

Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Cuadro comparativo de patologías respiratorias del RN

Nicole Yuliveth García Guzmán
Cristian Aguilar Ocampo

Pediatría

Sexto semestre

Grupo: "B"

INTRODUCCION

A lo largo de esta unidad abordamos el tema de patologías respiratorias del recién nacido, es importante recordar que se trata de un rango etario muy susceptible a sufrir diversas afecciones, ya que en ellos influyen múltiples factores desencadenantes desde los antecedentes maternos como lo es padecer diabetes, asma, en otras comorbilidades, también el hecho de nacer por cesárea los condiciona a tener ciertas afecciones porque no se lleva a cabo el trabajo de parto completo, de igual forma la edad gestacional juega un papel importante puesto que si se trata de un recién nacido menor de las 28 SDG (premature) lo condiciona a adquirir ciertas complicaciones en lo que se completa su correcto desarrollo, por lo que tendrá que estar en vigilancia y llevar un control. Enfocándonos en que se tratan de patologías respiratorias su tratamiento se basa en la administración de oxígeno y otras medidas terapéuticas coadyuvantes, en ocasiones el empleo de esa terapia puede ser considerado como algo factible, pero al tratarse de recién nacidos requiere de medidas específicas con el fin de no agravar su estado de salud, ya que el aplicar de más ciertas técnicas de ventilación le generaría resultados contraproducentes en su intento por desarrollarse vía extrauterina. Como es el caso del síndrome de dificultad respiratoria el cual se caracteriza por ser una enfermedad basada en la inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, dando lugar a la dificultad respiratoria por la deficiencia (incapacidad de producir) **surfactante** que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa.

	SDRT1 o Enfermedad de membrana hialina	SDRT2 Taquipnea transitoria del RN	SAM Sx de aspiración de meconio	DISPLASIA BRONCOPULMONAR
DEFINICIÓN	Dif. Respiratoria por la incapacidad de producir SURFACTANTE (dipalmitoilfosfatidilcolina) *colapso alveolar	Proceso resp No infeccioso Inicia primeras hrs de vida y se <u>resuelve entre 24 y 72 hr</u> al nacimiento Secundario → retraso de abs de líq alveolar pulmonar Evaluar 30 y 60 min	Feto→estrés→ evacua MECONIO , si es aspirado genera una obstrucción mecánica, dando lugar a neumonitis inflamatoria, hipoxemia e hipertensión pulmonar	Enf pulmonar crónica se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días post al nacimiento
EPIDEMIOLOGIA	Se observa en 10% de prematuros	50% de insuf respiratoria no infecciosa	Incidencia 10-15% de embarazo Solo 5% desarrollar SAM 3-5% mueren	10% RNPT, muy bajo peso al nacer -1200g,
FACTORES DE RIESGO	Prematuro (-28SDG) Asfisia perinatal, sexo masculino, 2do gemelo, madre diabética, nacimiento cesarea, infección materna, No adm de esteroides prenatales	Nacer por cesarea SIN trabajo de parto RN termino o 37SDG Materno → asmas, diabetes m, tabaquismo, adm de líquidos, sedación por tiempo prolongado, ruptura de membranas, sin trabajo de parto RN → macrosomia, masculino, emb gemelar, Nacimiento termino o cercano, Apgar -7	RN posttermino o termino Líquido teñido meconio (coloración amarillo verdoso)	Ruptura prematura de membranas, cervicovaginitis y enf hipertensiva del embarazo. RN prematuro (-28SDG) Técnicas de ventilación agresivas (volutrauma, barotrauma) Sepss Hiperflujo pulmonar Sobrecarga hídrica
CUADRO CLINICO	Dificultad respiratoria severa, insuf respiratoria	Dificultad respiratoria leve-moderada *autolimitada	Quejido, retracciones, aleteo nasal, cianosis intensa, palidez, respiración jadeante, ↑ de diámetro	Dificultad respiratoria Sibilancias y estertores Incremento de la dependencia de oxígeno. Infecciones respiratorias
DX	Clínico, apoyo radiográfico, Gasometría es indicativa de gravedad	Radiografía → rectificación de arcos costales, aplanamiento de hemidiafragmas, hiperclaridad y cisuritis CONGESTIÓN PARAHILIAR (♥👉peludo) *Trastorno ác-base →acidosis resp compensada e hipercapnia	F. Riesgo + clínica+radiografía Con infiltrado pulmonares heterogéneos irregulares y en parche *sobresidntension pulmonar, horizontelización de arcos, abatamineto de diafragma, neumotórax y neumomediastino	Radiografía de torax áreas hiperclaras, pequeñas y redondas, alternan con zonas de densidad irregular (patrón de esponja)
TX	OXIGENO + CPAP Surfactante pulmonar (2hr de vida) V. endotraqueal *Natural porcino (poractant) Cafeina (apnea o alto riesgo <1250gr) Esteroides	OXIGENO (sat 88 y 95%) Técnica de alimentación (FR →succión, sonda orogastrica, ayuno	Antibióterapia→ infección Ampicilina+gentamina 2 línea →ceftoxamina/amikacina Oxígeno (leve) CPAP o ventilación m (moderador) Ventilación M, surfactante exógeno y oxido nítrico	Asistencia respiratoria Diureticos (restricción hídrica) *furosemda Adecuado soporte nutricional requieren alrededor de 120 a 150kcal/kg/d

Conclusion

Me resulta un tema interesante ya que es muy importante el comprender cada una de estas patologías ya que en ocasiones al compartir ciertos aspectos nos podemos confundir, por lo que el identificar cada una de sus características nos resultara mas facil de reconocer y saber como actuar en cada caso, al igual me parecio interesante que el caso del Síndrome de dificultad respiratoria tipo 2 (taquipnea transitoria de RN) se trata de un proceso respiratorio no infeccioso el cual inicia en las primeras horas de vida y tendria que resolverse entre las 24 y 72 horas al nacimiento, por lo que al exceder esas horas y no encontrar mejoras en el bebe tendríamos que enfocarnos en otra patologia, otra cosa que me llamo la atencion fue el tratamiento y la importancia de hacer el diagnostico correcto, al tratarse de un recién nacido siento que resulta mas complicado el emplear dicha terapia pues es imprescindible el tratar de no cometer errores para ayudar a mejorar su estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Pediatría de Martinez.7ª Edición, Salud y enfermedad del niño y del Adolescente.