



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

“resumen

Materia:

Pediatría

Docente:

Dr. Anzony Robles

Alumna:

Diana Carolina Domínguez Abarca

Semestre:

6°A

Resumen SDR.

Enfermedad de Membrana hialina

La enfermedad de Membrana hialina pertenece al grupo de distres respiratorios del RN y se caracteriza por un déficit en la producción de surfactante, lo que no permite el reclutamiento de la unidad alveolar y el intercambio gaseoso.

Fisiopatología

El surfactante pulmonar, producido en los neumocitos tipo 2, se dispone en la interfaz aire-líquido en la superficie interior del alveolo, reduciendo la tensión superficial, lo que evita el colapso alveolar al final de la espiración.

Este compuesto de fosfolípidos en un 80% (fosfatidilcolina, y fosfatidilglicerol), proteínas en un 10%, SPS, y lípidos en otro 10%.

La maduración del sistema del surfactante pulmonar generalmente no es completa hasta el final del III trimestre. Así la rotura prematura de membranas, la hipertensión materna, el retardo de crecimiento intrauterino, los corticoides y los tocolíticos aceleran la maduración pulmonar mientras que la diabetes y la eritroblastosis fetal lo retrasan.

Clinica

Aparecen al nacimiento o poco después con clínica respiratoria que incluye taquipnea, quejido y aumento de trabajo respiratorio. La FR \uparrow con el fin de mejorar el intercambio gaseoso pero por el agotamiento puede disminuir hasta llegar a la apnea. La cianosis y palidez producto de inadecuada oxigenación y eliminación CO₂.

El inicio de los síntomas es siempre dentro de las pocas horas de post nacimiento y en los casos severos se inician después de las primeras respiraciones. En general, tiende a aparecer dentro de los primeros 7 a 3 días de vida y gradualmente mejora en unos pocos días. Su evolución puede verse afectada por el uso de surfactante exógeno.

Los recién nacidos prematuros con Membrana Hialina puede ser visto en el 50% de los pacientes con membrana hialina y el neumotorax en el 5-10% puede ser agravados por la membrana hialina

1- Escapa aereo: El enfisema intersticial puede ser visto en 50% de los pacientes con MH.

2- Hemorragia pulmonar: Ocurre con mayor frecuencia en RN más inmaduros, probablemente a falta ventriculo izquierda y excesivo paso de sangre del ductus persistente, con disrupción en capilares

3- Hemorragia intracraneana.

Se puede presentar complicaciones a mediano plazo: enterocolitis necrotizante y displasia broncopulmonar, también conocida como enfermedad pulmonar crónica la que se debe a un proceso de respiración pulmonar anormal.

Tratamiento

Todos los recién nacidos que cursan con MH requieren medidas terapéuticas básicas:

- Calor, Hidratación, Nutrición, Antibióticos
- Oxigenoterapia, Surfactante exógeno.

Bibliografía

1. Avery's Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn. Seventh Edition. Chapter 46
2. Reuter S, Respiratory distress in newborn. Pediatrics in Review, 2014; 35 (10) 417-429
3. Pramanik A, Neonatal respiratory distress. Pediatr Clin N Am 62 (2015) 453–469
http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_34.pdf