



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE

MATERIA: PEDIATRÍA

ALUMNA: DANIA ESCOBEDO CASTILLO

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO GRUPO A

HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE.

La presión pulmonar fetal normal es alta comparada a postconatal y la falta de disminución de la misma en la transición a la vida extrauterina (de ahí la denominación persistente), es la base fisiológica del síndrome. La presión alta en el lecho vascular pulmonar es una condición normal y necesaria en la vida fetal.

Incidencia y factores de riesgo.

2 a 6 de cada 1,000 RN mayores de 35 semanas. Un RN de más de 34 semanas tiene 7.4 veces más riesgo de presentar H.P.

Etiología.

Las causas que producen HPPRN pueden dividirse en 2 grupos según el lecho vascular sea normal o no.

Normal → Mala adaptación: Causa más frecuente.

Anormal → Remodelación e hipoplasia pulmonar.

Mala adaptación: Causa más frecuente de HPPN y se asocia a eventos perinatales como asfixia, hipotermia, hipoglucemia, neumonía SALARI, SDR.

Remodelación vascular: Secundaria a estrés crónico. En la Rx los pulmones son negros, debido a la ausencia del trama vascular, por el aumento de la presión pulmonar.

Hipoplasia pulmonar: Asociación entre vasoconstricción pulmonar y desbalance entre continente y contenido.

Cuadro clínico.

Hipoxia como característica principal.
Episodios de labilidad de PaO_2 . Frente a estímulo como el llanto, cambio de pañales o de posición, colocación de una sonda nasogastrica o vías venosas presenta disminución de la PaO_2 .

Diagnostico.

Radiografía: Varía según la causa de HPP.
HPPN (sin causa pulmonar subyacente) se observa hiperflujos pulmonares (campos pulmonares negros).

Ecolcardiografía: más importante, cuantifica la diferencia entre presión pulmonar y sistémica. Define la afectación cardiaca producida por HPP.

Tratamiento.

Se basa en lograr la vasodilatación pulmonar y mantener la presión pulmonar y mantener la presión arterial sistémica por encima de la resistencia vascular pulmonar.

La droga más importante para lograr la disminución de RVP, es el oxígeno. Tratamiento de la insuficiencia respiratoria, apoyo hemodinámico que permita mantener la resistencia vascular sistémica

Medidas antiapatorias → Para prevenir la gravedad del cuadro.

Medidas generales

- control temperatura
- Monitorización
- colocación de catéteres
- Balance estricto
- evaluar presencia de acidosis
- sedación (opíoides).

Tratamiento respiratorio: oxígeno, ventilación mecánica, administración de surfactante, ventilación de alta frecuencia.

Apoyo hemodinámico: Dobutamina mejora el inotropismo cardíaco y disminuye RVS.

Oxido nítrico para disminuir RVP. 20 partes por millón

CORTOCIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA.

El pasaje de sangre no oxigenada al circuito de la sangre oxigenada es la base fisiopatológica de HPP. Este pasaje o cortocircuito de derecha a izquierda puede ocurrir a través del foramen oval o a través del ducto. Cuando esto ocurre se puede observar la diferencia de saturación entre la parte del cuerpo irrigada por las ramas de la aorta que salen antes del ducto.

Bibliografía.

Farina, D. (2017) Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Enfermería neonatal.