



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

**Cuadro comparativo de patologías
respiratorias del RN**

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Sexto semestre

Materia: Pediatría I

**Docente: Dr. Cristian Jonathan
Aguilar Ocampo**

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de abril de 2024

Cuadro comparativo de patologías respiratorias del RN



Introducción

El parto es la fase de culminación del proceso de maduración del feto para convertirse en un individuo fisiológicamente independiente y con esto llevar a cabo todas las funciones vitales para poder adaptarse a su nuevo medio. Para que un recién nacido pueda cumplir todas las demandas fisiológicas para llevar a cabo tal actividad, debió de haber pasado por un proceso de maduración, adaptación y desarrollo multifactorial que lo prepararía a su sobrevivencia después del cambio tan drástico de entorno que se da en el parto.



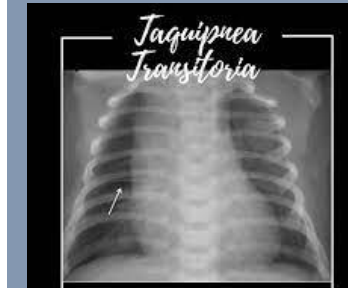

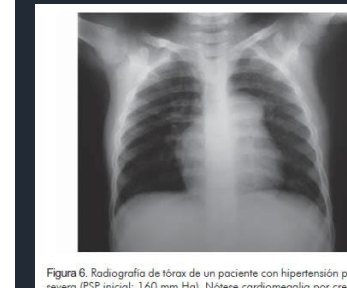
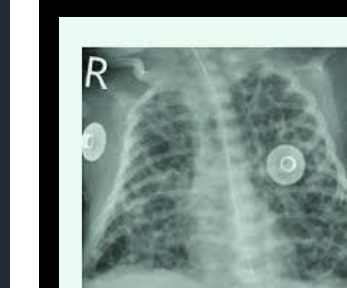
Es importante que durante este periodo de desarrollo y maduración todas las células, tejidos, órganos, sistemas y el feto en sí pueda culminar su maduración de manera satisfactoria. Y al referirnos a la culminación de este proceso lo decimos de una manera literal, al hacer hincapié en la necesidad de que el periodo gestante no sea interrumpido por ninguna causa. Porque si este se da en un periodo más corto, obviamente dichas estructuras que son necesarias para la adaptación del feto en su vida extrauterina no podrán prepararse de manera óptima para tal hecho, provocando de esa manera deficiencias, carencias, enfermedades y en el peor de los casos un desenlace fatal.

Podemos tomar como ejemplo uno de los sistemas que son mayormente afectados por una maduración anómala y trunca, el sistema respiratorio. Es uno de los sistemas que más sufre cuando no se le da el tiempo suficiente para madurar y diferenciarse en su período intrauterino dándonos como resultado un par de patologías que pueden comprometer de manera significativa la adaptación del recién nacido a su nuevo medio, poniendo en una situación difícil la esperanza de vida de los mismos.

Al tratarse de un sistema muy dinámico puede desencadenar tanto patologías que pueden confundirse entre ellas y otras muy diferentes que tendrán una variación de acuerdo a su edad gestacional, gravedad de la prematuro o posparto duración entre otras características.

Para comenzar a diferenciar estos aspectos compactaremos las principales características de cada enfermedad en un cuadro y así tener un mejor conocimiento de cada una.

Cuadro comparativo de patologías respiratorias del RN

	Apnea del prematuro	SDRT1	SDRT 2 Taquipnea transitoria del RN	Síndrome de Aspiración de Meconio	Hipertensión pulmonar persistente del RN	Displasia broncopulmonar
Definición	Ausencia de la respiración por 20 seg, acompañada de bradicardia, disminución de la saturación de oxígeno o palidez/cianosis	Dificultad respiratoria por incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar (atelectasias). Llamado enfermedad de membrana Hialina.	Proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y que se resuelve entre las 24-72 horas. secundario a un retraso en la absorción de líquido alveolar pulmonar.	El feto sometido a estrés el cual evacua meconio, el cual si es aspirado provoca una obstrucción mecánica y por consecuencia neumonitis inflamatoria, hipoxemia e HTP.	Enfermedad en la que las arterias de los pulmones del RN se constriñen después del parto de manera anómala que limitan el flujo sanguíneo a los pulmones causando la sintomatología.	Es una enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento. Antes llamada Fibroplasia retrolenticular.
Epidemiología	Ocurre en el 54% de prematuros en EDG 30-31. 84% en < 1000 gr. + FCTE en 29 SDG	Se estima que se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 SDG	Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa.	El líquido meconial tiene incidencia de 10-15% de embarazo. 5% desarrolla SAM y muere el 3-5%.	Más frecuente en RN a término y postérmino.	Alrededor del 50% de los RN pretérmino menores de 28 SDG y en torno a un 30% de los menores de 32 SDG.
Factores de riesgo	Prematurez (<34 SDG), RN < 1000 gr.	Prematurez, asfixia perinatal, <EDG, Masculino, 2do Gemelo, hijo de diabética (término), cesárea. No Esquema de maduración	Maternos: asma, DM, Tabaquismo, Administración de líquidos abundantes, Sedación, RPM>24H, sin trabajo de parto, Nacer por cesárea. RN: Macrosomía, Género masculino, Embarazo gemelar, RNT o Cercano al término. APGAR >7.	RN postérmino o término y líquido teñido meconio (coloración amarillo verdoso). RN con infección intrauterina +FCTE en el desnutrido en útero	Atención inadecuada en la etapa perinatal, presencia de líquido amniótico meconial, sepsis neonatal, SDRT 1-2, AINE en el 3er trimestre por la madre.	Pacientes muy prematuros <28 SDG. Empleo de técnicas de ventilación agresivas (varotrauma, volutrauma), sepsis, sobrecarga hídrica. Hiperflujo pulmonar.
Cuadro clínico	Aparece entre 2-3 día de vida infrecuente después de la segunda semana. Eventos de apnea durante el sueño REM.	Trabajo respiratorio, requerimiento de oxígeno, SA positivo, PaO2 <50 mmHg, disnea, esfuerzo respiratorio, dificultad respiratoria	Esfuerzo respiratorio, taquipnea en el RN (>60 rpm), requerimiento de oxígeno, aleteo nasal, cianosis distal.	60% asintomáticos. Esfuerzo respiratorio, disnea, dificultad respiratoria, Silverman <3.	Cianosis e hipoxemia persistente en un RN a término o casi a término que no responde bien a la administración de O2. Concomitante con SAM o SDR 1-2.	Requerimiento de O2 por más de 10-14 días por ventilación. Clasificar de acuerdo a gravedad: leve: cuando se requiere una FiO2 0.21; moderada con FiO2 de 0.22 a 0.29 y grave si necesita una FiO2 >0.3.
Diagnóstico	Estudio polisomnográfico durante el sueño. Vigilancia continua por impedancia torácica. Valores < de saturación de oxígeno, signos de bradicardia y cianosis	Clínico: síntomas de dificultad respiratoria. Gasométrico PaO2 < 50 mmHg. Radiografía: opacidad, patrón en vidrio deslustrado. Disminución de la expansión pulmonar. Aspirado gástrico, relación lectina esfingomielina.	Radiográfico: rectificación de arcos costales, hiperclaridad, cisuritis. Presencia de trastorno ácido base (acidosis resp, compensada e hipercapnia) Clínica típica de aparición y FR	Factores de riesgo + Clínica (60% asintomáticos) + Radiografía con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche. HAPP y síndrome de fuga aérea.	Rx de tórax: normal o signos de la enfermedad concomitante. Ecocardiografía: para graduar la HPP. Prueba de la hiperoxia: para descartar demás patologías. Pulsioximetría: hipoxemia intensa.	Suele ser clínico sin ser imprescindibles pruebas complementarias. Rx de tórax áreas hiperclaras, pequeñas y redondeadas que alternan con otras zonas de densidad irregular, atelectasias, enfisema intersticial.
Tratamiento	Metilxantinas (20 mg impregnación y 5 mg mantenimiento), Teofilina 8 mg impregnación y 1.5-3 mantenimiento). Soporte ventilatorio (CPAP, IPPV-N, INVASIVA)	Oxígeno + manejo respiratorio. Surfactante pulmonar (<2 h) Cafeína (presenta apnea) Esteroides (liberar la tráquea)	Oxígeno suplementario (mantener 88 y 95%) y técnica de alimentación: FR<60 rpm: succión; FR: 60-80 rpm: sonda orogástrica; FR: > 80 rpm o SA 3: ayuno.	Leve: oxígeno. Moderado: CPAP o ventilación mecánica. Grave: Ventilación mecánica; surfactante exógeno, (en casos seleccionados) y oxido nítrico inhalado. Antibioticoterapia como profilaxis ampicilina + gentamicina.	Oxigenoterapia (también es vasodilatador pulmonar), ventilación mecánica invasiva, oxido nítrico inhalado + medidas generales como sedación, ionotrópicos. Soporte con ECMO	Asistencia respiratoria que precise. Restricción hídrica (diuréticos), adecuado soporte nutricional e individualizar el empleo de corticoides. Furosemida, Clorotiazida, Espironolactona.
Radiografía						

Conclusión

Las patologías respiratorias de Recién Nacido no son las más comunes en todo el vasto arsenal de patologías que pueden afectar a los mismos, pero si ocupan un lugar considerable en el número de morbimortalidad que llegan a ocasionar. Teniendo en sus secuelas más benignas un daño neurológico leve y entre las más graves una muerte segura.

Es importante que sepamos identificar los factores de riesgo que pueden desencadenar cualquiera de estas patologías porque cuando nos encontremos como responsables de pacientes obstétricas será nuestro trabajo poder identificarlas y nuestra responsabilidad llevar y darle el mejor manejo posible para así evitar los escenarios más fatales posibles. Es importante poder hacer un buen tratamiento oportuno que comienza desde la prevención de riesgos, poder informar a los padres todas las posibilidades pero sobre todo, estar preparados para recibir a un Recién Nacido de alto riesgo con todas las herramientas necesarias para evitar una progresión de la enfermedad.

La única ventaja que tenemos ante este tipo de enfermedades es que podemos hacer un diagnóstico previo y oportuno siempre y cuando aprendamos a identificar los factores de riesgo desde el embarazo de la madre y así prepararnos para cuando el momento del nacimiento llegue.

Si bien algunas patologías pueden parecerse todas tienen un tratamiento diferente, gravedad y resolución, de ahí la importancia de poder identificarlas.

Con este cuadro nos damos una idea mas amplia sobre cada enfermedad y poder hacer un diagnóstico diferencial entre cada una de las enfermedades.

Bibliografía

Martínez, R. M. (2013). *Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente* (7a ed.). México, D.F.: El Manual Moderno.