



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Resumen SDR y Sx membrana hialina”

Materia:

Pediatría.

Docente:

Dr. Jeffery Anzhony Cruz Robles

Alumno:

Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre:

6° “A”

Dificultad respiratoria en el RN.

SDR = Enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal déficit es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso.

Factores de riesgo = • Hipotermia • Asfixia perinatal
• Feto patía diabética • No haber recibido esteroides prenatales
• Ser del género masculino.

Diagnóstico temprano = Identificar signos de dificultad respi. progresiva.

Exploración = (Silverman) • Alto nasal • Quejido espiratorio
• Tiraje intercostal • Disociación toraco-abdominal.
• Retracción xifoidea • Cianosis • Polipnea.

Exámenes de laboratorio y gabinete = Gases en sangre arterial, Aspiración del contenido gástrico, Radiografía de tórax.

Tratamiento farmacológico. Oxígeno suplementario, surfactante exógeno.

Tratamiento no farmacológico: Mantener ambiente térmico neutro, aporte nutricional, asistencia mecánica ventilatoria.

Clasificación

- Estadio I / Forma leve
- Estadio II / Forma moderada
- Estadio III / Forma grave
- Estadio IV / Forma muy grave.

Síndrome de la membrana hialina.

Pertenece a un grupo de distres respiratorios del RN, caracterizado por un déficit en la producción de surfactante impidiendo el reclutamiento de la unidad alveolar y el intercambio gaseoso.

Clinica: Taquipnea, quejido, aumento del trabajo resp. Retracción costal, alateonasal y disociación toracoabdominal

Diagnóstico: Signos radiológicos (Patrón retículo granular difuso asociado a broncograma aéreo. Difusamente densos, poco volumen pulmonar debido al colapso alveolar y la escasa capacidad residual funcional).

En laboratorio = Signos de hipoxemia/baja saturación de O₂, aumento de la PaCO₂ (Acidosis)

Diagnóstico dif. en oral = Taquipnea transitoria, neumonía, cardiopatía crónica, escape aéreo.

Tatamiento: • Calor • Hidratación (60-80 ml/kg/día)
• Nutrición • Antibióticos (Ampicilina/gentamicina/cefotaxima)
• Oxigenoterapia (90-94%) - Surfactante exógeno • Ventilador (CPAP) mecánico

Fisiopatología:

El alveolo con insuficiente cantidad de surfactante es inestable y tiende al colapso, la maduración del sistema del surfactante pulmonar se completa hasta el final del III trimestre, los prematuros desarrollan atelectasias disminución de la distensibilidad pulmonar, alteraciones ventilatorias. Durante la respiración, se produce daño alveolar y bronquios terminales por reapertura repetida de alveolos colapsados y sobredistensión de alveolos abiertos, provocando aumento de la permeabilidad vascular y acumulación de detritos proteicos y fibrina en las vías aéreas