



Mi Universidad

Cuadro comparativo

Abril Amairany Ramírez Medina

Patologías respiratorias del RN

2do parcial

Pediatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Medicina humana

6to semestre. Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 26 de abril de 2024

Introducción

Las patologías respiratorias de los recién nacidos 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^{1, 2}. El grado de desarrollo anatómico y fisiológico del sistema respiratorio, especialmente en los recién nacidos (RN) 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 la apnea del prematuro la causa puede ser la inmadurez del sistema nervioso central (apnea central); si el episodio de apnea es prolongado, también puede haber un componente de obstrucción de la vía aérea.

El síndrome de dificultad respiratoria se debe a la deficiencia de agente tensioactivo en los pulmones de los recién nacidos, más frecuentemente en los que nacen con 37 semanas de gestación. El riesgo aumenta con el grado de prematuridad.

La aspiración de meconio intraparto puede provocar neumonitis inflamatoria y obstrucción bronquial mecánica, lo que causa un síndrome de dificultad respiratoria.

La displasia broncopulmonar es una enfermedad pulmonar crónica del recién nacido que suele ser causada por la ventilación prolongada y es definida, además, por el grado de prematuridad y el requerimiento de oxígeno suplementario.

Patologías respiratorias del recién nacido

Patología	Definición	Epidemiología	Factores de riesgo	Cuadro clínico	Diagnóstico	Tratamiento
Apnea del prematuro	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. Al menos el 84% de los < 1000 g presentan apnea y en la mayoría de los menores de 29 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional <34 SDG • Alteraciones metabólicas • Eletrolíticas • Neurológicas • Sepsis neonatal • Distermias • Fármacos • Hiperbilirrubinemia • ERGE • Los bebés nacidos prematuramente, especialmente aquellos nacidos antes de las 37 sdg 	<p>Aparece generalmente entre 2-3 día de vida.</p> <p>Los eventos de apnea ocurren durante el sueño activo.</p> <p>Al terminar la apnea el niño esta clínicamente normal.</p>	<p>Respiración periódica</p> <p>Realizar estudio polisomnografico del sueño para detectar apnea</p> <p>Monitorización respiratoria continua</p>	<p>1era elección: Citrato de cafeína (Metilxantinas) con impregnación de 20 mg/kg/ dosis IV + mantenimiento 5 mg/kg/día.</p> <p>2da elección: Teofilina con impregnación de 8 mg/kg dosis IV en 30 min o (5-6 mg/kg/ dosis en vía oral).</p>
SDRT1	Incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar	Se ha estimado que el SDR se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Prematurez • Asfixia perinatal • Menos edad • Gestacional • Sexo • Masculino • Segundo gemelo • Hijo de madre diabética • Raza blanca • Nacimiento por cesárea, sin trabajo, de parto • Infección materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria progresiva evaluada de silverman/ Andersen • Aleteo nasal • Tejido respiratorio • Traje intercostal • Cianosis • Polipnea • Retracción xifoidea 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de aspirado gástrica (1ml) • Relación lectinaesfingomielina • Radiografía de "Vidrio esmerilado" 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno+ Manejo respiratorio según la condición: CPAP y ventilación mecánica • Surfactante pulmonar (dentro de las primeras 2 horas de vida) vía endotraqueal • El mejor surfactante es el Natural Porcino • Esteroides para el retiro de ventilación mecánica

SDRT2	Proceso respiratorio no infeccioso que se inicia primeras horas de vida y se vuelve entre 24 y 27 horas al nacimiento, secundario a retraso de absorción de líquido alveolar pulmonar	Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa	<p>Maternos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Diabetes mellitus • Tabaquismo • Trabajo de parto precipitado • Administración de abundante líquido • Sin trabajo de parto <p>Recién Nacidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía • Géneromasculino • Embarazo gemelar 	Taquipnea transitoria a los 30 minutos y a los 60 min después del nacimiento	<p>Radiografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rectificación de arcos costales <p>Trastorno ácido base:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acidosis respiratoria compensada e hipercapnia <p>Citometría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal 	Oxígeno (mantener la saturación entre 88% y 95%) y Técnica de alimentación, esta técnica se divide en: <ul style="list-style-type: none"> • FR<60 RPM: succión • FR 60-80 RPM: Sonda orogástrica • FR>80 RPM o SA>: Ayuno
Síndrome de aspiración de meconio	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 hipertensión pulmonar	Líquido meconial tiene incidencia: 10 a 15% de embarazo (solo 5% desarrollara SAM y de estos solo el 3-5% mueren)	RN de postérmino o término y líquido tenido de meconio (coloración amarillenta verdosa)	<p>Huésped</p> <ul style="list-style-type: none"> • Característico del recién nacido término o posttérmino, sujeto a asfixia perinatal • Más frecuente en el desnutrido en útero • RN con antecedente de infección intrauterina <p>Ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multifactorial cualquier evento que condicione hipoxia o isquemia a nivel placentario 	Factores de riesgo+ clínica (60% son asintomáticos) + radiografía: con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche	<p>Ampicilina + gentamicina</p> <p>2da línea: cefatoxima/amikacina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: oxígeno • Moderado: CPAP o ventilación mecánica • Grave: ventilación mecánica, surfactante exógeno y óxido nítrico inhalado

<p>Displasia bronco pulmonar</p>	<p>Es una enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario de 28 días posteriores al nacimiento</p>	<p>Los bebés nacidos extremadamente prematuros, con menos de 28 semanas de gestación, tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar DBP. Aproximadamente el 40% al 60% de estos bebés pueden desarrollar DBP.</p>	<p>Afecta a pacientes muy prematuros (menores de 28 semanas). El empleo de técnica de ventilación agresiva. -Sepsis -Hiperflujo pulmonar -Sobrecarga hídrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria • Sibilancias y estertores • Incremento de la dependencia de oxígeno (persiste varios meses) • Existe >tendencia a las infecciones respiratorias 	<ul style="list-style-type: none"> • En la radiografía de tórax suele presentar áreas hiperclaras, pequeñas y redondeadas, que alternan otras zonas de densidad irregular (patrón en esponja) • El diagnóstico suele ser clínico sin ser imprescindibles pruebas complementarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Manteniendo niveles de saturación periférica de oxígeno entre 93 y 95% en infantes con DBP puede evitarse episodios de hipoxemia • Esteroides con dosis bajas (dexametasona menor a 0.2 mg/kg/día o equivalente a hidrocortisona)
----------------------------------	---	--	--	--	--	--

Conclusión

Las madres que son sometidas a un parto distócico presentan un alto riesgo de que su hijo desencadene un SDR, lamentablemente en la actualidad el índice de cesárea ha crecido considerablemente. Existen varios estudios que demuestran que la cesárea es un gran factor de riesgo en la actividad respiratoria del RN. Compararon la prevalencia del SDR en neonatos nacidos por parto vaginal y por cesárea electiva, llegaron a la conclusión que los RN a término nacidos por cesárea programada presentan mayor riesgo que los nacidos por parto normal. En estudios similares, que identificaron las causas principales del distrés respiratorio en su servicio, han coincidido que los partos distócicos son un gran factor predisponente. En el presente trabajo la gran mayoría de los RN con afecciones respiratorias nacieron por cesárea.

Cuando la madre es sometida a una operación por cesárea sin experimentar el parto, las señales químicas que le piden al pulmón dejar de producir el líquido e iniciar su eliminación, no son tan fuertes, por lo que hay más líquido en los pulmones en el momento de nacer. Igualmente, si la madre padece diabetes o ha recibido grandes cantidades de analgésicos durante el parto, el RN también está en riesgo de desarrollar esta condición.

Bibliografía

Martínez, R. M. Y. (2017b). Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Editorial El Manual Moderno.