



**Universidad del Sureste Escuela
de Medicina**

Hipertensión Pulmonar persistente

Docente: Anzhony Cruz Jeffery

Materia: Pediatría

Alumno: Gómez Albores Roberto

Semestre: 6° Grupo A

20/abril/2021

Roberto Rómer Albes

Hipertensión pulmonar persistente

La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido es un trastorno crónico e hipoxico caracterizado por la falta de la caída de la resistencia vascular pulmonar y por la persistencia de shunt de derecha e izquierda de sangre a través del foramen oval y el ducto arterioso en el periodo post natal.

- Incidencia → 0,43 y 6,6 por 1000 nacimientos
- Común en recién nacidos a término y cesárea
- Sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal

La gravedad de la hipertensión pulmonar persistente está probablemente relacionada con el amplio espectro de factores etiológicos el ambiente fetal perinatal:

- Exposición de drogas
- Hipo
- Esfuerzo
- Deber
- Obesidad materna
- Diabetes
- Cesárea

Juegan papel importante junto con los cambios epigenéticos

Patogenia:

- Funcional (vasoconstricción)
- Estructural (remodelación arterial, reducción densidad vascular pulmonar)
- Trastorno multifactorial por lo cual es difícil que responda al tratamiento vasodilatador pulmonar

HTP funcional: La RVP elevada solo es debido a la vasoconstricción arterial pulmonar puede ser:

- Ideopática
- Secundaria

- Ideopática: Se explica por la expresión de factores constitucionales y/o genéticos que van a aumentar la sensibilidad de las arterias pulmonares a estímulos vasoconstrictores o van a disminuir los mecanismos de liberación de NO y de su acción

- Funcional Secundario: la mayoría de los casos se debe a asfixia y sepsis. Se explica por la acción directa (hipoxia, acidosis) o indirecta vía liberación de sustancia vasoactivas (leucocinas, endotelina, histamina, radicales libres).

HTP estructural: La RVP aumentada está dada por cambios estructurales en la circulación pulmonar. Siendo la vasocostricción secundaria se caracteriza por disminución del lumen de arteriolas pulmonares por engrosamiento por la capa muscular media y extensión del músculo liso a las ramas intracavas.

Clinica:

- Antecedentes prenatales o con el antecedente de haber sufrido asfixia o de presentar alguna patología antes mencionada.
- Signo principal → Cianosis central (hipoxia) **que no mejora con la administración de oxígeno**

Diagnóstico:

- Exámenes de laboratorio o e imágenes
- Gases arteriales → Tamar muestra (2 mg de arterial preductal y postductal)
Postductal > 15 a 20 mmHg orienta HTP
- Rx de tórax → permite objetivar patología pulmonar
- Ecocardiograma → Examen de elección
↳ permite ver → • shunt de derecha a izquierda a nivel ductal y a arterial
• Evidencia de aumento presión arterial pulmonar
• Regurgitación tricuspidica

Mango hemodinámico:

- Dopamina: Dosis 2-20 mcg/kg/min
- Dobutamina: Dosis 2-15 mcg/kg/min
- Adrenalina: Dosis 0.02 - 0.5 mcg/kg/min

Bibliografía

T, D. J. (julio de 2017). *HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE DEL RECIÉN NACIDO*. Obtenido de Manual de Neonatología:
http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_38.pdf