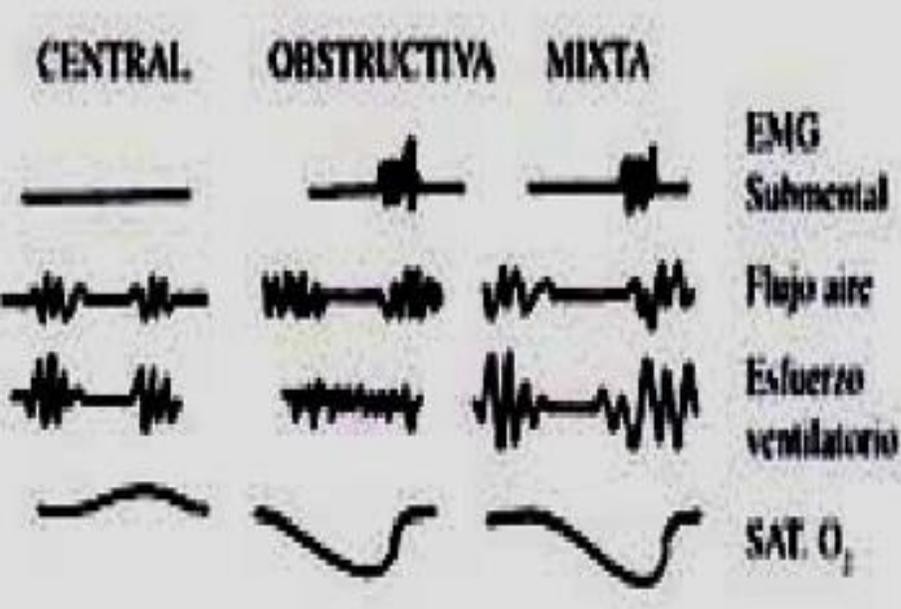


Interrupción de la respiración

APNEA DEL PREMATURO

Pausa respiratoria mayor de 20 segundos de duración

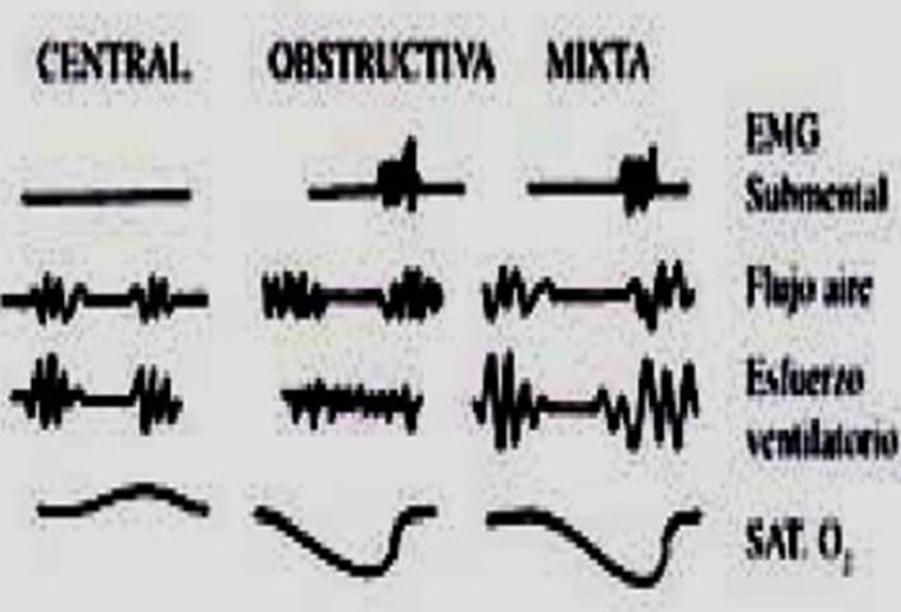


SEGÚN LA PRESENCIA O NO DE ESFUERZOS RESPIRATORIOS SE CLASIFICAN EN **CENTRALES, OBSTRUCTIVAS Y MIXTAS.**

Disminución de los estímulos que el SNC envía a los músculos respiratorios.

Centrales: hay cese de movimientos respiratorios, representan un 10-25%.



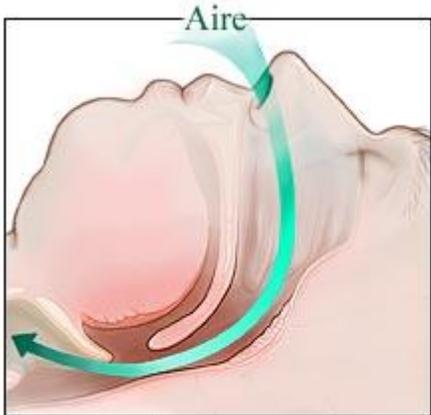


Ausencia de flujo aéreo, con persistencia del movimiento de la pared torácica

Obstructivas: (10-20%).

Vía respiratoria normal

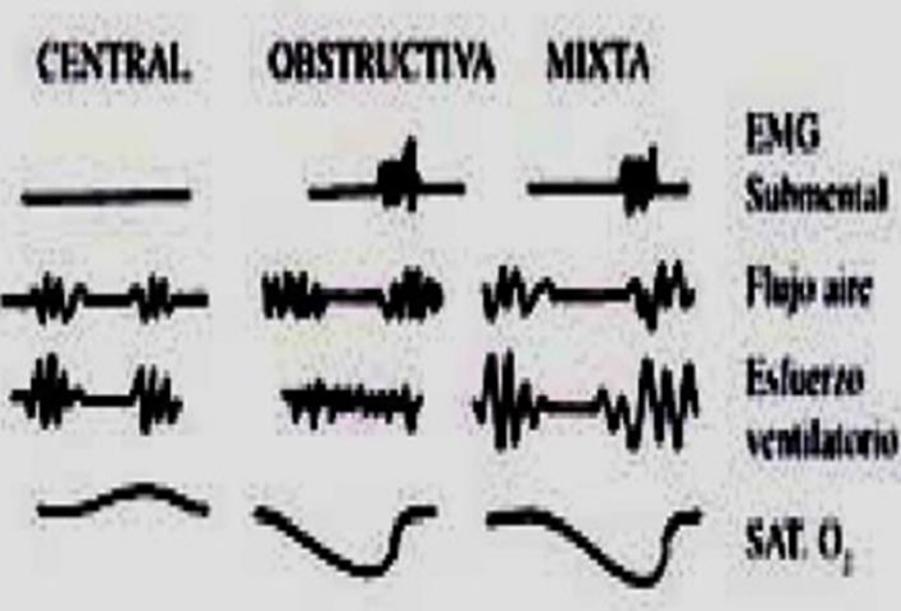
Apnea obstructiva del sueño



La vía respiratoria está abierta y el aire se mueve a través de ella

La vía respiratoria está bloqueada y el aire no se mueve a través de ella





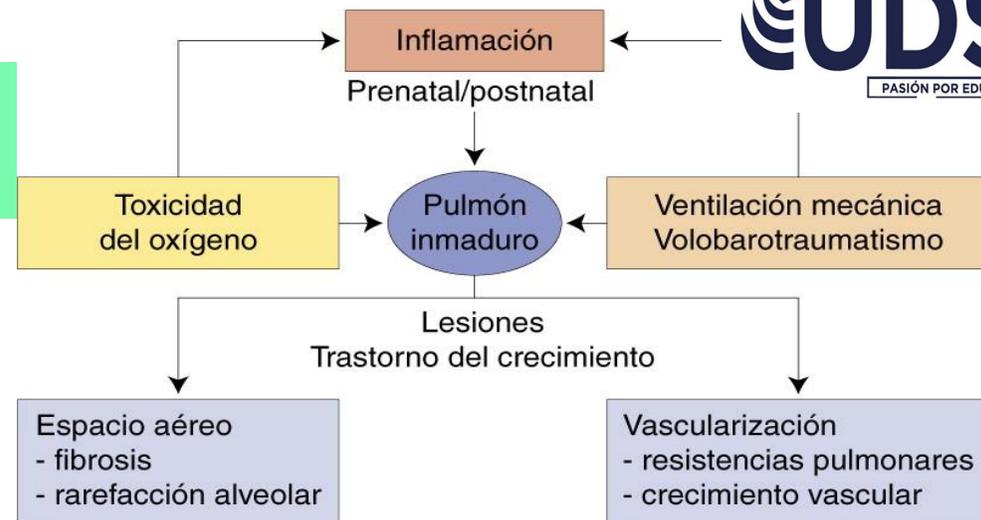
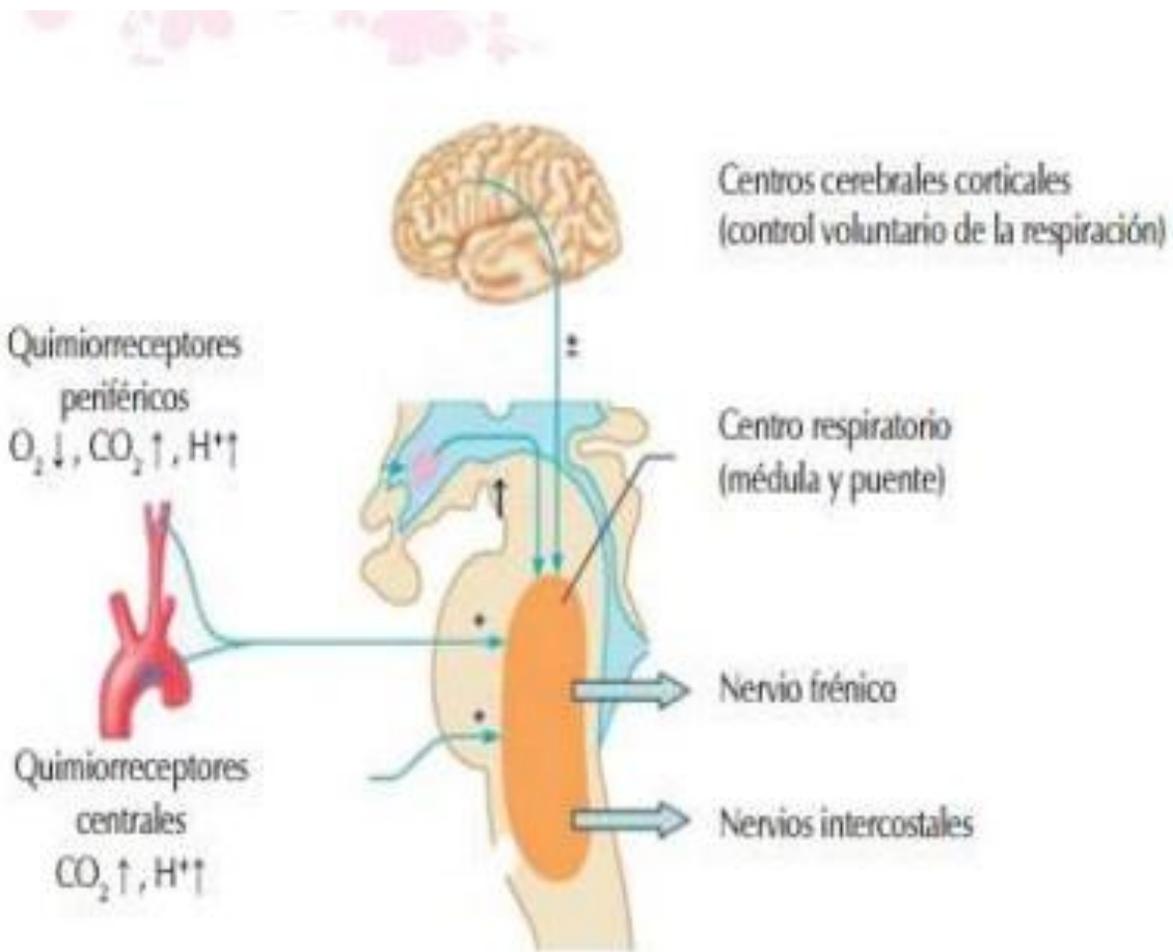
Una apnea obstructiva que precede o que sigue a una apnea central.

Mixtas: hay obstrucción más pausas de movimientos respiratorios (50-75%). Son las más comunes.



Fisiopatología

Inmadurez de los quimiorreceptores.

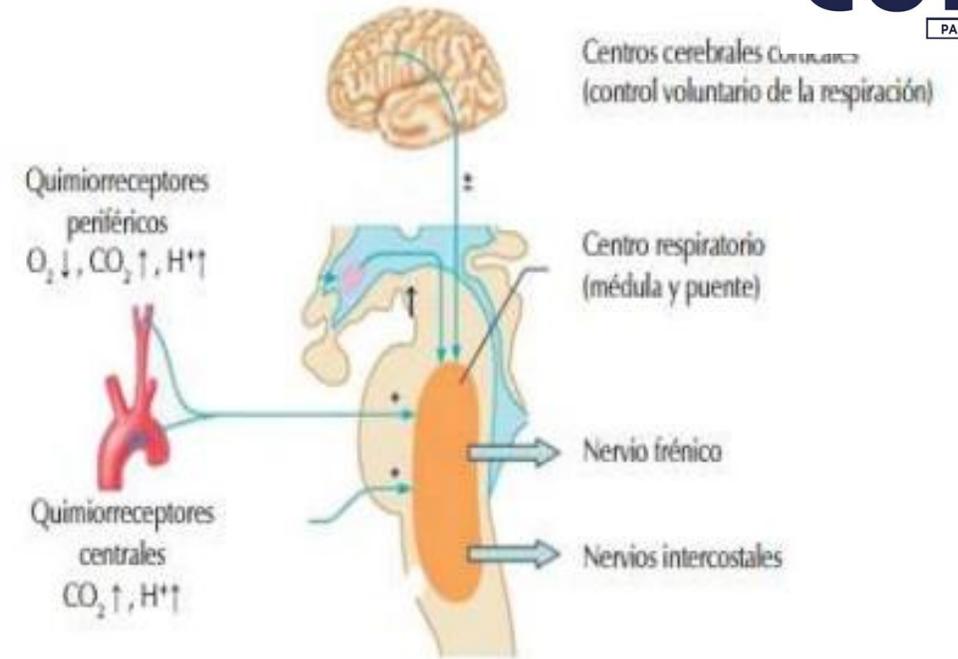


EMC



Fisiopatología

Hipoxemia

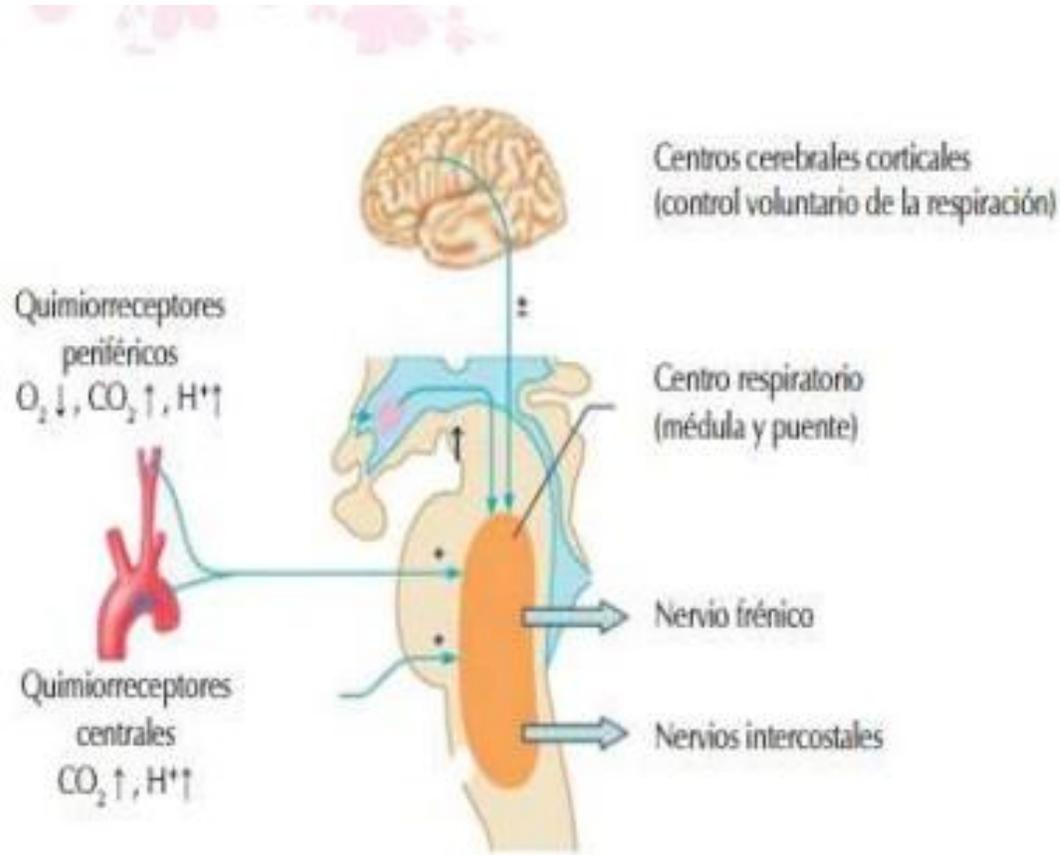


En PT menores de 1500g la hipoxia produce caída inmediata y mantenida de la ventilación, sin aumento inicial.



Fisiopatología

Reflejos pulmonares y de las vías aéreas

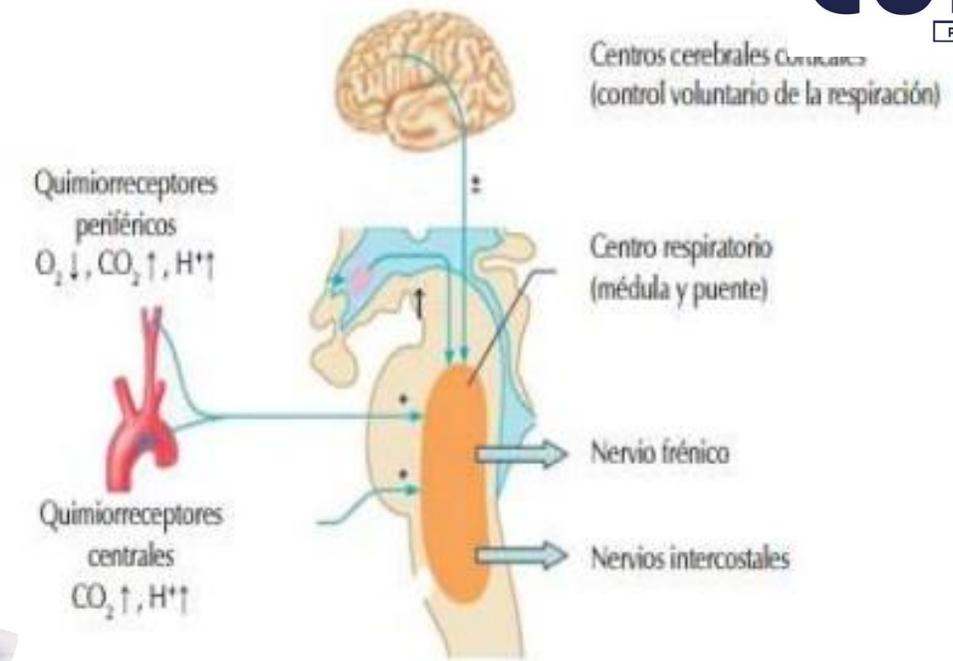


Existe en todos los seres humanos, pero en el RN PT aparentemente estaría aumentado.



Fisiopatología

Estado del sueño





La **severidad de la apnea** → disminución de la FC y de la SatO₂ y no de la duración del evento.

la **incidencia y la severidad** de la apnea están en relación inversa con la edad gestacional →



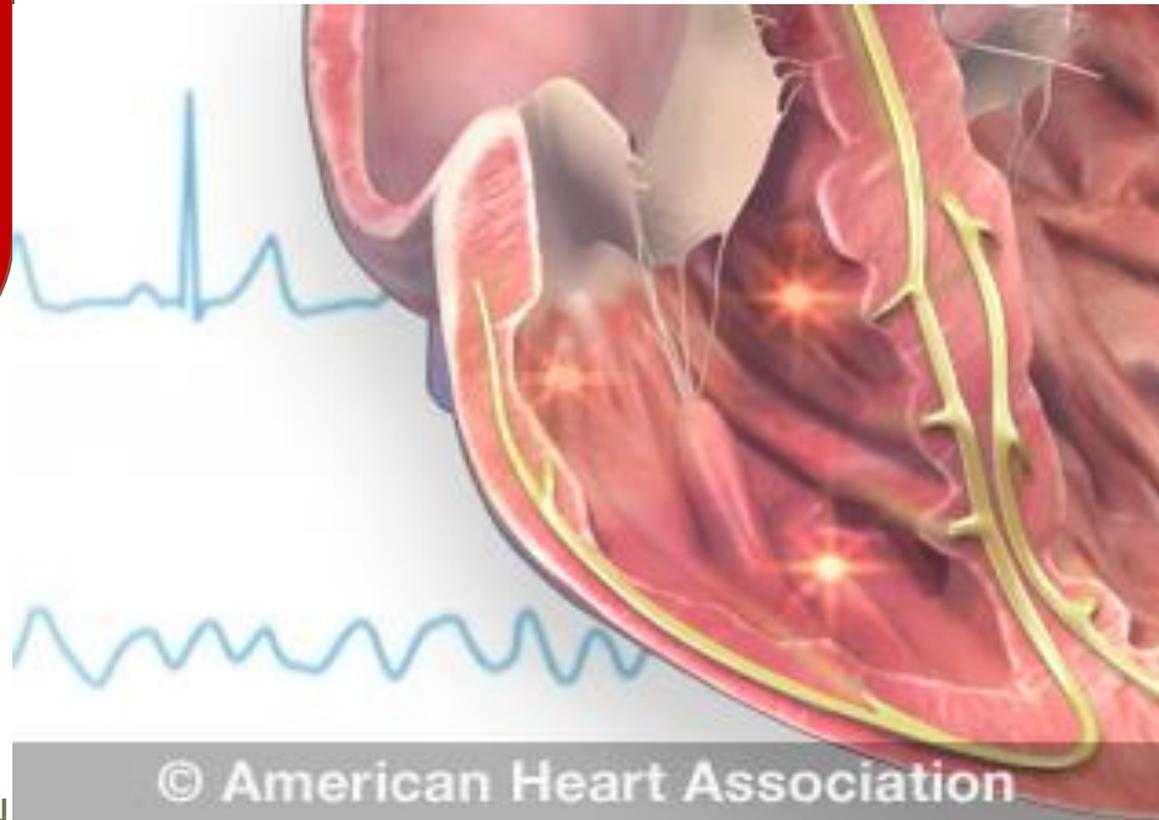
Por debajo de 1000 g casi el 100% presentará apneas y el 25% en los menores de 2.500 g.



MANIFESTACIONES CLINICAS

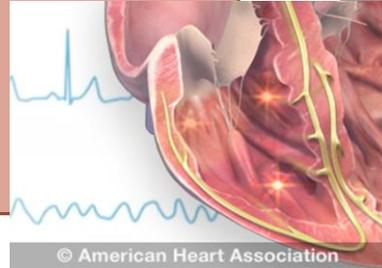
Duración de la apnea → bradicardia gravedad de la hipoxia.

En más del 95% de los casos la bradicardia aparece 1 o 2 segundos después de la apnea y en la mayoría es sinusal, aunque también puede ser nodal.



La bradicardia sin apnea
 ← respuestas vágales.

bloqueo cardiaco.



© American Heart Association



¡ ATENCIÓN !

Saturación óptima en recién nacidos prematuros a los que se administra Oxígeno con cualquier sistema (ARM, CPAP, halo, bigotera, etc.)

Edad gestacional (EG) Peso al nacer (PN)	Saturación deseada	Alarma mínima del saturómetro	Alarma máxima del saturómetro
EG < 32 semanas ó PN < 1.200 g	86% a 92%	85%	93%
EG > 32 semanas ó PN > 1.200 g	86% a 94%	85%	95%

Fuente: Recomendaciones para el Control de la Saturación de Oxígeno Óptima en Prematuros. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, enero de 2010.

Ministerio de Salud de la Nación - Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
 Grupo Colaborativo Multicéntrico "Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro (ROP)"



MANIFESTACIONES CLINICAS



TRATAMIENTO

Los recién nacidos con riesgo de apnea deben permanecer **vigilados con monitores cardiorrespiratorios.**

Estimulación táctil suave para corregir el cuadro.



TRATAMIENTO

hecho crítico que justifica una valoración inmediata.

La apnea recidivante de la prematuridad puede tratarse con **teofilina o cafeína**.



TRATAMIENTO

Metilxantinas

teofilina o cafeína.



CPAP



PRESION POSITIVA
CONTINUA EN
LA VIA AEREA

CPAP NEONATAL

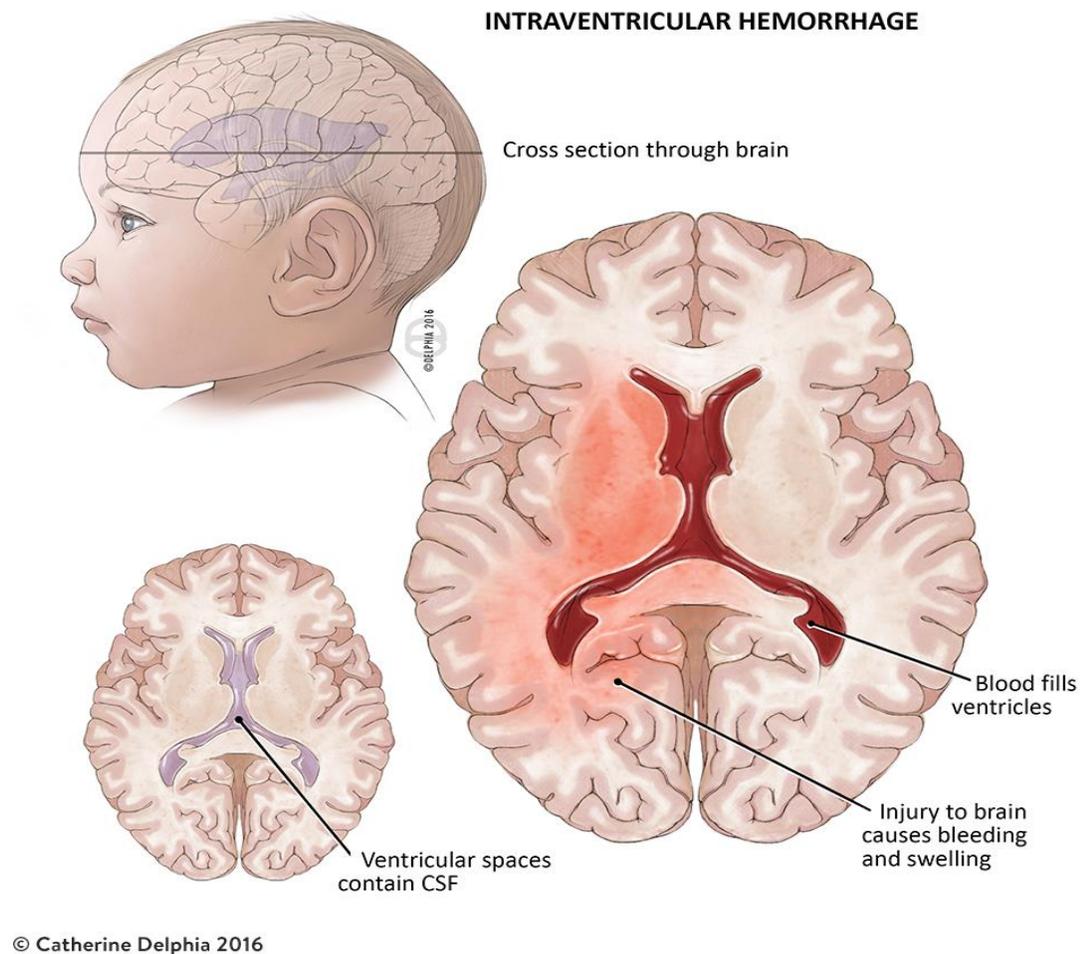


PRONOSTICO

Grave?

Recidivante?

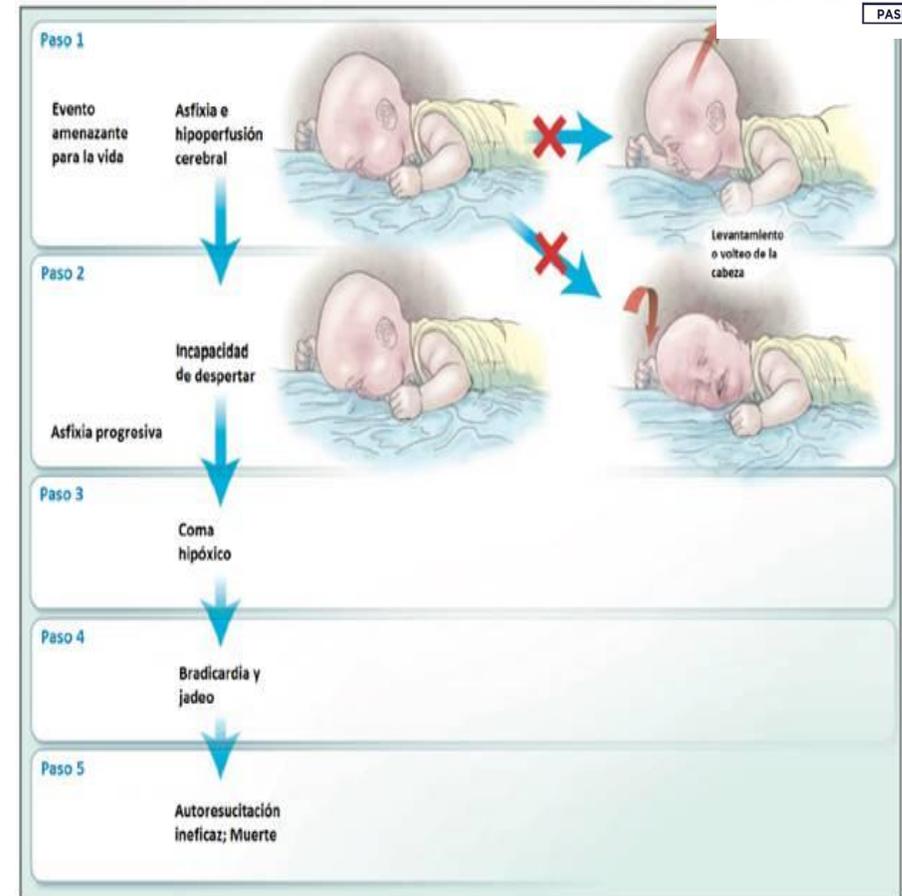
No responde al
tratamiento?



PRONOSTICO



→ **prematuro extremo** nacidos con 28 semanas de gestación
 síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).



¿DOMICILIO?



FACTOR DE RIESGO?



Consejos para un sueño seguro

<p>Acostar al bebé boca arriba</p> <p>El bebé debe colocarse de espaldas boca arriba para dormir en la noche y a la hora de la siesta. Su cabeza, brazos y manos deben quedar por fuera de las sábanas.</p>	<p>Seguridad en la cuna</p> <p>El lugar más seguro para que duerma un niño es su cuna, sobre un colchón firme. Hay que mantener fuera de la cuna almohadas, arañados, peluches y otros objetos blandos.</p>	<p>Amamantar al bebé cada vez que lo pide</p> <p>La lactancia materna es un factor clave en la protección de la salud del bebé.</p>	<p>Estilo de vida saludable</p> <p>No fumar ni beber alcohol durante el embarazo. Lo mejor es evitar que alguien fume cerca del bebé, ya que el humo del tabaco aumenta el riesgo de muerte súbita.</p>	<p>Uso del chupete</p> <p>Ofrecer chupete al niño después del primer mes de vida podría ayudar a disminuir el riesgo de muerte súbita.</p>
--	--	--	--	---

FUENTE: El Fundation for SIDS. Infografía: JF

*POSICION EN LA QUE DUERME.

*PREMATURIDAD



APNEA Y SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

