

Universidad del sureste

Escuela de medicina humana

**RESUMEN: TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL
RECIEN NACIDO.**

Y

SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO.

PEDIATRIA

Dr.: Jeffery Anzhony Cruz Robles

Por: Diego Armando Hernández Gómez

6 semestre grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas, México a 17 de abril 2021

SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO

La aspiración de meconio intraparto puede provocar neumonitis inflamatoria y obstrucción bronquial mecánica, lo que causa un síndrome de dificultad respiratoria. Los hallazgos son taquipnea, estertores y roncus, y cianosis o desaturación. Se sospecha el diagnóstico cuando hay dificultad respiratoria después de un parto a través de líquido amniótico teñido que contiene meconio y se confirma por radiografía de tórax. Los lactantes con dificultad respiratoria se intuban y se colocan bajo ventilación mecánica. El tratamiento de los lactantes graves con surfactante disminuye la necesidad de oxigenación por membrana extracorpórea pero no afecta la mortalidad.

Etiología

El estrés fisiológico durante el trabajo de parto y el parto (p. ej., debido a hipoxia y/o acidosis causada por compresión del cordón umbilical o insuficiencia placentaria o causada por infección) puede hacer que el feto elimine meconio en el líquido amniótico antes del parto. La expulsión de meconio también puede ser normal antes del nacimiento, particularmente en recién nacidos de término o postérmino; la expulsión de meconio se observa en alrededor del 10 al 15% de los nacimientos. Sin embargo, nunca se considera normal la detección de meconio en el parto de un recién nacido prematuro. Durante el parto, quizá el 5% de los recién nacidos con eliminación de meconio lo aspiran, lo que desencadena lesión pulmonar y dificultad respiratoria, denominadas síndrome de aspiración de meconio. Aunque la neumonitis causada por el meconio contribuye al compromiso respiratorio en estos lactantes después del parto, la hipertensión pulmonar persistente (HPP) causada por la acidosis y/o la hipoxia prenatal y posnatal produce un compromiso al menos igual o incluso mayor.

Fisiopatología

Es probable que los mecanismos por los que la aspiración induce el síndrome clínico sean

Liberación inespecífica de citocinas

Obstrucción de las vías aéreas

Disminución de la producción e inactivación del surfactante

Neumonitis química

También pueden contribuir los factores de estrés fisiológico subyacentes. Si se produce obstrucción bronquial completa, sobreviene atelectasia; el bloqueo parcial induce atrapamiento aéreo en la espiración, con la consiguiente hiperexpansión pulmonar y, posiblemente, fuga de aire pulmonar con neumomediastino o neumotórax. El riesgo de escape de aire aumenta aún más debido a la disminución de la distensibilidad pulmonar causada por la menor producción de surfactante y por el surfactante inactivado. La hipertensión pulmonar persistente (HPP) puede asociarse con aspiración de meconio como cuadro comórbido o secundario a la hipoxia persistente.

Asimismo, los recién nacidos pueden aspirar unto sebáceo, líquido amniótico o sangre de origen materno o fetal durante el parto, lo que puede provocar dificultad respiratoria y signos de neumonía en la radiografía de tórax.

Signos y síntomas

Los signos del síndrome de aspiración de meconio son taquipnea, aleteo nasal, retracciones, cianosis o desaturación, estertores, roncus y tinción amarillo verdosa del cordón umbilical, los lechos ungueales o la piel. La tinción meconial puede ser visible en la bucofaringe y (en la intubación) en la laringe y la tráquea. Los recién nacidos con atrapamiento aéreo pueden tener un tórax en tonel y, además, signos y síntomas de neumotórax, enfisema pulmonar intersticial o neumomediastino.

Diagnóstico

Eliminación de meconio

Dificultad respiratoria

Hallazgos radiológicos característicos

Se sospecha el diagnóstico de síndrome de aspiración de meconio cuando un recién nacido presenta dificultad respiratoria en presencia de líquido amniótico que contiene meconio.

El diagnóstico se confirma por radiografía de tórax, que muestra hiperinsuflación con zonas variables de atelectasia y aplanamiento del diafragma. Los hallazgos iniciales en la radiografía pueden confundirse con los hallazgos en la taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN); sin embargo, lo que a menudo separa a los recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio de aquellos con TTRN es la hipoxemia significativa presente con la HPP concomitante. Se puede observar líquido en las cisuras pulmonares o los espacios pleurales y aire en las partes blandas o el mediastino.

Como el meconio puede aumentar el crecimiento bacteriano y el síndrome de aspiración de meconio es difícil de distinguir de la neumonía bacteriana, también deben realizarse hemocultivos.

Pronóstico

Por lo general, el pronóstico es bueno, aunque varía según los factores de estrés fisiológico subyacentes; hay un aumento de la mortalidad global. Los recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio pueden presentar un mayor riesgo de asma en etapas posteriores de la vida.

Tratamiento

Intubación endotraqueal y ventilación mecánica según sea necesario

Suplemento de oxígeno según sea necesario para mantener alta la PaO₂ para relajar la vasculatura pulmonar en los casos con HPP

Agente tensioactivo (surfactante)

Antibióticos IV

Óxido nítrico inhalado en casos graves de HPP

Oxigenación por membrana extracorpórea (OMEC) si no responde a las terapias

mencionadas

La aspiración profunda de rutina (es decir, con intubación con aspiración por debajo de las cuerdas vocales) de los recién nacidos que nacen con líquido amniótico teñido de meconio aún no ha sido demostrado que mejore los resultados. Sin embargo, si la respiración del recién nacido aparece obstruida, se realiza la aspiración con un tubo endotraqueal conectado con un aspirador de meconio. Están indicadas la intubación o la presión positiva continua nasal (CPAP) en caso de dificultad respiratoria, seguidas de ventilación mecánica e ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatal según sea necesario. Como la ventilación con presión positiva aumenta el riesgo de síndrome de fuga de aire pulmonar, la evaluación regular (incluidas exploración física y radiografía de tórax) es importante para detectar esta complicación, que debe investigarse de inmediato en cualquier recién nacido intubado cuya tensión arterial, perfusión o saturación de oxígeno empeoren en forma súbita. ver Síndromes de fuga de aire pulmonar para el tratamiento de los síndromes de fuga de aire.

Se debe considerar el surfactante para los recién nacidos conectados a ventilación mecánica con altos requerimientos de oxígeno; este puede disminuir la necesidad de OMEC pero no disminuye la mortalidad.

En ocasiones, se administran antibióticos (generalmente ampicilina y un aminoglucósido, como los utilizados para el tratamiento estándar de enfermedades bacterianas graves en un recién nacido enfermo). Sin embargo, los estudios han demostrado que el uso de antibióticos en recién nacidos con aspiración de meconio no reduce significativamente la mortalidad, la incidencia de sepsis, la duración de la internación o la necesidad de asistencia respiratoria.

El óxido nítrico inhalatorio hasta 20 ppm y la ventilación de alta frecuencia (véase Ventilación mecánica) son otros tratamientos a los que se recurre si sobreviene hipoxemia resistente; estos también pueden reducir la necesidad de OMEC.

TAQUIPNEA TRANSITORIO DEN RECIEN NACIDO.

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTN, por sus siglas en inglés) es un trastorno respiratorio que se observa poco después del parto en bebés que nacen antes del término o casi a término.

Transitorio significa que dura poco (casi siempre menos de 48 horas).

Taquipnea significa respiración rápida (más rápido que la mayoría de los recién nacidos, que normalmente toman de 40 a 60 respiraciones por minuto).

Causas

A medida que el bebé crece en el útero, los pulmones producen un líquido especial. Este líquido llena los pulmones del bebé y los ayuda a crecer. Cuando el bebé nace a término, las hormonas secretadas durante el parto les ordenan a los pulmones suspender la producción de este líquido especial. Los pulmones del bebé comienzan a eliminarlo o reabsorberlo.

Las primeras respiraciones que el bebé toma después del parto llenan los pulmones con aire y ayudan a eliminar la mayor parte del líquido pulmonar restante.

El líquido restante en los pulmones provoca que el bebé respire rápidamente. Es más difícil que los pequeños alvéolos pulmonares permanezcan abiertos.

Es más probable que la TTN ocurra en bebés que:

Nacieron antes de las 38 semanas completas de gestación (antes de término)

Nacieron por cesárea, especialmente si el trabajo de parto todavía no ha comenzado

Nacieron de una madre con diabetes o asma

Gemelos

Sexo masculino

Síntomas

Los recién nacidos con TTN presentan problemas respiratorios poco después de nacer, generalmente al cabo de 1 a 2 horas.

Los síntomas incluyen:

Coloración azulada de la piel (cianosis)

Respiración rápida, que puede ocurrir con ruidos como gruñidos

Aleteo nasal o movimientos entre las costillas o el esternón conocidos como tiraje

Pruebas y exámenes

Los antecedentes de parto y embarazo de la madre son importantes para hacer el diagnóstico.

Los exámenes realizados en el bebé pueden ser:

Hemograma y hemocultivo para descartar una infección

Radiografía de tórax para descartar otras causas de problemas respiratorios

Prueba de gasometría arterial para verificar los niveles de dióxido de carbono y oxígeno

Monitoreo continuo de los niveles de oxígeno, la respiración y la frecuencia cardíaca del bebé

El diagnóstico de la TTN casi siempre se hace después de monitorear al bebé por 2 o 3 días. Si la afección desaparece en ese tiempo, se considera transitoria.

Tratamiento

Al bebé se le suministra oxígeno para mantener un nivel estable de este en la sangre. El bebé con frecuencia necesitará más oxígeno al cabo de unas cuantas horas después de nacer. Las necesidades de oxígeno del bebé comienzan a disminuir después de esto. La mayoría de los bebés con TTN mejoran en menos de 24 a 48 horas, pero algunos necesitarán ayuda por unos cuantos días.

La respiración muy rápida usualmente significa que el bebé no puede comer. Los líquidos y nutrientes se le administrarán por vía intravenosa hasta que el bebé mejore. El bebé también puede recibir antibióticos hasta que el proveedor de atención médica esté seguro de que no hay una infección. En pocas ocasiones, los bebés con TTN necesitarán ayuda para respirar o comer por una semana o más.

Expectativas (pronóstico)

La afección casi siempre desaparece al cabo de 48 a 72 horas después del parto. En la mayoría de los casos, los bebés que han tenido TTN no tienen problemas posteriores a raíz de esta afección. Ellos no requerirán cuidados especiales ni controles distintos a los chequeos de rutina. Sin embargo, hay alguna evidencia de que los bebés con TTN pueden tener un mayor riesgo de sibilancias más adelante en la infancia.

Los bebés que nacen casi a término o antes de tiempo (nacidos más de 2 a 6 semanas antes de la fecha estimada de parto) a través de una cesárea sin trabajo de parto pueden tener un riesgo de una forma más grave llamada "TTN maligna".