



**Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez**

**Nombre del profesor: Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo**

**Nombre del trabajo: Cuadro comparativo – Patologías respiratorias del RN**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Materia: Pediatría**

**Grado: 6to**

**Grupo: A**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de abril  
del 2024.**

## INTRODUCCIÓN

La neonatología como subespecialidad ocupa una amplia rama de patologías, propias del recién nacido, las cuales han conllevado un largo tiempo de estudio por médicos y personal de salud que nos ha brindado las claves para hacer del diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades un trabajo más elegante, sistemático y cuidado.

Dentro de las patologías propias del neonato que causan gran relevancia debido a la pronta respuesta médica que se debe de tener, encontramos a las patologías respiratorias neonatales.

Las enfermedades respiratorias en el recién nacido son de gran relevancia debido a la pronta respuesta terapéutica que deben de tener, así como a lo importante de conocer las clasificaciones y diferencias clínica de las distintas enfermedades causantes de problemas respiratorios en el neonato y su debido abordaje.

Es debido a su relevancia tan importante en la rama de la neonatología que, en este trabajo se comparará a las principales patologías respiratorias del RN, entendiendo sus puntos claves con la finalidad de mejorar la práctica clínica y tener en claro la forma de diagnosticar, tratar y hasta comprender el funcionamiento de las distintas patologías que a continuación se revisarán.

|                           | <b>SDRT1</b>  | <b>SDRT2</b>   | <b>APNEA DEL<br/>PREMATURO</b>   | <b>SINDROME DE<br/>ASPIRACION DE<br/>MECONIO</b>   | <b>DISPLASIA<br/>BRONCOPULMONAR</b>  | <b>HPP</b>   |
|---------------------------|---|--|--|--|--|--|
| <b>DEFINICIÓN</b>         | Dificultad respiratoria por la incapacidad de producir liquido surfactante con colapso alveolar | Proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y se resuelve en las primeras 24 a 72 horas del nacimiento | Ausencia de respiración = o > 20 segundos, acompañado de bradicardia y disminución de O2 y palidez o cianosis  | Se trata de la afección en la cual el feto es sometido a estrés y este evacua meconio, si es aspirado provoca obstrucción mecánica y neumonitis inflamatoria | Enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días después del nacimiento | Entidad clínica que condicionada por una alta presión en la arteria pulmonar de forma persistente que altera la transición de la circulación fetal a la posnatal |
| <b>EDAD GESTACIONAL</b>   | RN Pretermino (<34 SDG)   |  | RN pretérmino (30-31 SDG)  | RN a término y posttermino (>42 SDG)   | RN pretérmino (>28 días)   |  |
| <b>FACTORES DE RIESGO</b> | Prematuridad<br>Hijo de madre diabética<br>Hydrops<br>Sexo masculino<br>Nacimiento por cesárea  | Materno: asma, DM, tabaquismo, sedación prolongada<br>RN: macrosomía, masculino, embarazo gemelar, APGAR <7                            | Inmadurez de los centros respiratorios en el SNC por inmadurez   | Nacimiento posttermino<br>Estrés neonatal<br>Madre diabética<br>Madre con antecedente de tabaquismo<br>Parto difícil   | Ruptura de membranas<br>Cervicovaginitis<br>Enfermedad hipertensiva del embrazo<br>Uso de O2 a altas concentraciones                       | Asociada a asfixia perinatal y al síndrome de aspiración de meconio  |
| <b>EPIDEMIOLOGIA</b>      | Se presenta en 90% de los RN <28 SDG  | Se trata del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa en el RN  | Se presenta en el 54% de los prematuros  | Se presenta en el 10-15% de los partos   | Se presenta en pacientes muy prematuros <28 SDG  | Ocurre en dos a seis de cada 1,000 recién nacidos vivos  |
| <b>CLINICA</b>            | Dificultad respiratoria severa<br>Insuficiencia respiratoria                                    | Insuficiencia respiratoria   | Se presenta a los 2 o 3 días de vida con eventos de apnea en el sueño activo REM<br>Pérdida del tono muscular de la vía aérea<br>Al terminar la apnea el niño esta clínicamente normal | Dificultad respiratoria / insuficiencia respiratoria   | Dificultad respiratoria<br>Sibilancias<br>Estertores<br>Dependencia de O2  | Cianosis intensa acompañada de taquipnea con hipoxemia refractaria   |

|                    |   |  |   |   |   |   |
|--------------------|---|--|---|---|---|---|
| <b>DIAGNOSTICO</b> | -Clínico por escala Silverman-Anderson<br>-RX: discreta opacidad retículo-granular difuso, broncograma aéreo, vidrio esmerilado | Radiografía con rectificación de los arcos costales, hiperclaridad y cisuritis | Se debe tener una vigilancia continua<br>Realizar estudio polisomnográfico  | Factores de riesgo + clínica<br>RX: infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche | Clínico<br>Radiografía de tórax con patrón de esponja | Rx de torax<br>Ecocardiograma<br>Oximetria de pulso<br>Prueba de hiperoxia                                  |
| <b>TRATAMIENTO</b> | -Oxígeno + manejo respiratorio con CPAP o ventilación mecánica<br>-Administración de Líquido Surfactante<br>-Esteroides         | -O2 suplementario manteniendo SatO2 a 88-95%<br>-Técnica de alimentación       | -Citrato de cafeína (20mg/kg/dosis de impregnación + 5 mg/kg/día IV de mantenimiento)<br>-Teofilina (impregnación de 8mg/dosis + 1.5 a 3 mg/kg IV cada 8-12 horas para mantenimiento) | -Oxigenoterapia<br>-Ampicilina + Gentamicina<br>-ó Cefotaxima + Amikacina                       | Oxígeno a .5 litros por minuto con puntas nasales     | -Oxigenoterapia<br>-Ventilación mecánica<br>-En algunos casos uso de Óxido Nítrico<br>-ECMO en casos graves |
| <b>PRONOSTICO</b>  | Variable  | Variable   | Bueno   | Variable  | Variable  | Variable  |

## **CONCLUSIÓN**

Las patologías respiratorias del recién nacido constituyen una parte fundamental en la formación de todo médico y sobre todo aquellos que estarán en contacto constante con el área de neonatología. En este trabajo se ha podido comparar las principales patologías del recién nacido con afección de las vías respiratorias, de las cuales, la mayoría son aparentemente muy parecidas, sin embargo, con la clínica y los hallazgos diagnósticos logramos identificar los puntos claves que harán poder hacer un excelente diagnóstico diferencial, y por supuesto, realizar un correcto abordaje terapéutico para cada caso.

Las principales diferencias entre las patologías las encontramos no solo en los datos clínicos y diagnósticos, también se puede apoyar de los factores de riesgos y semanas de gestación con las cuales haya nacido el pediátrico, datos que desde un inicio nos orientan.

Una parte importante de nuestra valoración diferencial, no se debe de olvidar que será la edad gestacional de nuestro neonato que desde ahí nos podrá hablar de mucha de la clínica que posteriormente nuestro paciente presentará.

Algo interesante a notar, es que, aunque hay un tratamiento específico para cada patología, prácticamente todas tienen entre sus líneas terapéuticas el uso suplementario de oxígeno, que ayudará a aumentar la cantidad de oxígeno en sangre que el pulmón del RN no es capaz de suministrar por sí solo a nivel sistémico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

-Martínez R.M.Y (2017) *Pediatría Martínez. Salud y enfermedad del niño y el adolescente*. Editorial Manual Moderno, 7ª edición.