



**Universidad del Sureste**  
**Campus Comitán de Domínguez Chiapas**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Cuadro Comparativo.**  
**Patologías Respiratorias del RN.**

**Nombre del alumno: José Alberto**  
**Cifuentes Cardona**

**Grupo: "B" Grado: Sexto semestre.**

**Materia: Pediatría.**

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

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de abril del 2024

## INTRODUCCIÓN

La patología respiratoria constituye la causa más frecuente de morbilidad en el período neonatal, y puede afectar al 2-3% de los recién nacidos y hasta el 20% de los que tienen un peso al nacer menor de 2,5 kg. El grado de desarrollo anatómico y fisiológico del sistema respiratorio, especialmente en los recién nacidos pretérmino, y los rápidos cambios que deben producirse en el momento del nacimiento, cuando el recambio gaseoso pasa de la placenta al pulmón, son, junto con malformaciones e infecciones, los factores fundamentales que explican esta alta incidencia.

En el momento actual, debido a los constantes avances en el diagnóstico, en el control y en el tratamiento fetal, y también al conocimiento fisiopatológico y a las nuevas posibilidades terapéuticas de estos procesos, la letalidad se ha reducido de modo considerable y se limita casi exclusivamente a los recién nacidos de peso al nacer extremadamente bajo, a malformaciones congénitas a las que se asocia hipoplasia pulmonar o alteraciones musculoesqueléticas, y a algunos cuadros que cursan con hipertensión pulmonar persistente neonatal.

Las manifestaciones clínicas más comunes de las enfermedades pulmonares neonatales son: cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio, retracciones costales, quejido espiratorio, cianosis o necesidad de oxígeno suplementario para evitarla y alteraciones en la auscultación pulmonar, que son expresiones de la situación fisiopatológica y de los intentos de adaptación a la misma por parte del paciente. Permiten valorar la gravedad del cuadro más que la etiología, para la que suele ser necesario realizar una completa anamnesis y pruebas complementarias, especialmente radiografía de tórax

**El objetivo** del presente trabajo consiste en revisar los aspectos más importantes de la etiología y el diagnóstico de la dificultad respiratoria aguda de comienzo inmediato o en las primeras horas tras el nacimiento o después del nacimiento.

# TRASTORNOS RESPIRATORIOS EN EL RN

Nombre	Apnea del prematuro	SDRT1	TAQUIPNEA T.RN SDRT2	SAM	DISPLASIA BRONCOPULMONAR	HPP
Definición	Ausencia de respiración por 20 segs bradicardia y disminución en la saturación de oxígeno. Palidez o Cianosis.	Dificultad respiratoria: incapacidad de producir surfactante	Proceso respiratorio <b>no infeccioso</b> que inicia primeras horas de vida y se resuelve entre <b>24 horas y 72 horas</b> al nacimiento.	El feto sometido a estrés evacua meconio, el cual si es aspirado provoca una <b>obstrucción mecánica</b> y por consecuencia neumonitis inflamatoria, hipoxemia, e hipertensión pulmonar.	Enfermedad pulmonar crónica que se diagnóstica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento.	El resultado de un fracaso o de una mala adaptación circulatoria al momento de nacimiento
Etiología	Inmadurez del SNC	Déficit de producción de factor surfactante (dipalmitoilfosfatidilcolina-60%)	Retraso de reabsorción de liquido pulmonar.	Obstrucción mecánica por aspiración de Meconio	<b>desarrollo anómalo del tejido pulmonar.</b>	Vasculatura pulmonar con construcción anormal resistencias vasculares pulmonares son elevadas
Clinica	Aparece entre 2 - 3º día de vida, Eventos de apnea durante fase REM Al terminar la apnea, el niño -> normal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo respiratorio</li> <li>requerimiento de O2</li> <li>Silverman-Anderson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dificultad respiratoria leve-moderada</b></li> <li><b>Autolimitada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quejido</li> <li>Retracciones</li> <li>Aleteo nasal</li> <li>Muestra cianosis intensa</li> <li>Palidez</li> <li>Respiración jadeante</li> <li>Aumento del diámetro</li> <li>Anteroposterior del tórax</li> </ul>	<b>Dificultad respiratoria Insuficiencia respiratoria</b>	se manifiesta en: 6 a 12 h de vida cianosis intensa + taquipnea+ hipoxemia refractaria a oxígeno y acidosis.
Diagnóstico	se recomienda realizar estudio <b>polisomnográfico</b> (sueño) para detectar apnea.	Gasometrico: PaO2 <50mmhg Radiografico : vidrio des pulido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografía: Rectificación de arcos costales, hiperclaridad</li> <li>trastorno ácido base</li> </ul>	Factores de riesgo + Clínica + Radiografía: con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche.	Radiografía de tórax. Pulsioximetría: Hipoxemia intensa Ecocardiografía: descartar cardiopatía	Rx: Áreas hiperclaras, pequeñas y redondeadas, que alternan con otras zonas de densidad irregular
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>54% de prematuros de 30 a 31 SDG</li> <li>84% de los &lt; 1000 g presentan apnea</li> </ul>	90% en RN menores de 28 SDG	cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa.	incidencia: 10-15% de embarazo (Solo 5% desarrollaran SAM	57 % RN 31-32 sdg 36%33- 34 sdg	2 a 6 de cada 1000 RN vivos y complica el curso del 10%
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>1era elección:</b> <b>Citrato de cafeína</b> (Metilxantinas) con impregnación de 20 mg/kg/ dosis, mas mantenimiento 5 mg/kg/día.</li> <li><b>2da elección:</b> Teofilina con impregnación de 8 mg/kg dosis IV en 30 min</li> </ul>	<b>Oxígeno + Manejo respiratorio</b> según la condición: CPAP o VM( apnea) <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Surfactante pulmonar</b> (primeras 2 horas de vida) vía <b>endotraqueal</b>. (Lisa)</li> <li>cafeina (apneas alto riesgo)</li> </ul>	Oxígeno (mantener saturación entre 88% y 95%) y Técnica de alimentación.	Ampicilina + Gentamina 2da línea: Cefotaxima/Amikacina	Soporte respiratorio, diuréticos Corticoides	Oxígeno suplementario si es necesario: ventilación mecánica invasiva óxido nítrico inhalado

## CONCLUSIÓN

La respiración es una serie de mecanismos complejos, que van desde el intercambio de gases con el exterior hasta la utilización de oxígeno por la célula y eliminación de bióxido de carbono. Estos mecanismos requieren de coordinación de diferentes órganos y sistemas, no sólo el propiamente respiratorio, por lo que se hace un análisis de diferentes aspectos, con especial atención a los mecanismos de movilización de gases a través del aparato respiratorio, desde nariz hasta los alveolos, asociándolo con el apoyo que se puede proporcionar en forma mecánica, por enfermedad del recién nacido.

La Neonatología tiene avances diariamente, no se puede uno mantener al margen de estos y siempre es necesario tener las bases fundamentales de los diagnósticos recomendados y en los que falta evidencia para que se modifiquen nuestras conductas de tratamiento o estudio.

Antes de usar cualquier tratamiento médico debemos conocer con precisión los resultados de análisis amplios, de revisiones sistemáticas y de lo contrario no sólo basarse en uno o pocos datos de estos, debe considerarse como un tratamiento no establecido y si se considera necesario, comentar con los padres y solicitar su autorización por escrito informando de los beneficios posibles y los riesgos.

## **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

Pediatría de Martínez.8ª Edición, Salud y enfermedad del niño y del Adolescente./GPC