plexo braquial: Por la tracción del plexo en el parto. Diferentes grados. (+++ en distocia de hombros).
- ▶ Parálisis diafragmática: Afecta al nervio frénico. Generalmente unilateral. Aparece síndrome de dificultad respiratoria. El tto es ortopédico y buena evolución.

# PROBLEMAS CARDÍACOS

# TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS.

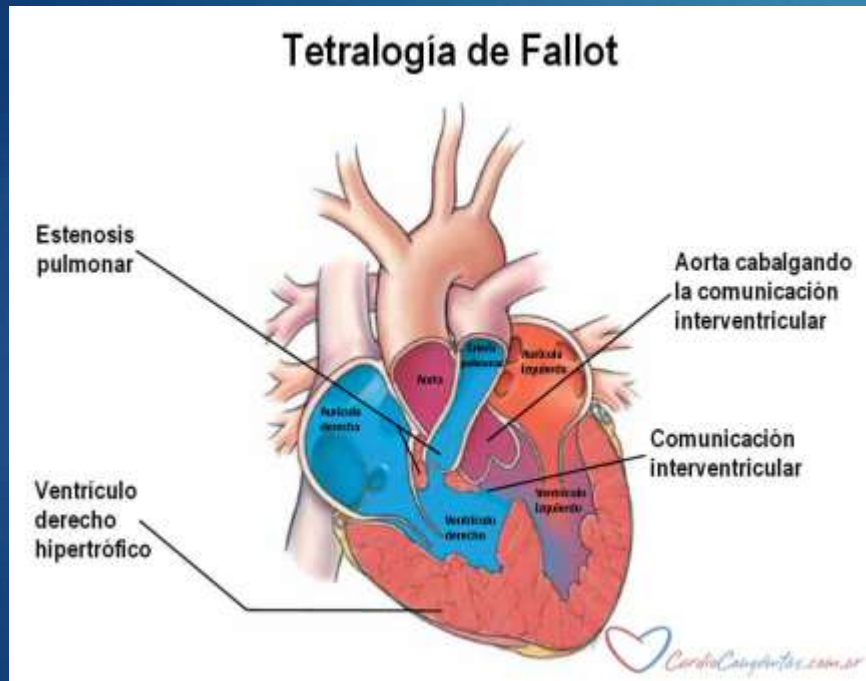
La salida de la aorta se origina a partir del ventrículo morfológicamente derecho, y la arteria pulmonar a partir del ventrículo morfológicamente izquierdo.

50% de estos pacientes asocian una CIV.

Existirá un FOP (foramen oval persistente). Asociado a: Rubéola, alcoholismo, DG, edad avanzada, malnutrición.



# TETRALOGÍA DE FALLOT.



Cardiopatía congénita cianótica más frecuente. Se caracteriza por:1

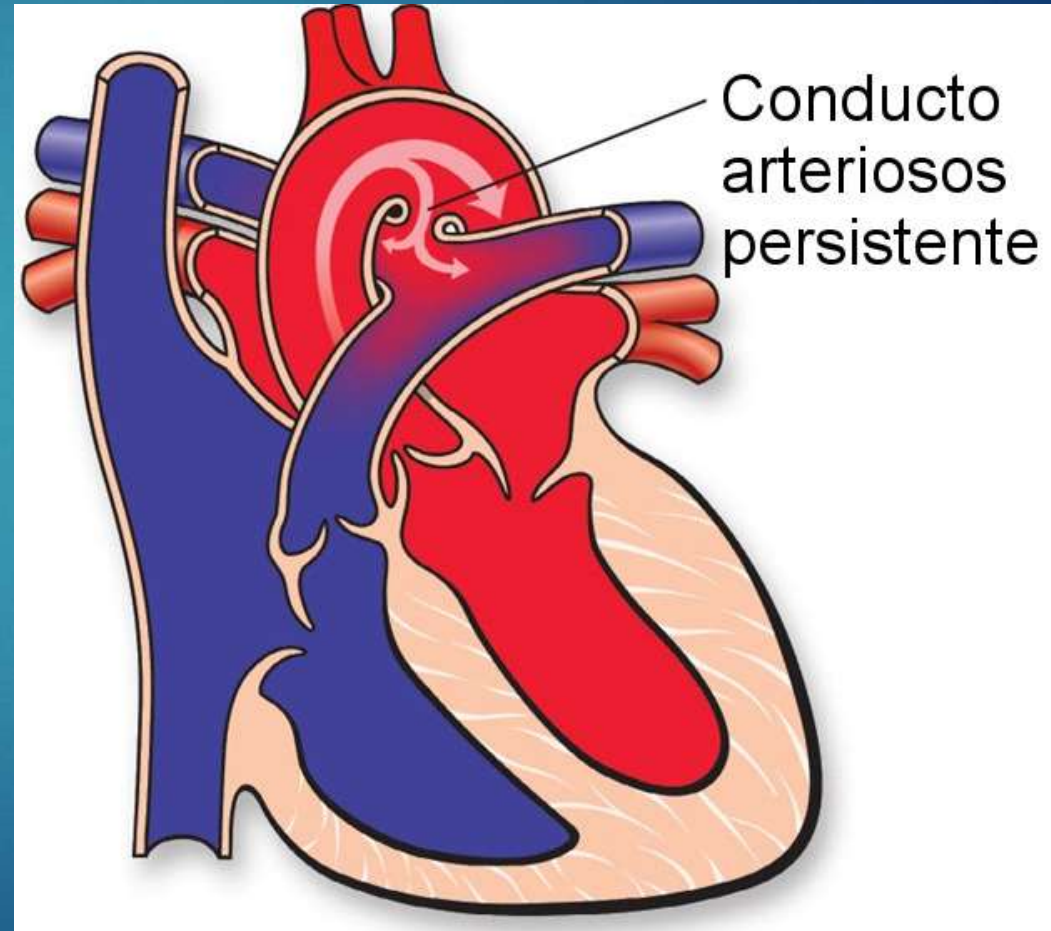
- 1.Estenosis pulmonar. Tabique desplazado anteriormente.
- 2.Gran comunicación interventricular (CIV).
- 3.Cabalgamiento de la aorta sobre el tabique muscular.
- 4.Hipertrofia del ventrículo derecho. Puede haber variedades anatómicas.

# DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE (DAP)

Falta de cierre entre la AO y la A pulmonar. La incidencia de DAP es de hasta el 45% en los menores de 1750g. Más frecuente en niñas.

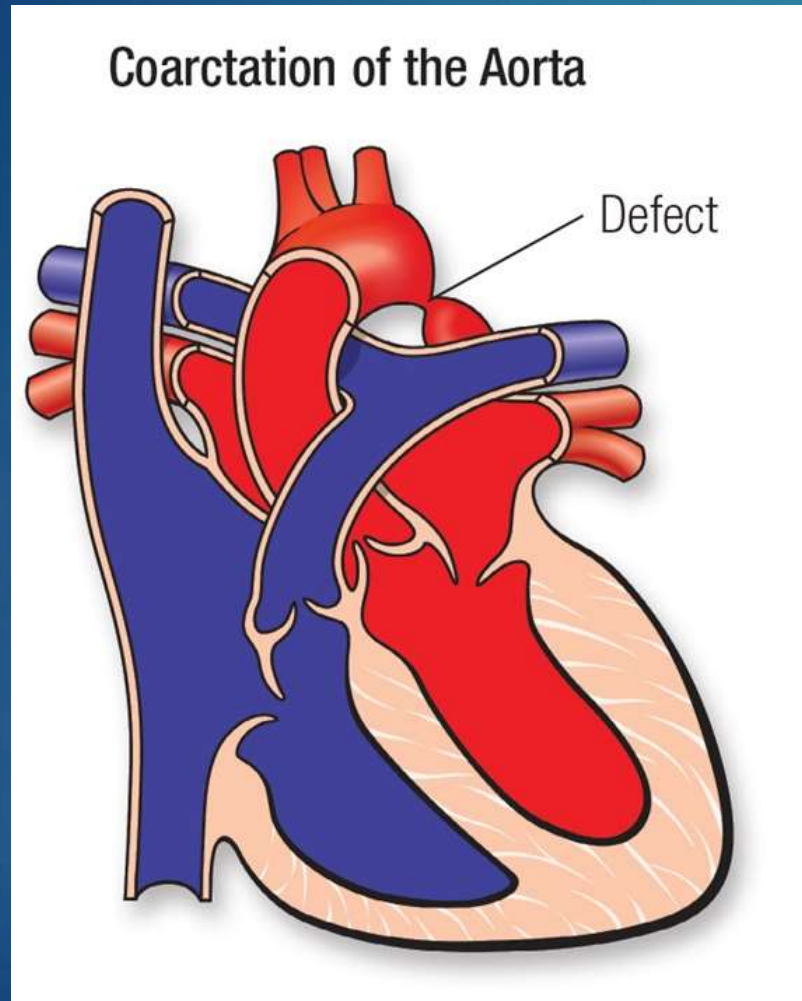
Clínica: La clínica depende de la magnitud del cortocircuito, la gravedad del DAP y de la capacidad del RN para manejar la sobrecarga de volumen

Tratamiento: Primero médico (indometacina, ibuprofeno. Posteriormente quirúrgico





# COARTACIÓN DE AORTA



Estenosis anatómica de la aorta descendente, a menudo en el lugar de inserción del Ductus arterioso. Suele acompañarse de anomalías cardíacas adicionales, Turner o riñón poliquístico.

Pulsos femorales disminuidos.



# PROBLEMAS ENDOCRINOS

# HIPOGLUCEMIA

## ► HIPOGLUCEMIA

Alteración más frecuente del neonato

.

Umbral operativo:  $<45\text{mg/dl}$ .

AEPED 2011. primeras 24h.

Otros autores: Menor de  $36\text{mg/dl}$ . en RN asintomáticos.

# HIPOGLUCEMIA

## Factores de riesgo

- ❖ Prematuridad.
- ❖ Retraso del crecimiento intrauterino.
- ❖ Desnutrición. Ayuno.
- ❖ Hijo de madre diabética.
- ❖ Niño de peso elevado.
- ❖ Gemelos discordantes.
- ❖ Tratamiento materno: con hipoglucemiantes orales, propanolol, beta simpático-miméticos.
- ❖ Estrés perinatal, sepsis, shock, asfixia, cardiopatía, hipotermia.
- ❖ Exanguinotrasfusión. Alteraciones metabólicas del RN.

# HIPOGLUCEMIA

SINTOMATOLOGÍA: Letargia, intranquilidad, hipotonía, pérdida del reflejo de deglución, temblores, convulsiones, apnea, palidez, cianosis, hipotermia... ASINTOMÁTICA ES MUY COMÚN

Ttº: alimentación precoz - glucosa IV

No aportes orales de glucosa

# OPE OSAKIDETZA 2011

**¿QUÉ CONDUCTA SE DEBE ADOPTAR CUANDO UN RECIÉN NACIDO PRESENTA UNA GLUCEMIA CAPILAR INFERIOR A 45 MG/DL?**

- a) Se debe administrar un glucosado oral o un biberón.
- b) Se debe administrar aporte intravenoso de glucosa para corregirla rápida y eficazmente.
- c) Se debe esperar porque la cifra aumentará con la ingestión del calostro.
- d) No requiere tratamiento, se realizarán controles periódicos cada 6 horas.

RC: B

# HIPOCALCEMIA

Asociada a la hipoglucemia y más frecuente en RN prematuros por déficit de depósitos de calcio.

<8 mg/dl, <7mg/dl en RNPT

Cursa con nerviosismo y temblores



# PROBLEMAS DIGESTIVOS

# ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

Necrosis intestinal aguda de etiología desconocida.

Escasa capacidad gástrica, motilidad lenta.

Situaciones de estrés, hipoxia, inflamación, sepsis...

Trastorno grave con indicación quirúrgica más frecuente en las UCINs.

FR: Prematuridad

Clínica: distress, bradicardia, vómitos, hipotensión, distensión abdominal, sangre en heces

Ttº médico inmediato, puede requerir quirúrgico

# PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS

# ENF. HEMOLÍTICA DEL RN

## prevención

### PRIMERA OPCIÓN

**IM: 1 mg de vitamina K.**

- ▶ En < 32 semanas y > 1.000 g: **0,5 mg IM o IV.**
- ▶ Menores de 1.000 g independiente de la EG: **0,3 mg IM o IV.**
- ▶ **2 mg** al nacer, a la semana y al mes: En caso de lactancia materna exclusiva, se administrarán dosis adicionales. (GPC parto normal)
- 
- ▶ **2 mg** de vitamina K oral al nacimiento: Lactados al pecho total o parcialmente, de 1mg oral semanalmente hasta la 12ª semana

# ANEMIA

<15g/dl

<9g/dl en RNPT (menos depósitos de Fe y más destrucción hemática)

# INFECCIONES Y SEPSIS NEONATAL



# SEPSIS NEONATAL

Olga Madera Ferreira

TRANSMISIÓN NOSOCOMIAL	TRANSMISIÓN VERTICAL
Inicio tardío: >72h. Otros 7-28 días.	Inicio precoz: antes de las 72h. Los síntomas suelen aparecer en las primeras 24h.
<u>Estafilococos.</u>  E.Coli, Klebsiella pneumoniae, cándida albicans	SGB germen más frecuente en mayores de 1,500g. E.Coli el agente causal más frecuente en el grupo de menores de 1,500g.
Ingreso en UCIN. Técnicas invasivas.	Rotura prolongada de membranas, corioamnionitis. < 37 SG, < 2,500 g al nacimiento.

# OPE SERMAS 2014

**En relación a la sepsis del RN, señale la opción correcta:**

- a) La etiología es fundamentalmente vírica.
- b) El principal germen de transmisión vertical en neonatos de más de 1500g es Escherichia coli.
- c) La mayoría de las sepsis debutan pasadas la primera semana de vida.
- d) El principal factor de riesgo es la inmadurez del sistema inmune del RN.

RC: D

# SEPSIS NEONATAL

<28 días de vida.

Más frecuente en RN <1500gr

Se producen sobre todo por bacterias (99%)

- ▶ Sepsis Neonatal Temprana/vertical: Suele ser debida a la colonización del canal del parto y aparece en los tres primeros días. Sobre todo por estreptococos del grupo B.
- ▶ Sepsis Neonatal Tardía/nosocomial: procedimientos, Ej canalizaciones etc. Menos grave.

Manifestaciones clínicas: distrés respiratorio, quejido, bradicardia, cianosis, apneas, rechazo al alimento, mala regulación térmica, convulsiones, etc.

# SEPSIS NEONATAL

## Factores de riesgo

- EGB
- Infección del LA vía ascendente (corioamnionitis)
- Infecciones urinarias
- Intervenciones quirúrgicas
- RPM
- Partos complicados: traumatismos
- Reanimación prolongada
- Intubación endotraqueal
- Nosocomial

# EGB: Prevención

Cultivo vagino-rectal 35-37 SG. Preferiblemente 36.



- ▶ SGB (+) en 5 semanas.
- ▶ Hijo anterior afectado por infección SGB+
- ▶ Bacteriuria con SGB + durante el embarazo.
- ▶ Fiebre intraparto  $\geq 38$ .
- ▶ PCR (+) para EGB.
- ▶ EGB desconocido + RPM  $> 18h$

Para que sea efectiva, debe administrarse, al menos 4 horas antes del parto.

No profilaxis en cesárea programada o EGB desconocido  $> 37$  sg

# EGB: Profilaxis

- ▶ Penicilina (5 MU al comienzo y 2500 MU c/4 horas).
- ▶ Ampicilina (2 g al comienzo y 1 gr/4 horas)
- ▶ Alergia a betalactámicos: Clindamicina 900mg/8 h o Eritromicina\* 500 mg/6h
- ▶ A RN que no han completado la profilaxis se administra penicilina G en la primera hora de vida y se cursa PCR.



# VIH

Contagio: vía transplacentaria; intraparto (60-70%) y postnatal (lactancia materna).

FR: carga viral materna, estadio clínico de la enfermedad, duración de la RPM y técnicas invasivas (ej: toma pH calota)

MANEJO: Terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA)

- ▶  $\geq 36$  S.G y que han recibido TARGA. Determinación de CVP entre la 34-36 SG. Si CVP baja no se recomienda la cesárea. La señora debe elegir x Cl. Si parto vaginal evitar maniobras ej RPM, monitorización interna etc.
- ▶ Pacientes  $< 36$  S.G, no TARGA, alta CVP ó dgco tardío. Cesárea electiva 37-38 SG. Si parto pretérmino cesárea urgente.
- ▶ TARGA durante parto vaginal ó cesárea. Ttº: zidovudina.

# VIH

## POSPARTO

- Zidovudina oral al RN.
- Si madres no tratadas Zidovudina + Nevirapina.
- Abstención absoluta de Lactancia Materna en nuestro medio
- No necesario lavar inmediatamente al RN

# HEPATITIS B

- ▶ Transmisión vertical. >en el parto.
- ▶ FR contagio: infección aguda cerca del parto, portadora crónica de HBsAG, en portadora crónica: presencia de antígeno E (90%).
- ▶ Profilaxis: Vacuna Anti-VHB en el R.N. Si madre portadora de VHB se administrará también gammaglobulina Anti-hepatitis B (0.5 ml IM).
- ▶ No existe transmisión a través de la lactancia materna.

# HEPATITIS C

- ▶ La transmisión es vertical.
- ▶ FR contagio: VHC + VIH, carga viral materna.
- ▶ Se considera niño infectado si hay dos determinaciones de PCR ó serología para VHC positivas a los 18 meses de vida.
- ▶ Únicamente se recomienda cesárea si carga viral elevada.
- ▶ Lactancia materna compatible

# SEPSIS NEONATAL

## Atención al recién nacido

SOSPECHA DE CORIOAMNIONITIS: Evaluación diagnóstica y tto ATB hasta resultados.

SIGNOS DE SEPSIS: Evaluación diagnóstica y tto ATB inmediato.

MANEJO POSTERIOR: si a las 48h...

- ▶ Hemocultivo, PCR y CLÍNICA normal = STOP ATB.
- ▶ Hemocultivo (-) pero PCR ó clínica anormal = SEPSIS y ATB
- ▶ Hemocultivo(+) Y PCR (+)= SEPSIS Y ATB
- ▶ Hemocultivo (+) pero PCR y CLÍNICA OK= bacteriemia asintomática y ATB

# ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RN

# ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RN

Destrucción de eritrocitos y acumulación de bilirrubina

Causas: incompatibilidad ABO e isoinmunización RH (↓con la vacuna).

La más frecuente: neonato A o B y una madre con grupo O. Suelen ser manifestaciones moderadas de ictericia y se controlan con fototerapia.

Isoinmunización por Rh, antígeno D

Sensibilización: Parto ++, traumatismos, biopsias coriales, amniocentesis etc

Primer embarazo poco riesgo.

Complicaciones: eritroblastosis fetal ocasionando la enfermedad hemolítica del R.N (anemia grave, hydrops fetalys y hepatoesplenomegalia).



# HIPERBILIRRUBINEMIA

## Profilaxis

Inmunoglobulina humana Anti-D Pasteurizada.

- ▶ Anteparto: en la semana 28 (1000-1500 UI).
- ▶ En casos especiales: mola hidratiforme, embarazo extrauterino o iv:
  - ❑ <12sg 600-750 ui a ser posible dentro de las 72 horas.
  - ❑ >12sg 1250-1500 ui a ser posible dentro de las 72 horas.
  - ❑ Amniocentesis o biopsia de corion: 1250-1500 ui a ser posible dentro de las 72 h.
- ▶ Posparto: 1000-1500 ui dentro de las 72 h si el RN es rh (+).

# HIPERBILIRRUBINEMIA

Bilirrubina normal:

Neonato a término < 12 (13) mg/dl.

Con lactancia materna 16mgdl.

RN pretérmino < 14 (15) mg/dl.

# HIPERBILIRRUBINEMIA

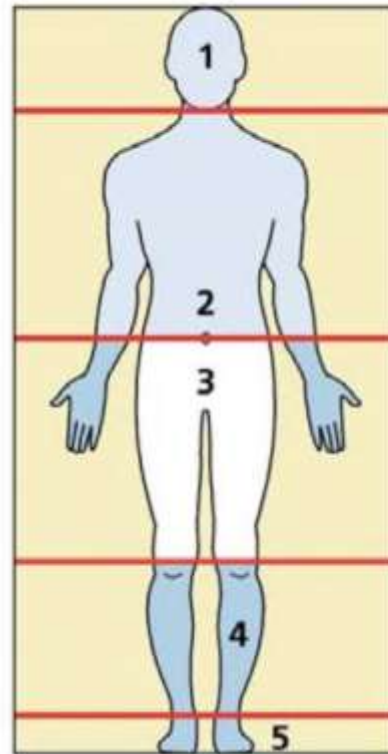
Ictericia: coloración amarillenta de la piel

Se visualiza con valores superiores a **5 mg/dl**

Presión con el dedo

Aparece en dirección céfalo-caudal

Regla de **Kramer**



**Zona 1.** Cabeza y cuello, menor de 5 mg/dl

**Zona 2.** Hasta el ombligo, 5-12 mg/dl

**Zona 3.** Hasta las rodillas, 8-16 mg/dl

**Zona 4.** Hasta los tobillos, 10-18 mg/dl

**Zona 5.** Palmar y plantar, mayor de 15 mg/dl

# HIPERBILIRRUBINEMIA

## Criterios de gravedad

- Se produce en las **primeras 24h**.
- Incompatibilidad RH.
- Menores de 37 semanas.
- Hermano previo tratado.
- Cefalohematoma.
- Diabetes.
- Policitemia.
- Sepsis.
- Galactosemia.
- Hipotiroidismo.
- Raza asiática.
- Fibrosis quística.

# HIPERBILIRRUBINEMIA

## Tratamiento



FOTOTERAPIA: efectos adversos

- ▶ Aumento de las pérdidas insensibles de agua.
- ▶ Redistribución del flujo sanguíneo, que se normaliza al suspender el tto.
- ▶ Diarrea acuosa.
- ▶ Disminución de la concentración de calcio en el RNPT.
- ▶ Lesiones retinianas.
- ▶ Oscurecimiento de la piel.

Vigilar la  $t^a$  y distancia de 30-40cm., cubrir los ojos, y no usar aceites ni cremas.

# HIPERBILIRRUBINEMIA

## Tratamiento

Casos más graves: exanguinotransfusión o tratamiento médico con fenobarbital, seroalbúmina, quelantes o gammaglobulina



# HIPERBILIRRUBINEMIA

ICTERICIA FISIOLÓGICA	ICTERICIA PATOLÓGICA Hemolítica por isoimmunización ABO o Rh principalmente
Aparece tras las primeras 24h y se resuelve <1 semana	Primeras 24h
RNT pico 2º y 3º día	
RNPT pico 4º 6º día máximo 2 semanas	
Aumento diario <5mg/día	Aumento superior a 0.5mg/dl hora o 5 mg/dl/día.
No >13 mg/dl con artificial	Supera los 15 mg/dl.

# HIPERBILIRRUBINEMIA

## Ictericia y lactancia materna

- ▶ Comienza a partir del 4º día. Duración máxima de 2-3 semanas, a veces más.
- ▶ No supera cifras **de 15 mg/dl**.
- ▶ Pico a los 10 días con valores en sangre entre 10 y 30 mg/dl de bilirrubina total, comienza a descender a los 25 días.
- ▶ Se recomiendan tomas frecuentes sobre todo los primeros días y no suspender la L.M.
- ▶ No se han descrito casos de Kernícterus

# HIPERBILIRRUBINEMIA

## Complicaciones

**KERNÍCTERUS:** Complicación más grave de la hiperbilirrubinemia

Sd neurológico por acumulación en los ganglios basales cerebrales de bilirrubina no conjugada

Nivel de riesgo: 18-20 mg/dl

Clínica: hipotonía, pobre reflejo de succión, letargia, espasticidad, convulsión e incluso parada respiratoria.

5-8 días

**ENCEFALOPATÍA BILIRRUBÍNICA AGUDA O TRANSITORIA:** hipotonía, reflejos primitivos disminuidos, rechazo al alimento y succión débil. Si persiste puede producir coma y muerte.

# TRAUMATISMOS ASOCIADOS AL PARTO

# TRAUMATISMOS ASOCIADOS AL PARTO

Causadas por las fuerzas mecánicas que se usan en el trabajo de parto.

Factores de riesgo: Macrosomía; presentación anómala; maniobras obstétricas, parto instrumental (sobre todo en PBF, prematuridad, primiparidad).

# TRAUMATISMOS ASOCIADOS AL PARTO

## Traumatismos Cutáneos:

- ▶ Petequias: pequeños hematomas en la parte fetal presentada. Desaparecen 2-3 días.
- ▶ Adiponecrosis subcutánea lesión indurada bien circunscrita a la piel y tejidos adyacentes. Por isquemia prolongada. Resolución espontánea.
- ▶ Caput Succedaneum: +++ frecuente. En la zona de presentación en el polo cefálico. Inmediato tras el parto y puede sobrepasar la línea media y suturas.
- ▶ Marcas de compresión: pequeñas hemorragias localizadas, con solución de continuidad de la piel. X presión excesiva sobre el feto.
- ▶ Laceraciones: ej: bisturí en cuero cabelludo tras cesárea.



# TRAUMATISMOS ASOCIADOS AL PARTO

## Traumatismos Musculares:

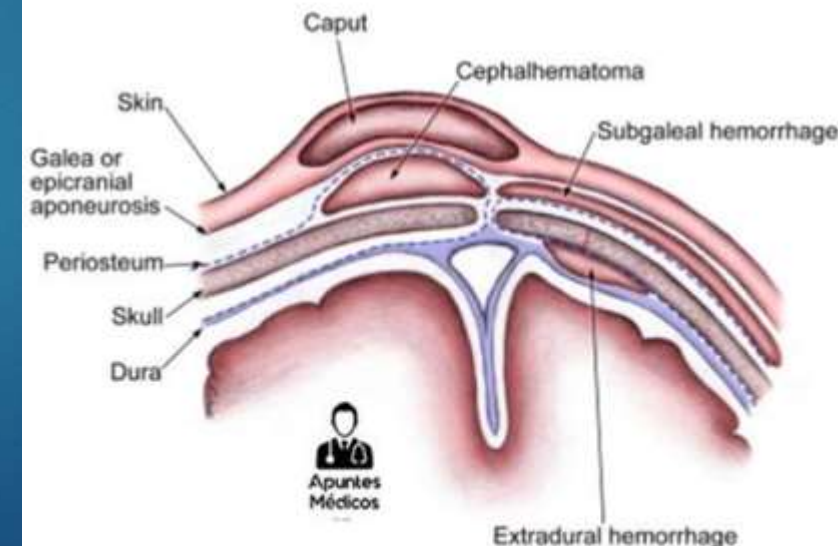
- ▶ Hematoma del esternocleidomastoideo: Donde hay hiperextensión del cuello pej en podálica. Tumoración indolora en la zona con giro mantenido de la cabeza hacia el al lado afectado y dificultad para girarlo hacia el opuesto. Tto con fisioterapia.

## Traumatismos osteocartilaginosos:

- ▶ Cefalohematoma o hematoma del subperiostio: Tumoración blanda visible por extravasación sanguínea. Aparece una masa fluctuante asintomática y única circunscrita. A veces se asocia a fracturas craneales. Tto expectante y si infección punción para evacuación.

## Diferencias

	Caput succedaneum	Cefalohematoma
Definición	Edema de tejido celular subcutáneo	Hemorragia subperióstica
Inicio	En el momento del parto	Horas después del parto
Respeto suturas	No	Sí
Resolución	En unos días	2 semanas-3 meses
Piel suprayacente	Equimótica a veces	Normal



# TRAUMATISMOS ASOCIADOS AL PARTO

## **Traumatismos osteocartilaginosos:**

- ▶ Fracturas Craneales: Infrecuentes debido a la mayor plasticidad ósea. En general, buen pronóstico y sin tto. Si hay fractura craneal con hundimiento se asocia a déficit neurológico.
- ▶ Fractura de Clavícula: Lesión más frecuente.
- ▶ Fracturas de huesos largos: Sobre todo húmero (corrección x vendaje) y fémur (tracción por suspensión).

# MALFORMACIONES

CAUSA PRINCIPAL DE MORTALIDAD EN LACTANTES

# MALFORMACIONES CONGÉNITAS

## Numéricas

- ▶ Inactivación de genes: Uno de los cromosomas X se inactiva al azar.
- ▶ Aneuploidia: es la desviación del número diploide de cromosomas, resultando no tener un número múltiple de 23. Ej TRISOMÍAS  
Individuos con 47 cromosomas, donde encontramos un tercero en alguno de los pares (13 (patau), 18 (Edward) y 21 (Down)).
- ▶ Poliploidia presenta un número de cromosomas múltiplo de 23
- ▶ Mosaicismos: Presentan dos o más líneas celulares con dos o más genotipos diferentes. Las anomalías suelen ser menos importantes.
- ▶ Anomalías autosómicas y de cromosomas sexuales. Ej: monosomías, sd de Turner 45X

# MALFORMACIONES CONGÉNITAS

## Estructurales

- ▶ Inversión, translocación, duplicación, delección.
- ▶ Isocromosomas: un cromosoma que pierde el brazo y el otro se duplica. El más común Sd Turner.

## Enfermedades Monogénicas

- ▶ Causadas por la mutación de un gen y se transmiten por patrones de herencia:
- ▶ Autosómicas Dominantes, recesivas o ligadas al cromosoma X (dominante o recesiva). Ej distrofia muscular, hemofilia etc.

# MALFORMACIONES AMBIENTALES

Debido a teratógenos. Más sensible en la fase de diferenciación celular.

Factores de riesgo:

- ▶ Fármacos: andrógenos, metotrexato, talidomida, warfarina, alcohol, etc
- ▶ Químicos; mercurio, plomo, etc,
- ▶ Virus; citomegalovirus, rubeola, varicela, toxoplasma etc,
- ▶ Radiaciones
- ▶ Factores maternos (diabetes, hipotiroidismo etc)
- ▶ Factores mecánicos (brida amniótica, útero malformado, oligohidramnios).



# MALFORMACIONES:

## Herencia multifactorial

Combina variables genéticas y ambientales.

Elevado riesgo de recurrencia Ej. Labio leporino, defectos del tubo neural etc.



# MALFORMACIONES según localización

## MIEMBROS:

- ▶ Focomelia: Deformidades graves en huesos largos. Desarrollo mental suele ser normal. EJ Talidomida
- ▶ Polidactilia: Dedos supernumerarios. Herencia dominante
- ▶ Pie Zambo: Afecta al talón, impide apoyo normal del pie. El apoyo se hace sobre el tobillo.
- ▶ Luxación congénita de cadera: Más frecuente en mujeres. La cápsula articular se relaja y el acetábulo del hueso de la cadera y la cabeza del fémur se subdesarrollan.

# MALFORMACIONES según localización

## SISTEMA NERVIOSO:

- ▶ Hidrocefalia: Exceso de LCR x desequilibrio entre producción y reabsorción.
- ▶ Microcefalia: Bóveda craneal y encéfalo pequeños. Cara normal. Retraso mental importante.
- ▶ Anencefalia: Ausencia parcial o total del cerebro, el cráneo y a veces también de la hipófisis.

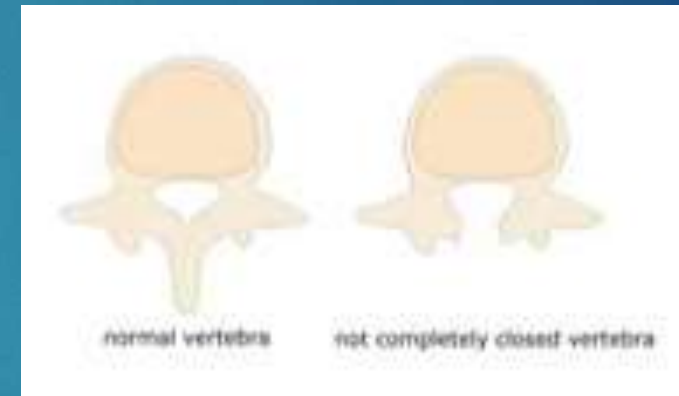
# MALFORMACIONES según localización

## ► Defectos del tubo Neural: Espina bífida

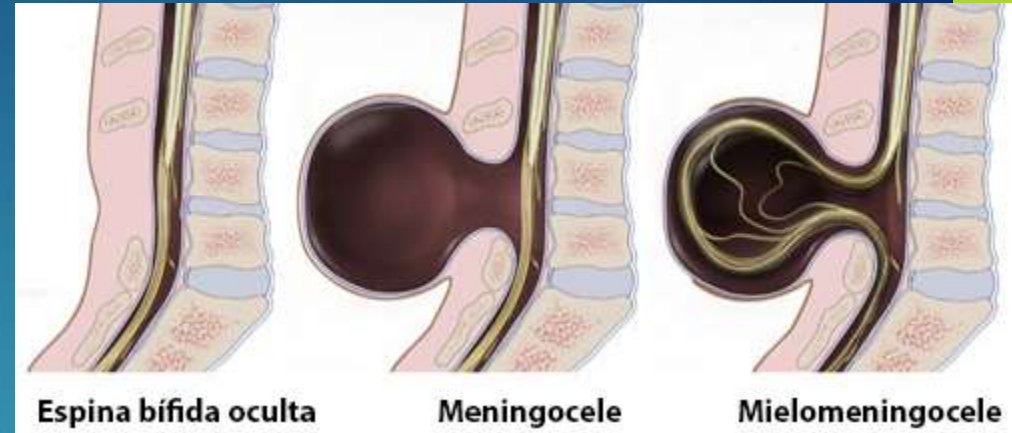
Cierre incompleto del tubo neural en las primeras etapas del desarrollo embrionario. Causa múltiple.

CLÍNICA: Depende del grado de afectación, desde asintomático a parálisis en todas las áreas que estén por debajo de la afectación

PREVENCIÓN: aportes de á.fólico



# MALFORMACIONES según localización



- ❖ **Espina bífida oculta.** Muy leve
- ❖ **Espina bífida abierta o quística.**- Forma grave.  
Protruye la médula, meninges o ambas.
  - Meningocele.- Contiene meninges y LCR. Protegidos por la piel  
Buen pronóstico
  - Meningomielocele.- Contiene médula, raíces raquídeas o ambas.  
Grave acompañado de déficit neurológico. Más común en zona lumbar y sacro. La más frecuente
- ❖ **Raquisquisis o “columna vertebral hendida”.**- Afectación de la estructura axial. A veces con anencefalia total o parcial.
- ❖ **Encefalocele:** Salida del encéfalo y las membranas que lo recubren a través de una abertura en el cráneo

# MALFORMACIONES según localización

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

- ▶ Conducto arterioso persistente: > en mujeres. El conducto no se cierra en las primeras 24 h. Más común en la rubeola materna.
- ▶ Coartación de la aorta: > en varones. Constricción de la aorta. Suele acompañarse de válvula tricúspide. Sd Turner
- ▶ Defectos del tabique: Interauricular (agujero oval permeable, que permite el paso de sangre hacia la aurícula izquierda y produce cianosis) e interventricular (defecto más común, si es pequeño suele cerrar solo en el primer año).

# MALFORMACIONES según localización

- ▶ Transposición de grandes vasos; cardiopatía cianótica en la que la sangre desoxigenada para a la aorta y la sangre pulmonar oxigenada a la circulación pulmonar. Si no se corrige Qx mueren en meses. 10
- ▶ Tetralogía de Fallot: Estenosis pulmonar, defectos del tabique interventricular, dextro posición de la aorta e hipertrofia ventricular derecha. Existe cianosis. Con QX buen pronóstico.



# MALFORMACIONES CARDÍACAS

CONCÉNITAS CIANOSANTES Hipoxia crónica y cianosis	CONGÉNITAS NO CIANOSANTES Clínica aparece posteriormente
Transposición de grandes vasos	Comunicación interauricular. (CIA)
Tetralogía de Fallot	Comunicación interventricular. (CIV) Cardiopatía congénita más frecuente
	Ductus arterioso persistente. (DAP)
	Coartación aórtica.



# MALFORMACIONES según localización

## APARATO DIGESTIVO

- ▶ Atresia esofágica; esófago no separado completamente del tubo laríngeo traqueal. Tto qx y buen pronóstico.
- ▶ Onfalocele; protusión del contenido abdominal a través del intestino. Tto qx inmediato.
- ▶ Hernia umbilical, tto qx si persiste.
- ▶ Falta de rotación del intestino medio =vólvulo; obstrucción de la arteria mesentérica con infarto y gangrena de la zona donde se encuentra.
- ▶ Ano imperforado; falta de perforación de la membrana anal. Suele ir acompañado de otras anomalías.

# MALFORMACIONES según localización

## LABIOS Y PALADAR

- ▶ Hendidura de labio superior (unilateral o bilateral): y/o hendidura palatina. Tiene carácter genético.

# MALFORMACIONES según localización

## APARATO UROGENITAL

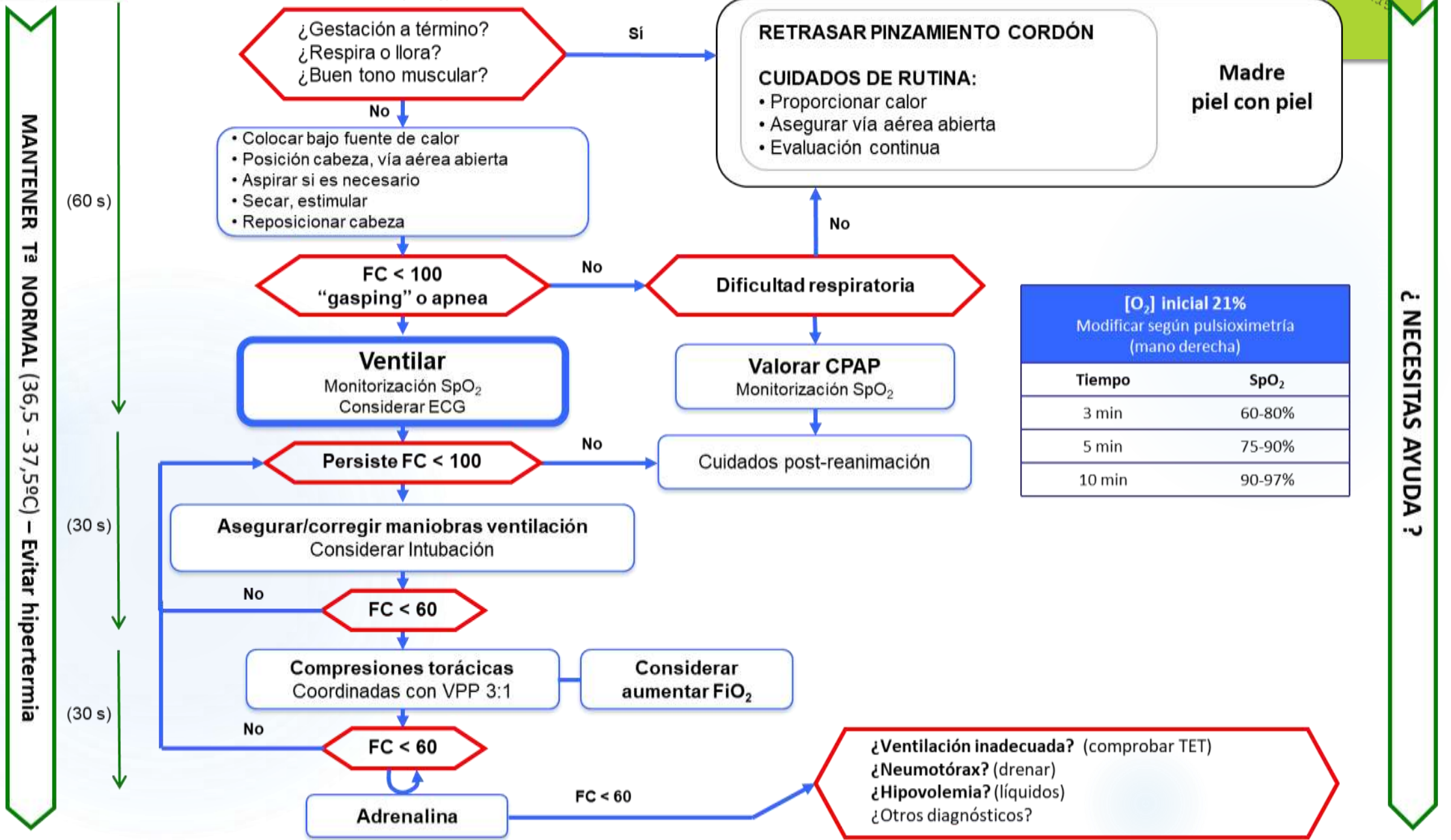
- ▶ Agenesia Renal:
  - Unilateral: >en varones. Suele compensarlo el otro riñón. OJO. Arteria Umbilical única.
  - Bilateral: Suele acompañarse de oligohidramnios, incompatible con la vida
- ▶ Criptorquidea, no descenso testicular: Más en prematuros. Si el descenso no se produce en el primer año puede causar esterilidad y se relaciona con ca testicular.
- ▶ Hipospadias y epispadias.
- ▶ Útero doble o bicorne
- ▶ Ausencia de vagina y útero y atresia vaginal, himen imperforado.

# RCP NEONATAL

ALGORITMOS SENEIO 2016



# Asistencia a la transición y Reanimación del recién nacido en sala de partos



**[O<sub>2</sub>] inicial 21%**  
Modificar según pulsioximetría (mano derecha)

Tiempo	SpO <sub>2</sub>
3 min	60-80%
5 min	75-90%
10 min	90-97%



Consejo antenatal  
 Comprobar material y asignación de roles

# Asistencia en sala de partos del recién nacido con líquido amniótico meconial

**PARTO (reloj)**

¿Gestación a término?  
 ¿Respira o llora?  
 ¿Buen tono muscular?

Si

**RETRASAR PINZAMIENTO CORDÓN**

**CUIDADOS DE RUTINA:**

- Proporcionar calor
- Asegurar vía aérea abierta
- Evaluación continua
- **Vigilar dificultad respiratoria**

**Madre  
piel con piel**

No

- Colocar bajo fuente de calor
- Posición cabeza, vía aérea abierta
- **Aspirar secreciones (sonda 12-14 Fr)**
- **Secar, estimular**
- Reposicionar cabeza

**FC < 100**  
 "gasping" o apnea

No

**Dificultad respiratoria**

No

**Ventilar**

Monitorización SpO<sub>2</sub>  
 Considerar ECG

**Valorar CPAP**  
 Monitorización SpO<sub>2</sub>

**Persiste FC < 100**

No

Cuidados post-reanimación

**Asegurar/corregir maniobras ventilación**  
**Intubar y ventilar** (valorar aspirar tráquea si obstrucción)

No

**FC < 60**

**Compresiones torácicas**  
 Coordinadas con VPP 3:1

**Considerar  
aumentar FiO<sub>2</sub>**

No

**FC < 60**

**Adrenalina**

FC < 60

¿Ventilación inadecuada? (comprobar TET)  
 ¿Neumotórax? (drenar)  
 ¿Hipovolemia? (líquidos)  
 ¿Otros diagnósticos?

**[O<sub>2</sub>] Inicial 21%**

Modificar según pulsioximetría  
 (mano derecha)

Tiempo	SpO <sub>2</sub>
3 min	60-80%
5 min	75-90%
10 min	90-97%

**MANTENER Tª NORMAL (36,5 - 37,5°C) – Evitar hipertermia**

(60 s)

(30 s)

(30 s)

**¿ NECESITAS AYUDA ?**

Comunicación prenatal  
 Temperatura ambiental  $\geq 26^{\circ}\text{C}$   
 Comprobar material y asignación de roles

## Estabilización inicial y manejo respiratorio del prematuro < 32 semanas en sala de partos

**PARTO (reloj)**

- Evitar hipotermia (calor / plástico / gorro / colchón térmico/ gases)
- Colocar sensor  $\text{SpO}_2$  (preductal) / Considerar ECG
- Cabeza en posición neutra
- Vía aérea abierta (aspirar sólo si obstrucción por secreciones)
- Estimular suavemente y reposicionar la cabeza

**Evaluación positiva (+):**

- FC > 100 lpm
- Respiración espontánea

**Evaluar FC y respiración**

**Evaluación +**

**EG  $\geq 30$  s**

**$\text{FiO}_2$   
0,21**

**No DR\***

**EG < 30 s**

**CPAP**  
(5-7  $\text{cmH}_2\text{O}$ )  
( $\text{FiO}_2$  0,21-0,3)

**Evaluación +**

Evaluación (-)

Evaluación (+)

**Evaluación -**

**VPPI**

(PIP 20-25  $\text{cmH}_2\text{O}$   
PEEP 5-7  $\text{cmH}_2\text{O}$ )  
( $\text{FiO}_2$  0,3)

**Evaluación -**

**Intubación**

Valorar surfactante precoz

**Traslado a la UCIN**

**[O<sub>2</sub>] inicial 21-30%**

Modificar según pulsioximetría  
(mano derecha)

Tiempo	$\text{SpO}_2$
3 min	60-80%
5 min	75-85%
10 min	85-90%

Si  $\text{SpO}_2 > 90\%$  en cualquier momento: disminuir la  $\text{FiO}_2$  hasta entrar en rango diana

\* DR: Dificultad respiratoria

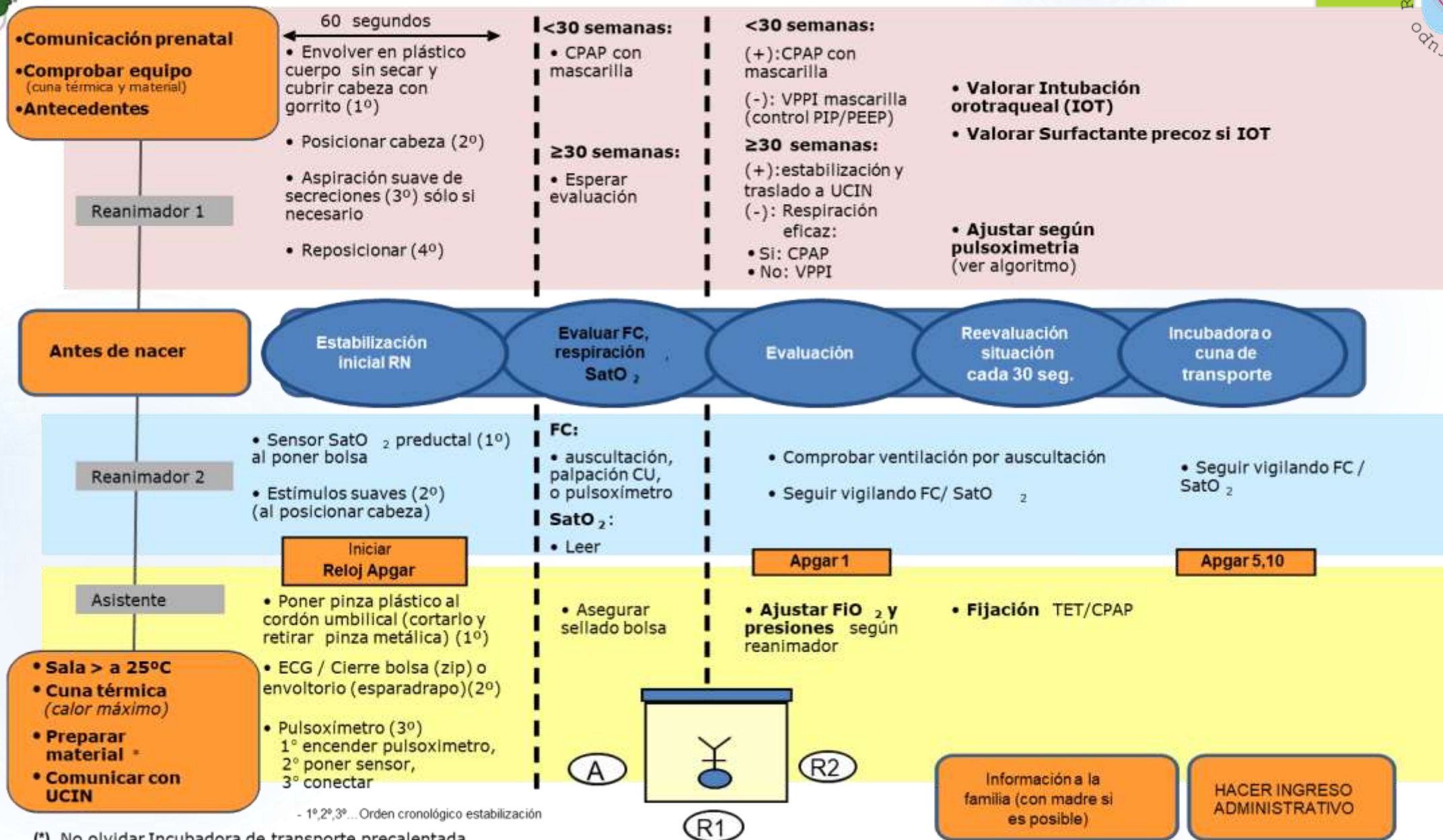
MANTENER  $T_a$  NORMAL (36,5 - 37,5°C) – Evitar hipertermia

60 s

¿ NECESITAS AYUDA ?



## Reanimación del prematuro. Funciones de cada reanimador



(\*) No olvidar Incubadora de transporte precalentada

**(+) evaluación positiva** (FC > 100 lpm, respiración efectiva)

(-) evaluación negativa.

# Riesgo social

PAI PROCESO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO CONSEJERÍA DE SALUD  
JUNTA DE ANDALUCÍA 2009



- Resolución de Desamparo: constará en Hª. Alta del menor bajo custodia del S. Protección de Menores
- No R. Desamparo: alta con familia e informe a Unidad de Trabajo Social, quien comunicará a su centro AP y a s. sociales comunitarios
- Plan de Atención Compartida: por el Equipo de Orientación Terapéutica: T. Social, y Enfermera Gestora de Casos hospital y AP
  - Identificar figura familiar responsable
  - Solicitud de tarjeta sanitaria será supervisada
  - **AMBOS PROFESIONALES VISITA PUERPERAL EN EL DOMICILIO**
  - Solicitud de dependencia si procede
  - El pediatra AP decide derivación al CAIT o no
  - Fomentar adhesión al Programa de Seguimiento de Salud Infantil

# F. riesgo: familiares (eje II)

## Características de los padres.

- ▶ Edad de los padres, inferior a 20 años o superior a 40.
- ▶ Padres drogodependientes.
- ▶ Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental.
- ▶ Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos.
- ▶ Enfermedades físicas, neurológicas o degenerativas invalidantes.

## Características de la familia.

- ▶ Ruptura familiar y/o situaciones críticas.
- ▶ Ambientes familiares gravemente alterados.
- ▶ Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico.
- ▶ Familias excluidas socialmente.
- ▶ Familia monoparental.
- ▶ Presencia en el núcleo familiar de personas con patologías o trastornos severos.
- ▶ Acogimiento familiar o adopción.



# F. riesgo: familiares (eje II)

## Estrés durante el embarazo.

- ▶ Participación en programas de reproducción asistida.
- ▶ Ruptura familiar y situaciones críticas.
- ▶ Embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación).
- ▶ Embarazos múltiples.
- ▶ Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas).
- ▶ Programas de reproducción asistida.
- ▶ Abortos o muerte de hijos anteriores.
- ▶ Embarazo complicado o de riesgo.
- ▶ Estrés en el periodo neonatal.
- ▶ Parto múltiple.
- ▶ Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática.

## Periodo postnatal.

- ▶ Gemelos, trillizos o más.
- ▶ Diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática.
- ▶ Situaciones de maltrato físico o psicológico.
- ▶ Ruptura familiar y situaciones críticas.
- ▶ Depresión post-parto materna.
- ▶ Niños con hospitalizaciones frecuentes.
- ▶ Cambios continuos de cuidadores.
- ▶ Institucionalización.
- ▶ Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria (abandono, separación, defunción).

# F. riesgo: ambientales (eje III)

## Exposición a entornos ambientales con factores de estrés.

- ▶ Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado.
- ▶ Permanencia y/o nacimiento en prisión.
- ▶ Hospitalización prolongada o crónica.
- ▶ Institucionalización.
- ▶ Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva.
- ▶ Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva.

## Exposición a entornos sociales con factores de estrés.

- ▶ Dificultades del entorno para administrar/proveer la alimentación adecuada.
- ▶ Dificultad del entorno para mantener rutinas de sueño.
- ▶ Entorno inseguro y con dificultades para que el niño desarrolle la propia iniciativa.
- ▶ Exposición a relaciones inestables/inadecuadas.
- ▶ Dificultad para el acceso adecuado a los adultos cuidadores.
- ▶ Pérdida de referente importante para el niño, por cualquier causa.
- ▶ Exposición a escenas de violencia en el domicilio, las instituciones o la TV.
- ▶ Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas.

# F. riesgo: ambientales (eje III)

## Exposición a factores de exclusión social de la familia.

- ▶ Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar y en relación a otros entornos sociales.
- ▶ Familia con dificultades de acceso a los recursos sociales.
- ▶ Nuevos modelos familiares.





PREGUNTAS TEMA 73

1. SAS 2007 En el cribado del Estreptococo del grupo B (SGB) la estrategia de prevención más efectiva recomendada es:

- a. Toma de exudado vagino-rectal a todas las gestantes
- b. Toma de exudado vagino-rectal a todas las gestantes con molestias genitourinarias
- c. Toma de exudado vagino-rectal a todas las gestantes en la semana 36 (35-37) de gestación
- d. Toma de exudado vagino-rectal a todas las gestantes con antecedentes de ser portadoras de SGB

RC: C

2. ¿Está indicada la vacunación contra el VHB en mujeres gestantes?

- a. NO, en ningún caso, ya que las vacunas con microorganismos aportan el riesgo de transmisión vertical madre-hijo, es decir, el microorganismo vacunal al feto
- b. SI, está en indicada en mujeres gestantes, pues según la experiencia actual, no existe riesgo aparente de efectos adversos en el feto en desarrollo
- c. Únicamente se administrará inmunoprofilaxis contra el virus B de la hepatitis en mujeres embarazadas durante el segundo o tercer trimestre.
- d. Solamente se administrará terapia vacunal a embarazadas que convivan en situaciones de riesgo; trabajadores sanitarios, personal de limpieza, áreas endémicas etc.

RC: B

3. La fototerapia consiste en la aplicación de fuentes de luz fluorescente sobre el cuerpo del niño con la finalidad de ayudar a la excreción del exceso de bilirrubina. Entre los cuidados del recién nacido sometido a fototerapia se encuentran las siguientes acciones "exepcto":

- a. Precaución ante los signos de deshidratación
- b. Cuidado de los ojos
- c. Distancia de las lámparas
- d. Uso del aceite para hidratar la piel

RC: D

4. El cribado del estreptococo del grupo B se realiza a embarazadas en:

- a. La semana 20 en el hospital
- b. La semana 28 en AP

c. La semana 32 en el hospital

d. La semana 36 en el hospital

RC D

5. La citología cervico-vaginal, es el método diagnóstico de elección del ca de cérvix y consiste en tomar muestras con la siguiente secuencia:

a. Fondo de saco vaginal, exocérvis y endocérvis.

b. Exocérvis, endocérvis y fondo de saco.

c. Endocérvis, exocérvis y fondo de saco

d. Ninguna es correcta

RC: A

6. ¿cuál es la anomalía congénita más frecuente en los RN de madres diabéticas?

a. Fallo del cierre del canal neural

b. Sindactilia

c. Labio leporino

d. Anomalías cardíacas

RC D

7. ¿Cuál de las siguientes anomalías cromosómicas puede dar lugar a una gestación molar?

a. Trisomías

b. Monosomías

c. Triploides

d. Anomalías estructurales de los cromosomas

RC: C

8. Los valores altos de Alfafetoproteína se asocian a:

a. Menor riesgo de algunas cromosomopatías

b. Defectos del tubo neural

- c. No es significativo
- d. Hay que repetir el análisis

RC: B

9. SACYL 2008 El nivel de alfa-fetoproteína, medido en el segundo trimestre de gestación, permite detectar:

- a. Anencefalia
- b. Gastrosquisis
- c. Espina bífida
- d. Todas las anteriores

RC: D

10. El paladar hendido es una enfermedad:

- a. Poligénica
- b. Autosómica dominante
- c. Autosómica recesiva
- d. Ligada al cromosoma X

RC: A

11. La acondroplasia, forma más común del enanismo, se hereda de forma:

- a. Autosómica dominante
- b. Poligénica
- c. Autosómica recesiva
- d. Ligada al cromosoma X

RC: A

12. La malformación llamada SDR o enfermedad de la membrana hialina se refiere al;

- a. Sistema arterial
- b. Sistema venoso

c. Aparato respiratorio

d. Aparato digestivo

RC: C

13. El riesgo de que un feto de madre seropositiva al SIDA se infecte se estima en:

a. 20-30%

b. 60%

c. 95%

d. Si la gestante está tratada, 2-5%

RC: B

14. En la profilaxis de la isoimmunización antenatal ¿en qué casos está indicada la GG anti-D?

a. En la semana 28, en mujer con RH (-)

b. Después de un cerclaje cervical

c. Después de un sangrado uterino y con tres semanas de intervalo de una dosis anterior

d. Todas las respuestas anteriores son correctas

RC: D

15. Según la teoría de Friedberg, ¿Cuándo se considera de mal pronóstico la ictericia grave del recién nacido en relación la Hb de este?

a. Hb entre 12-15gr%

b. Hb entre 8-10 gr%

c. Hb entre 10-12 gr%

d. Hb menor de 8 gr%

RC: D

16. Cuando la madre sea enferma o portadora de VHB ¿Qué dosis debe suministrar al RN de gammaglobulina anti B por vía IM?

a. 0.20 cc

b. 0.50 cc

c. 0.10 cc

d. 1 cc

RC: B

17. En el Kernícterus, la bilirrubina....

a. está elevada en sangre

b. mantiene cifras normales

c. está disminuída

d. el trastorno no guarda relación con la bilirrubina

RC: A

18. En la serología de embarazada vacunada de Hep B encontraremos:

a. Ag Hbs positivo, anti Hbc positivo y Ag Hbe positivo

b. Anti Hbs Ag positivo y anti Hbc positivo, resto negativos

c. Anti Hbs Ag positivo y resto negativos

d. Ag Hbe positivo y resto negativos

RC: C

19. ¿A qué se denomina síndrome de Potter?

a. a la acumulación anormal de líquido en los ventrículos cerebrales

b. al pie zambo

c. a un defecto del anillo umbilical

d. a la agenesia renal y alteraciones asociadas al oligohidramnios

RC: D

20. SESCOAM 2018 ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación de terminación de embarazo inmediata en CIR?

a. Flujo diastólico  $\geq 32$  semanas de gestación

b. Flujo diastólico usente  $\geq 34$  SG

c. Disminución del flujo diastólico en semana 35

d. Doppler ductus venoso anormal

ANULADA

21. ¿Cuál de las siguientes NO es un factor de riesgo de parto pretérmino?

a. Edad >40 años

b. Raza asiática

c. Hábito tabáquico

d. Anemia ( Hb <10 g/dl)

RC: B

22. OSAKIDETZA 2009 En la herencia dominante ligada al cromosoma X. ¿Cuándo hay mayor riesgo de afectación de los hijos?

a. Cuando el gen anormal es heredado a través de la madre

b. Cuando el gen anormal es heredado a través del padre

c. El riesgo es el mismo, sea herencia del padre o de la madre

d. En la herencia dominante ligada al cromosoma X no hay transmisión de genes anormales

RC: A

23. ¿Cómo se denominan las anomalías congénitas en las que están implicados varios genes y factores de interacción ambiental?

a. Mixtas

b. Multigenéticas

c. Multifactoriales

d. Genético-ambientales

RC: C

24. La mayoría de las anomalías cromosómicas son:

a. Transmitidas de generación en generación

b. Causadas por un error en el desarrollo del óvulo o del espermatozoide

- c. Debidas a teratógenos
- d. Evitables haciendo consejo genético

RC: B

25. ¿Cuál de los siguientes es factor de riesgo importante en enfermedades recesivas (anomalías con mecanismo recesivo de transmisión)?

- a. Edad materna
- b. Edad paterna
- c. Consanguineidad
- d. Factores ambientales

RC: C

26. En el neonato la hiperbilirrubinemia fisiológica puede ser debida a:

- a. aumento del volumen de hematíes/kg y disminución de la supervivencia de los hematíes
- b. aumento de la eritropoyesis ineficaz
- c. aumento de la circulación enterohepática debido a concentraciones elevadas de B-glucuronidasa intestinal
- d. todas son ciertas

RC D

27. De los siguientes agentes químicos ocupaciones, indique cuál es el sospechoso de causar defectos congénitos:

- a. Disulfuro de carbono
- b. Hidrocarburos
- c. Oxido nitroso
- d. Estireno

RC: B

28. Cualquier agente que puede causar la formación de estructuras anormales en un embrión o feto, se denomina:

- a. Teratógeno



- b. Agente extrínseco
- c. Agente biológico
- d. Agente patógeno

RC: A

29. En relación al consumo de alcohol durante la gestación señale la FALSA:

- a. Puede producir retraso en el crecimiento fetal
- b. Puede producir anomalías craneoencefálicas
- c. En cantidades pequeñas como 30 gr/día está demostrado que no produce efectos nocivos
- d. Puede producir algún grado de retraso mental

RC: C

30. El concepto de CIR contempla a los fetos:

- a. Peso inferior al percentil 5 para su edad gestacional
- b. Peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional
- c. Peso inferior al percentil 15 para su edad gestacional
- d. Peso inferior al percentil 20 para su edad gestacional

RC: B

31. OSAKIDETZA 2006 Señale cuál de los siguientes factores etiológicos que predisponen al CIR retardado tipo simétrico es INCORRECTO:

- a. Infecciones intra uterinas
- b. Teratógenos
- c. Anomalías cromosómicas
- d. Insuficiencia placentaria

RC: D

32. El diagnóstico neonatal del niño con CIR tipo simétrico corresponde con:

- a. Niños pequeños, pero sin signos de desnutrición y deshidratación

- b. Niños pequeños, con signos de desnutrición y deshidratación
- c. Niños con dimensiones desproporcionadas entre el perímetro cefálico y el perímetro abdominal
- d. Placenta desproporcionada con el peso del feto

RC: A

33. El tratamiento neonatal del RN con retardo del CIR tipo asimétrico consiste en:

- a. Alimentación tardía para evitar intolerancias
- b. Hacer cariotipo para descartar cromosomopatías
- c. Antibioterapia profiláctica para prevenir infecciones nosocomiales
- d. Controlar y corregir la hipoglucemia mediante administración de solución glucosada por vía oral o parenteral

RC: D

34. El prematuro sufre numerosos problemas, con más frecuencia que el recién nacido a término, entre ellos están:

- a. Hiperglucemia
- b. Hipocalcemia
- c. Hipercoagulabilidad
- d. Menos malformaciones

RC: B

35. SES 2008 Señala cuál de los siguientes signos clínicos del síndrome de posmaduridad en un recién nacido NO es correcto:

- a. Surcos plantares muy profundos
- b. Cara delgada con aspecto de "hombre viejo"
- c. Abundante vérmix
- d. Ojos alerta, muy abiertos, observando objetos

RC: C

36. La tríada de defectos congénitos: catarata congénita, sordera y cardiopatía es característica de:

- a. Sífilis
- b. Toxoplasmosis
- c. Rubeola
- d. Varicela

RC: C

37. Se hará profilaxis del Estreptococo-Beta-Agalactia E cuando:

- a. Cultivo vagino-rectal con EGB positivo
- b. Bacteriuria por EGB en la gestación
- c. Parto anterior: infección neonatal por EGB
- d. Todas son ciertas

RC: D

38. Se debe realizar profilaxis anti-isoinmunización Rh en aquellas mujeres Rh negativas:

- a. a las 12 semana
- b. Post-parto si el recién nacido es Rh negativo
- c. Post-aborto en las primeras 72 horas
- d. Antes de realizar test de Coombs indirecto previo

RC: C

39. El hígado del RN tiene habilidad disminuída para conjugar la bilirrubina por falta de la encima glucuroniltrasferasa. ¿Cuál de los siguientes conceptos sobre la ictericia NO es verdadero?

- a. La ictericia visible generalmente se manifiesta en el segundo o tercer día de vida
- b. La valoración del color de la piel es de importancia en el cuidado del neonato
- c. La valoración de los niveles de bilirrubina es importante en los niños con ictericia visible porque la bilirrubina es tóxica para el SNC
- d. Es menos probable que un niño de piel oscura sufra los efectos tóxicos de la elevación de la bilirrubina

RC: D

40. Para que sea valorable la ictericia en el recién nacido, la bilirrubina debe superar:

- a. 3 mg/100 ml
- b. 2 mg/100 ml
- c. 5 mg/100 ml
- d. sólo es observable cuando aparece el kernícterus

RC: C

41. SACYL 2006 El síndrome del alcoholismo fetal se caracteriza por:

- a. Retraso mental
- b. Anomalías cardíacas
- c. Hipospadias
- d. Todas son ciertas

RC: D

42. La mayor parte de las malformaciones son:

- a. El resultado de factores genéticos
- b. el resultado de una interacción entre factores genéticos y ambientales
- c. el resultado de una interacción entre factores genéticos y sociales
- d. El resultado de factores ambientales

RC: B

43. ¿Qué medicamentos tienen alto riesgo teratogénico para los humanos?

- a. Litio, sulfamidas y tetraciclina
- b. ácido acetilsalicílico, ansiolíticos y fenitoína
- c. captopril, codeína y antitiroideos
- d. todas son ciertas

RC: C

44. La malformación llamada SDR o enfermedad de la membrana hialina se refiere al:

- a. aparato digestivo

- b. sistema arterial
- c. sistema venoso
- d. aparato respiratorio

RC: D

45. En relación con las malformaciones, si hablamos de vólvulo nos referimos:

- a. al páncreas anular
- b. a la fístula traqueo-esofágica
- c. a la rotación del intestino
- d. al ano imperforado

RC: C

46. En relación con el SNC, señale la alternativa correcta:

- a. La espina bífida es la denominación general de los defectos del tubo neural que afectan a la región espinal.
- b. El megalon congénito también se denomina enfermedad de Smith
- c. El meningocele es una malformación causada por un defecto de osificación de los huesos del cráneo.
- d. La respuesta a y c son correctas

RC: D

47. ¿cuál de los siguientes factores no influyen en la macrosomía fetal?

- a. Diabetes materna
- b. Progenitores de gran tamaño
- c. La multiparidad
- d. La esclerosis múltiple materna

RC: D

48. El CIR tipo I:

- a. presenta un crecimiento simétrico

- b. presenta un crecimiento asimétrico
- c. una de las posibles causas puede ser la alteración cromosómica
- d. las opciones a y c son correctas

RC: D

49. Según la teoría de Friedberg, ¿cuándo se considera de pronóstico malo la ictericia grave del RN en relación con los valores de Hb?

- a. Hb normal
- b. Hb entre 8 y 10 grs %
- c. Hb entre 10 y 12 grs%
- d. Hb menor de 8 grs%

RC: D

50. SCS 2012 En la profilaxis de la isoimmunización antenatal ¿en qué casos está indicada la GG anti-D?

- a. En la SG 28, en una mujer con Rh negativo
- b. Después de un sangrado uterino con 3 semanas de intervalos de la dosis anterior
- c. Después de un cerclaje cervical
- d. Todas son ciertas

RC: D

51. ¿En qué momento se suspende el tto antibiótico en la infección del RN?

- a. Tª menor de 37
- b. PCR normal
- c. Mejoría clínica y analítica y PCR normal en un intervalo de 48 horas
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas

RC: C

52. Señale la respuesta correcta:

- a. 46 xy= cariotipo masculino normal



- b. 45= monosomía X, síndrome de TURNER
- c. 47 xy+ 21 = varón afectado de Sd Down
- d. todas son ciertas.

RC: D

53. ¿En qué casos estaría indicada la terapia antirretroviral en una gestante con infección por HIV?

- a. en aquellas con elevada carga viral
- b. en embarazadas con bajo recuento de CD 4
- c. en todos los casos de embarazo e infección por HIV
- d. cuando es necesario por salud materna

RC: C

54. ¿Cuál de los siguientes es el fármaco de elección en trabajo de parto de gestante con infección por HIV y más de 400 copias/ml de RNA?

- a. zidovudina
- b. efavirenz
- c. lamivudina
- d. nevirapina

RC: A

55. En relación al manejo del parto en gestantes VIH positivas señale la incorrecta:

- a. Se recomienda disponer de una determinación de carga viral plasmática (CVP) lo más cercana posible al momento del parto
- b. En caso de CVP baja (<1000 cop/ml) la cesárea electiva no parece reducir la transmisión vertical
- c. se deben evitar las maniobras invasivas
- d. se ha de lavar al RN lo antes posible

RC: D

56. En relación con la infección por herpes genital en la embarazada señale la correcta:

- a. Todo episodio de infección primaria durante la gestación es indicación de cesárea

- b. El riesgo de infección neonatal es bajo (1-3%) en casos de lesiones recurrentes en el momento del parto
- c. Se contraindica cualquier tipo de antirretroviral en la gestación
- d. La vía del parto en cualquier caso es la vaginal

RC: B

57. De las siguientes enfermedades señale aquella cuyo patrón hereditario está ligado al cromosoma X:

- a. Enfermedad de Huntington
- b. Hemofilia A
- c. Fibrosis quística
- d. Anemia drepanocítica

RC: B

58. En el caso de una pareja en la que ambos miembros son portadores de un trastorno autosómico recesivo, la probabilidad de tener un hijo afecto es:

- a. 0%
- b. 100%
- c. 50%
- d. 25%

RC: D

59. SALUD 2017 La malformación más frecuente de las anomalías vasculares es

- a. El síndrome de la arteria umbilical única
- b. El síndrome de las dos venas umbilicales únicas
- c. El síndrome de las dos venas y la arteria umbilical únicas
- d. El síndrome de las dos arterias umbilical únicas

RC: A

60. En relación a las gestantes consumidoras de cocaína, sería falso;

- a. El principal problema que ensombrece el pronóstico de la gestación es el riesgo teratogénico

- b. Incrementa el riesgo de prematuridad
- c. Incrementa el riesgo de aborto espontáneo
- d. Pasa con facilidad la placenta y la barrera hematoencefálica fetal

RC: A

61.Cuál es la respuesta correcta:

- a. Sólo se hace Coombs indirecto en el primer trimestre a las pacientes RN negativo
- b. En una paciente Rh negativo con amniocentesis a las 18 semanas ya no se le repite el Coombs porque va a salir siempre positivo
- c. En la paciente anterior se hace Coombs en los 2 trimestres restantes y si sale positivo 1/8 es porque está empezando a hacer una isoinmunización Rh
- d. Debemos vacunar a todas las pacientes Rh negativas aunque su pareja sea negativa también

RC: D

62. SAS 2016 ¿Qué porcentaje de contraer virus VIH tienen los lactantes que son amamantados por madres infectadas de dicho virus?

- a. 5-10%
- b. 10-20%
- c. 20-30%
- d. 25-35%

RC: B

63. El bebé de Ana al nacer, pesó 3600 gr y no sufrió, al menos aparentemente, ningún traumatismo. ¿cuál es la lesión ósea más frecuente en el recién nacido?

- a. fractura de fémur
- b. fractura de húmero
- c. fractura de clavícula
- d. fractura craneal

RC: C

64. Al nacer, la hija de Ana presentó dificultad respiratoria. EL test de Silverman-Andersen se realiza a neonatos que presentan algún tipo de dificultad en la respiración.....¿cuántos parámetros valora?

- a. diez
- b. ocho
- c. cinco
- d. cuatro

RC: C

65. La puntuación global del test de silverman-anderson que le realizamos a la hija de Ana que presentó alguna dificultad respiratoria al nacer oscila:

- a. entre cero y veinte puntos
- b. entre cero y diez puntos
- c. entre cero y cinco puntos
- d. entre cero y cuatro puntos

RC: B

66. La recién nacida de Ana presentó dificultad respiratoria al nacer. La frecuencia respiratoria normal del neonato oscila entre:

- a. 40-60 rpm
- b. 30-50 rpm
- c. 35-45 rpm
- d. 25-35 rpm

RC: A

67. La primera valoración del test de ápgar de la hija de Ana fue de 6. En un recién nacido la frecuencia cardíaca normal oscila entre:

- a. 180-140 lpm
- b. 160-120 lpm
- c. 140-100 lpm
- d. 150-110 lpm

RC: B

68. Osakidetza 2008 El parto vaginal está contraindicado si:

- a. La madre es diagnosticada de sífilis en el tercer trimestre de gestación.
- b. Se diagnostica una tuberculosis activa en el momento del parto.
- c. La madre presenta lesiones de Herpes tipo II clínicamente evidentes en el canal blando cuando se desencadena el parto.
- d. La madre presenta una serología positiva de VIH.

RC: C

69. SERMAS 2006 Una de las ventajas del screening de la infección por VIH en el embarazo es:

- a. Disminuir la ansiedad materna.
- b. Evitar la marginación social.
- c. Favorecer tratamientos con antirretrovirales.
- d. La detección se hará en la primera consulta gestacional.

RC: C

70. SERMAS 2006 El diagnóstico de seropositividad VIH requiere al menos:

- a. Un Western blot positivo.
- b. Un Elisa positivo
- c. Un Western blot y un Elisa positivos.
- d. Dos Elisa y un Western blot positivos.

RC: D

71. SERMAS 2006 La importancia fundamental de la hepatitis B durante el embarazo reside en:

- a. La dificultad de diagnosticarla.
- b. Que el virus de la hepatitis B es teratogeno.
- c. Que la infección se puede transmitir al feto.
- d. Que el neonato no puede ser tratado.

RC: C

72. SERMAS 2006 Las causas infecciosas de la hepatitis aguda se deben a:

- a. Virus.
- b. Virus, bacterias, hongos y protozoos.
- c. Bacterias y tóxicos.
- d. Virus y fármacos

RC: A

73. SACYL 2008 Cuando la madre sea enferma o portadora de VHB ¿Qué dosis debe suministrarse al recién nacido de gammaglobulina anti-B por vía intramuscular?:

- a. 0,20 cc
- b. 0,50 cc
- c. 0,10 cc
- d. 1 cc

RC: B

74. SACYL 2006 Cuando la madre sea portadora del VHB o esté padeciendo la enfermedad ¿qué dosis debe suministrarse al recién nacido de gammaglobulina antihepatitis B por vía IM?

- a. 0,10 cc.
- b. 0,20 cc.
- c. 0,30 cc.
- d. 0,50 CC.

RC: D

75. SCS 2012 En relación al manejo del parto en gestantes VIH positivas señale la incorrecta:

- a. Se recomienda disponer de una determinación de carga viral plasmática (CPV) lo más cercana posible al momento del parto.



b. En caso de CVP baja (<1.000 copias/ml) la cesárea electiva no parece reducir la transmisión vertical.

C. Se deben evitar maniobras invasivas.

d. Se ha de lavar al recién nacido lo antes posible.

RC: D

76. Osasunbidea 2018 Qué factores influyen en la transmisión vertical de VIH madre-hijo relacionadas con el embarazo. Señale la respuesta Incorrecta:

a. Infección por VIH sintomática.

b. Consumo de opiáceos durante la gestación.

c. Prematuridad.

d. Maniobras invasivas durante el embarazo.

RC: C

77. SAS 2004 ¿Qué aseveración es incorrecta ante las infecciones por Chlamydia trachomatis relacionada con el embarazo?

a. La infección cervical por clamidias eleva el riesgo de embarazo ectópico

b. No existe el riesgo de rotura prematura de membranas.

c. Se eleva el riesgo de parto prematuro.

d. Se incrementa el riesgo de infección del recién nacido por el conducto del parto.

RC: B

78. SAS 2004 la causa de la toxoplasmosis es el protozoo taxoplasma gondii, un microorganismo que puede afectar gravemente al feto. Señala la afirmación incorrecta:

a. La probabilidad de infección fetal aumenta en cada trimestre del embarazo pero disminuye el riesgo de alteraciones fetales.

b. la asistencia de enfermería de las mujeres durante al periodo prenatal ofrece la oportunidad de exponer los métodos usados para prevenir la toxoplasmosis.

C. La mujer debe evitar la carne cruda o mal cocinada sobre todo la porcina, vacuna y ovina.

d. El periodo de incubación es de 5 días por lo que debemos tener presente las actividades cotidianas para averiguar qué provocó la infección.

RC: D

79. SAS 2013 Sobre la toxoplasmosis y gestación no es cierto que:

- a. El riesgo de transmisión y de afectación fetal disminuye a medida que avanza la gestación.
- b. El *Toxoplasma Gondii* es un parásito protozoario que se transmite mediante quistes.
- c. En los neonatos afectado podemos encontrar hidrocefalia, calcificaciones intracerebrales y corioamnionitis.
- d. Una gestante con Inmunoglobulina G positiva e Inmunoglobulina M negativa ya está previamente inmunizada.

RC: A

80. SERMAS 2006 En el caso de una seroconversión por toxoplasmosis durante la gestación se recomienda Iniciar tratamiento con:

- a. Penicilina
- b. Ampicilina más gentamicina,
- c. Ácido clavulánico más amoxicilina.
- d. Espiramicina.

RC: B

81. SERMAS 2014 si una gestante padece un herpes genital, cómo debe actuarse para evitar el contagio:

- a. El parto por vía vaginal está indicado.
- b. Programar una cesárea en la semana anterior a la fecha prevista para el parto.
- c. Se valora parto por cesárea o vía vaginal en el momento del ingreso.
- d. Tomar medidas profilácticas durante el parto.

RC: D

82. SALUD 2018 Según el Procedimiento de manejo de infección por virus Zika durante el embarazo y en recién nacido, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Abril 2017, es FALSO que:

- a. La infección por virus Zika se ha relacionado con la aparición de alteraciones neurológicas en recién nacidos debidas al especial neurotropismo que presenta el virus
- b. En las consultas prenatales, todas las embarazadas deben ser evaluadas sobre una posible exposición al virus y, en su caso, se debe descartar la infección
- c. En pacientes con riesgo epidemiológico y con clínica de infección, ofrecer amniocentesis + controles ecográficos (con neurosonografía cada 3 semanas) y valorar RM fetal a las 32-34 semanas
- d. Durante el parto, hay que evitar amniorrexia, monitorización interna o microtoma de pH en calota fetal

RC: D

83. Osakidetza 2006 El virus de la rubeola se transmite:

- a. Por manipular material contaminado por excretas de gato.
- b. Por vía parental
- c. Por gotitas respiratorias o contacto directo con personas Infeccionadas
- d. A través de relaciones sexuales.

RC: C

84. SACYL 2006 En la etapa prenatal ¿cuál es la causa de que el feto adquiera una infección por el aparato digestivo o por el aparato respiratorio?

- a. Toxoplasmosis.
- b. TBC.
- c. Líquido amniótico contaminado.
- d. HB.

RC: C

85. SACYL 2008 El riesgo de que un feto de madre seropositiva al SIDA se infecte se estima en:

- a. 20-30%

- b. 60%
- c. 95%
- d. si la gestante está tratada, 2-5%

RC: B

86. SACYL 2008 En relación con la TOXOPLASMOSIS, indique cual es falsa de las siguientes aseveraciones:

- a. La certeza de que el feto se haya contagiado se diagnosticará por funiculocentesis en sangre o estudio de líquido amniótico.
- b. La hidrocefalia, el retraso psicomotor o la hepatoesplenomegalia son patologías asociadas a este proceso.
- c. La dilatación ventricular es patología asociada a este proceso.
- d. La posibilidad de que el feto resulta afectado disminuye proporcionalmente a la edad gestacional

RC: D

87. SERMAS 2006 La toxoplasmosis está producida por:

- a. Un hongo.
- b. Una bacteria
- c. Un virus.
- d. Un protozoo.

RC: D

88. SERMAS 2006 Ante un contacto con varicela de una gestante no inmune se recomienda:

- a. Vacunar dentro de los cuatro días que siguen al contacto.
- b. Administrar gammaglobulina es dentro de los cuatro días que siguen al contacto.
- c. Vacunar sólo se aparecen las típicas vesículas.
- d. Administrar gammaglobulina es sólo si aparecen las típicas vesículas.

RC: A

89. SESMAS 2018 Señala la respuesta incorrecta. Según el CDC (centers for disease control and prevention) se debe sospechar una sífilis congénita en las siguientes situaciones:

- a. Madre tratada el mes anterior al parto.
- b. Madre tratada con eritromicina.
- c. Madre con tratamiento no documentado.
- d. Madre con sífilis tratada en el momento del parto.

RC: D

90. SCS 2012 En relación al manejo del parto en gestantes VIH positivas señale la incorrecta:

- a. Se recomienda disponer de una determinación de carga viral plasmática (CPV) lo más cercana posible al momento del parto
- b. En caso de CVP baja ( $<1.000$  copas/ml) la cesárea electiva no parece reducir la transmisión vertical.
- c. Se deben evitar maniobras invasivas.
- d. Se ha de lavar al recién nacido lo antes posible.

RC: D

91. SCS 2012 En relación con la infección por herpes genital en la embarazada señale la correcta.

- a. Todo episodio de infección primaria durante la gestación es indicación de cesárea.
- b. El riesgo de infección neonatal es bajo (1-3%) en casos de lesiones recurrentes en el momento del parto.
- c. Se contraindica cualquier tipo de antirretroviral en la gestación.
- d. La vía del parto en cualquier caso es la vaginal.

RC: B

92 SAS 2021 El test de Apgar puede verse influido por:

- A) Presencia de infección materna

- B) Edad gestacional del Recién Nacido
- C) Medicación sistémica administrada a la madre
- D) Todas son correctas

RC: D

93 SAS 2021 ¿Qué factores del parto se han relacionado con la aparición de trauma obstétrico?

- A) Infecciones maternas
- B) Diabetes e hipertiroidismo materno
- C) Obesidad materna y discapacidad
- D) Presentaciones anómalas, maniobras obstétricas, parto instrumental y expulsivo rápido/prolongado

RC: D

94 SAS 2021 El PAI (Proceso Asistencial Integrado) de "Seguimiento de Recién Nacido de Riesgo" considera Recién Nacido de Riesgo aquel que, como consecuencia de sus antecedentes durante el embarazo, parto y/o periodo perinatal, tiene más posibilidades de presentar, en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo psíquico, sensoriales, motores o de comportamiento de forma transitoria o definitiva. Los factores que conllevan esta situación se clasifican como:

- A) De riesgo biológico, neurosensorial, psicológico, social o asociación de los mismos
- B) De riesgo biológico, neurosensorial y psicológico
- C) De riesgo biológico y neurosensorial
- D) Solo los biológicos

RC: A