



Mi Universidad

CUADRO

COMPARATIVO

Bryan Reyes González.

Cuadro comparativo de pediatría de Martínez (neonatología).

Segundo parcial.

Pediatría.

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo.

Licenciatura en Medicina Humana.

6to semestre grupo "C".

INTRODUCCION.

En este apartado de la NEONATOLOGIA DEL RN voy a hablar un poco sobre algunas patologías del rn, los cuales son:

- Apnea del recién nacido
- Síndromes de dificultad respiratoria tipo 1
- Síndrome de dificultad respiratoria tipo 2
- Síndrome de respiración de meconio
- Displasia broncopulmonar

Hablando de la neonatología es la rama de la medicina que se especializa en el cuidado y tratamiento de los recién nacidos, desde el momento del nacimiento hasta los primeros días o meses de vida. Esta disciplina abarca una amplia gama de áreas, desde el manejo de condiciones médicas comunes hasta el cuidado intensivo de bebés prematuros o con enfermedades graves.

Los neonatólogos son médicos altamente capacitados que trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para brindar atención integral a los recién nacidos y a sus familias.

En esta introducción a la neonatología, exploraremos los aspectos fundamentales del cuidado del recién nacido en el cual en el cuadro comparativo se agregara información que contenga definición, epidemiología, FR, Cuadro clínico, Diagnóstico y tratamiento.

A lo largo de esta información, cabe mencionar que en estos datos es muy importante para hacer un buen entendimiento, diagnóstico y tratamiento del recién nacido.

Al conocer las enfermedades comunes que afectan a los recién nacidos, los profesionales de la salud pueden identificar rápidamente los signos y síntomas, lo que permite un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. Esto es crucial para prevenir complicaciones graves y promover una pronta recuperación.

Esto como ya mencionado nos sirve para una detección temprana y tratamiento oportuno, reducción de la morbilidad y mortalidad que al estar informados sobre las enfermedades del recién nacido, los proveedores de atención médica pueden implementar medidas preventivas y terapéuticas para reducir la morbilidad (el impacto de la enfermedad en la salud del bebé) y la mortalidad (el riesgo de fallecimiento). Esto contribuye a mejorar los resultados de salud y la supervivencia de los recién nacidos.

Patologías	Definición	Epidemiología	FR	Cuadro Clínico	Diagnostico	Tratamiento
Apnea del recién nacido	La ausencia de respiración por 20 seg, acompañada de bradicardia y disminución en la saturación de oxígeno, o palidez/cianosis.	Ocurre en el 54% de prematuros en edades gestacionales de 30 a 31 semanas, su frecuencia es directamente proporcional a la edad gestacional . Al menos el 84% de los < 1000 g presentan apnea y en la mayoría de los menores de 29 semanas.	periodos de respiración regular de 15 a 20 seg seguido de pausas de 10 seg o menores que ocurren al menos 3 veces consecutivas.	Alteraciones metabólicas: acidosis metabólica o respiratoria. Electrolíticas: hipocalcemia, hiponatremia e hipoglucemia. Neurológicas: hemorragia intraventricular, hemorragia intracranéana, convulsiones. Sepsis neonatal. Distermias, como hipotermia o hipertermia.	Respiración periódica: Se define como un patrón de respiración oscilatorio, con periodos de respiración regular de 15 a 20 seg seguido de pausas de 10 seg o menores que ocurren al menos 3 veces consecutivas. Este patrón respiratorio es común en prematuros y se presenta en 100% de los < 1000 g, su prevalencia disminuye significativamente a las 6 a 8 semanas de vida.	1era elección: Citrato de cafeína (Metilxantinas) con impregnación de 20 mg/kg/ dosis IV + mantenimiento 5 mg/kg/día. 2da elección: Teofilina con impregnación de 8 mg/kg dosis IV en 30 min o (5-6 mg/kg/ dosis en vía oral). Mantenimiento: 1,5 a 3 mg/Kg IV cada 8-12 hrs o (2-6 mg/kg/ día cada 8-12 hrs V.O). Continuar: con tratamiento hasta las 43 a 44 semanas de edad post concepcional.
Síndromes de dificultad respiratoria tipo I	Dificultad respiratoria por incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar (atelactasias) también llamado síndrome de dificultad respiratoria tipo I (SDRI) o enfermedad de membrana Hialina	Se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional	Taquipnea (mayor de 60 respiraciones/minuto), retracciones torácicas y cianosis al respirar aire ambiental, que persiste o progresa en las primeras 48 a 96 horas de vida	PCA: Se manifiesta por deterioro clínico-gasométrico, precordio hiperdinámico, pulsos saltones, soplo sistólico, cardiomegalia radiológica	Las radiografías en vidrio esmerilado con broncograma aéreo hoy en día se ven con menos frecuencia debido al inicio temprano tanto de la terapia con surfactante pulmonar y el uso de CPAP	Oxígeno + Manejo respiratorio según la condición: CAP (respiración por sí solo) o ventilación mecánica (en caso de apnea) Surfactante pulmonar: (primeras 2 horas de vida) vía endotraqueal El mejor surfactante: Natural porcino (poractant) Cafeína: si presenta apneas o con alto riesgo < 120gr Esteroides para el retiro de la ventilación mecánica
Síndrome de dificultad	Padecimiento que en mayoría de las	Representa cerca del 50% de insuficiencia	Técnica de alimentación GPC FR<60 RPM: succión	Neumotórax	Radiografía: Rectificación de arcos costales,	Oxígeno (mantener saturación entre 88 y

respiratoria tipo 2	<p>ocasiones se autolimita entre las 24 y 72 horas despues del nacimiento</p>	<p>respiratoria no infecciosa</p>	<p>FR: 60-80 Sonda orogástrica FR: >80 RMP o SA>3: ayuno</p>	<p>Una mayor frecuencia de sibilancias</p> <p>Si existe una duda si se trata de taquinea transitoria del RN o que la taquipnea no remita despues de las ramas 72 horas de vida se debera realizar diagnostico diferencial con als entidadesasentes mencionadas</p> <p>Sx, de adaptacion pulmonar, Sx de aspiracion de meconio, Sx. Dificultad respiratoria, cardiopatas congenitas, hipertension pulmonar.</p>	<p>aplanamiento de hemidiafragmas, hiperclaridad y cisuritis (derrame en cisternas), Transtorno ácido-base (el liquido no deja realizar intercambio) Acidosis respiratoria compensada e hipercapnia Citometria: normal</p>	<p>95%) y tecnica de alimentacion</p> <p>O2 suplementario por lo general en concentraciones menores de 40%; algunos casos llegan a requerir manejo con presión positiva de aire continua (CPAP)</p>
Sindrome de respiracion de meconio	<p>El feto sometido a estrés el cual evacua meconio, el cual si es aspirado provoca una obstruccion mecanica y por consecuencia neumonitis inflamatoria, hipoxemia, hipertension pulmonar</p>	<p>Liquido meconial tiene incidencia: 10-15% de embarazo (solo 5% desarrollaran SAM y de estos solo 3-5% mueren)</p>	<p>Taquipnea > 60x⁷</p>	<p>Resistencias vasculares pulmonares son elevadas durante la vida fetal.</p> <p>Por foramen oval aparicion de hipoxemia y cianosis</p> <p>En el lado pulmonar se produce un cortocicuito derecha-izquierda</p> <p>Hipertension pulmonar persistente del RN</p>	<p>Factores de riesgo + clinica (60% son asintomáticos) + radiografia: Con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche</p> <p>Los hallazgos radiologicos pueden resolverse dentro de 7 a 10 dias o persistir por semanas</p>	<p>En ocasiones se administra antibioterapia profiláctica hasta que se descarte una posible infección.</p> <p>Si el cuadro se perpetua, se puede utilizar surfactante.</p> <p>La saturación de oxígeno límite será de 90 a 95%.</p> <p>La PaO₂ debe mantenerse en límites altos (60 a 90 mm Hg) con una PaCO₂ de 40 a 45 mmHg y un PH > 7.25 a 7.30.</p>

						<p>1ra línea Ampicilina + Gentamina</p> <p>2da línea: Cefotaxima/Amikacina</p> <p>Leve: Oxígeno</p> <p>Moderado: CPAP o ventilación mecánica</p> <p>Grave: Ventilación mecánica, surfactante exógeno (en casos seccionados) y óxido nítrico inhalado.</p>
Displasia broncopulmonar	<p>Enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento. Antes llamada Fibroplasia retrolenticular.</p>	<p>Afecta a pacientes muy prematuros (generalmente menores de 28 semanas).</p>	<p>La displasia broncopulmonar se suele diagnosticar cuando un bebé sigue necesitando que le administren oxígeno y presentando síntomas de problemas respiratorios más allá de los 28 días de vida (o cuando hayan transcurrido 36 semanas desde su concepción)</p>	<p>Dificultad respiratoria</p> <p>Sibilancias y estertores, que aumentan progresivamente en 2-6 semanas</p> <p>Junto a un incremento de la dependencia de oxígeno, que persiste varios meses.</p> <p>Le sigue una mejoría gradual o una instauración progresiva de la insuficiencia respiratoria o cardíaca.</p> <p>Existe mayor tendencia a las infecciones respiratorias.</p>	<p>El diagnóstico suele ser clínico sin ser imprescindibles pruebas complementarias.</p> <p>En la radiografía de tórax suelen presentar áreas hiperclaras, pequeñas y redondeadas, que alternan con otras zonas de densidad irregular (patrón en esponja), atelectasias, enfisema intersticial.</p>	<p>Asistencia respiratoria que precise.</p> <p>Restricción hídrica (Empleo de diuréticos), adecuado soporte nutricional. Individualizar el empleo de corticoides.</p> <p>Agentes diuréticos de displasia broncopulmonar: Furosemida Clorotiazida Hidroclorotiazida Espironolona</p> <p>Se recomienda utilizar en forma temprana, tofilina a dosis de 1 mg/kg por dosis cada 8 hrs por vía enteral o vía oral hasta lograr retiro de la ventilación y ausencia de apneas en infantes pretermino con asistencia a la ventilación.</p> <p>En infantes con DBP se recomienda usar furosemida IV en etapa aguda a dosis de 3.3 a 1 mg/kg/ dosis de una a tres dosis al día. En etapa más estable se puede usar el flurasemida cada 48h solo en una asociación con</p>

						<p>tiazidas 20 mg/kg/día en una o dos tomas, hidroclorotiazida (2-4 mg/kg/día) y espironolactona (1 mg/kg/día)</p> <p>El tratamiento con esteroides con dosis bajas (dexametasona menor a 0.2 mg/kg/día o equivalente en hidrocortisona) debe individualizarse y considerarse los riesgos en el neurodesarrollo de las/los pacientes a los que se les administra</p> <p>Manteniendo niveles de saturación érférica de oxígeno entre 93 y 95% en infantes con DBP puede evitarse episodios de hipoxemia, dado que los mecanismos antioxidantes son más maduros, lo que permite que toleren niveles altos de oxígeno</p>
--	--	--	--	--	--	--

CONCLUSIÓN

Las enfermedades neonatales abarcan una amplia gama de condiciones médicas que afectan a los recién nacidos, desde problemas leves hasta afecciones potencialmente mortales. Algunas de las enfermedades neonatales más comunes incluyen la ictericia neonatal, la hipoglucemia, la apnea del prematuro, la sepsis neonatal y la displasia broncopulmonar, entre otras.

La duración del tratamiento y la recuperación de las enfermedades neonatales varían según la gravedad de la afección, la salud general del recién nacido y la prontitud con la que se detecte y trate el problema. En algunos casos, el tratamiento puede ser relativamente breve y el bebé se recupera completamente con cuidados simples, como la fototerapia para la ictericia neonatal. Sin embargo, en situaciones más graves, como la sepsis neonatal o la displasia broncopulmonar, el tratamiento puede ser prolongado y requerir atención médica especializada, a menudo en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Es importante destacar que el manejo de las enfermedades neonatales no solo implica tratar la afección en sí misma, sino también proporcionar cuidados de apoyo integral para garantizar el bienestar general del recién nacido, incluida la nutrición adecuada, la estabilidad térmica y el manejo del dolor. Además, el seguimiento a largo plazo puede ser necesario para monitorear el desarrollo y prevenir posibles complicaciones a medida que el bebé crece.

En resumen, la duración y el resultado de las enfermedades neonatales pueden variar ampliamente según la condición específica y las circunstancias individuales, pero un diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y una atención integral son fundamentales para mejorar las perspectivas de los recién nacidos afectados.

BIBLIOGRAFÍAS.

Cristian Jonathan. (2024). *Pediatría: Neatología* . *UDS Universidad de Sureste*.

SBN, 9786074482935. Autor, **Martínez y Martínez**. Editorial, Manual Moderno. Categoría, **Pediatría**. **Edición**, 7a. Año, 2013. Idioma, Español. Páginas, 1850.