



**Universidad del Sureste  
campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**cuadro comparativo**

**Alinne Pérez Velasco  
sexto semestre "B"**

**Pediatría**

**Cristian Jonathan Aguilar Ocampo**

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de abril de 2024

## Introducción

En la vida fetal los pulmones están llenos de líquido en una cantidad aproximada de 30 mL/kg, que es similar al volumen del gas torácico neonatal. Su composición difiere de la del plasma y de la del líquido amniótico y se considera una secreción activa del pulmón cuya principal fuerza de producción es el movimiento del cloro en contra de un gradiente químico y eléctrico. Durante el trabajo de parto y el parto mismo, cesa la producción del líquido y se inicia su reabsorción a través de un efecto mediado por catecolaminas que, por el sistema de adenilciclasa, estimulan el transporte activo de sodio del pulmón al plasma y con ello facilita la eliminación del líquido. Esto puede ser inhibido por el propanolol que es un agente beta-bloqueador o por el amiloride que bloquea los canales de sodio. Otros factores que influyen en su reabsorción son la hormona antidiurética y las prostaglandinas. Al nacer, el efecto de compresión torácica que ocurre en los partos vaginales y en donde se pueden alcanzar presiones hasta de 100 a 250 cm de H<sub>2</sub>O, permite expulsar más de 20-30 mL del líquido pulmonar fetal. El resto es absorbido a través de los vasos capilares y de los vasos linfáticos. En la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, el establecimiento adecuado de la respiración es esencial y no sorprende que el obstáculo principal para la supervivencia del recién nacido sea una mala adaptación del sistema respiratorio.

Patología	Definición	Epidemiología	Factor de riesgo	Cuadro clínico	Diagnostico	Tratamiento
Apnea del prematuro	ausencia de respiración por 20 seg, acompañada de bradicardia y disminución en la saturación de oxígeno, o palidez/cianosis.	54% de prematuros en edades gestacionales de 30 a 31 semanas, su frecuencia es directamente proporcional a la edad gestacional	Edad gestacional, inmadurez del centro respiratorio, alt. metabólicas, electrolítica, sepsis neonatal, fármacos, hiperbilirrubinemia, distermias, neurológicas.	Aparece entre 2-3° día de vida. Ocurren durante el sueño activo. Pausa respiratoria por 2 seg, bradicardia, cianosis/palidez,	Vigilancia Polisomnografía	Citrato de cafeína impregnación 20mg/kg/día mantenimiento 5mg/kg/día Teofilina impregnación 8 mg/kg/ IV 30 min. mantenimiento 1.5 a 3 mg7kg/IVc78-12h.
Enfermedad de membrana hialina	Dificultad respiratoria por incapacidad de producir liquido surfactante, con colapso alveolar (atelectasia)	Se presenta en el 90% de los recién nacidos <28 SDG	Prematuro, asfixia perinatal, < edad gestacional, infección materna, masculino, madre diabética, raza blanca, nacimiento por cesárea	Trabajo respiratorio requerimiento de oxígeno, Silverman Anderson	Prueba de aspirado gástrico (1ml). Relación lectina-esfingomielina	O2 + manejo respiratorio= CPAP o ventilación mecánica. Surfactante pulmonar (natural porcino) (1ra 2 h) ventilación endotraqueal. esteroides (retirada de ventilación mecánica)
Taquipnea del recién nacido	Proceso respiratorio no infeccioso que inicia primeras horas de vida y se resuelve entre las 24 y 72 horas al nacimiento, secundario a	Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa	Maternos: asma, diabetes mellitus, tabaquismo, abundantes líquidos, sedación por tiempo prolongado, rotura de membrana, sin trabajo de parto,	Dificultad respiratoria leve-moderada. autolimitada	Radiografía: rectificación de áreas costales, aplanamiento de hemidiafragma, hiperclaridad y cisuritis	Oxigeno (mantener entre 88-95%) y técnica de alimentación. FIO2 mínima indispensable O2 suplementario

	retraso de absorción de líquido alveolar pulmonar		trabajo de parto precipitado Recién nacido: macrosomía, masculino, embarazo gemelar, nacimiento de término o cerca al término, APGAR <7 puntos			
Sx de aspiración de meconio	Feto sometido a estrés el cual evacua meconio, el cual es aspirado provoca una obstrucción mecánica y por consecuencia neumonitis, inflamatorio, hipoxemia e hipertensión pulmonar	Líquido meconial (incidencia) 10 – 15 % de embarazo 5% desarrolla SAM y 3-5% mueren	Recién nacido posttérmino o término y líquido teñido meconio (coloración amarillo- verdoso)	Dificultad respiratoria. insuficiencia respiratoria	Factor de riesgo + clínica (60% asintomático) + radiografía	Antibioticoterapia: ampicilina + gentamicina 2da línea: cefotaxima/amikacina.
Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido	Se asocia a asfixia perinatal, aspiración de meconio, infecciones y anomalías del	Afecta básicamente a prematuros muy pequeños y se asocia a una	Más frecuente en RN a término y posttérmino.	Se manifiesta a los 6-12 horas de vida, cianosis intensa acompañadas de taquipnea	Radiografía de tórax, ecocardiograma, pulsioximetría, prueba de la hiperoxia	Fundamental O2. Casos severos: ventilación mecánica invasiva. Oxido nítrico inhalado, sedación, inotrópicos.

	desarrollo pulmonar	significativa morbimortalidad, en particular durante el primer año de vida		con hipoxemia respiratoria, acidosis		Casos extremos: precisar soporte ECMO
Displasia broncopulmonar	Enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita O2 suplementaria por mas de 28 días posteriores al nacimiento.	Afecta alrededor del 50% de los recién nacidos pretérmino menores de 28 semanas de edad gestacional, y en torno a un 30% de los menores de 32 semanas	Rotura de membranas, cervicovaginitis, enfermedad hipertensiva del embarazo, condiciones clínicas que pueden provocar el nacimiento prematuro.	Dificultad respiratoria, sibilancias y estertores, aumentan progresivamente 2-6 semanas, incremento de la dependencia de O2, mejora gradual o instauraciones progresivas de insuficiencia respiratoria e insuficiencia cardiaca, infecciones respiratorias.	Clínica, radiografía de tórax	Mantenimiento de saturación periférica de O2 93-95%. esteroides en bajas dosis, teofilina, furosemide IV etapa aguda 0.3 a 1 mg/kg/ 1 a 3 dosis al día. etapa estable: cada 48 horas.

## **Conclusión**

En conclusión, el recién nacido puede presentar varias dificultades antes, durante o después del trabajo de parto y esto ocasionar algunas alteraciones respiratorias inmediatas o no inmediatas al nacimiento, representan uno de los más frecuentes e importantes problemas en patología neonatal. Hay otros padecimientos diferentes de los pulmonares, que pueden manifestarse por signos de insuficiencia respiratoria y que incluso pueden alterar el intercambio gaseoso, los cuales pueden ser: cardíacos: anomalías congénitas, insuficiencia cardíaca, choque, entre otros. Por lo anterior, se debe evaluar en forma integral al neonato y no dirigirse solo a tratar los signos, sin identificar de manera precisa su causa al nacer. El pulmón sufre una serie de cambios que permiten al recién nacido adaptarse a la vida extrauterina pero en algunos casos no es así, ya que hay factores de riesgo tanto de la madre como la del recién nacido que puede conllevar a enfermedades que se podrán resolver con tratamientos específicos o algunos que son de manera transitoria y que mejorara al paso de los días., también es importante saber la edad gestacional del feto, ya que si es prematuro tendrá mas problemas al momento del nacimiento, ya que los pulmones en esa etapa aún no están maduros y nos llevaran a una enfermedad que se podrá corregir al paso de los días. Se debe actuar de manera inmediata para dar el tratamiento correcto y el recién nacido no tenga en un lapso de tiempo alguna complicación.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Pediatría, Martínez. 7<sup>a</sup> edición.