



Mi Universidad

Cuadro comparativo

Dulce Mirely Torres Narvaez

Cuadro comparativo

Segundo parcial

Pediatría

Dr. Christian Jonathan Aguilar Ocampo

Medicina Humana

6°C

Comitán de Domínguez a 26 de abril del 2024.

Introduccion

En el siguiente cuadro comparativo se hablara de un tema de suma importancia dado a que los trastornos respiratorios del recién nacido 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, en la actualidad los síndromes y afectaciones respiratorias son de las más frecuentes complicaciones que se presentan, es por ello que es primordial poder identificar a través de la clínica las siguientes enfermedades que van desde apnea del prematuro, síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, síndrome de aspiración de meconio y displasia broncopulmonar, las cuales en su mayoría son tratadas con oxígeno pero en diferentes volúmenes y en algunos casos acompañado de fármacos esenciales para el control

En la actualidad, debido a los constantes avances en el diagnóstico, en el control y en el tratamiento fetal, a las nuevas posibilidades terapéuticas de estos procesos, la letalidad se ha reducido de modo considerable y se limita casi exclusivamente a los recién nacidos de peso al nacer extremadamente bajo, a malformaciones congénitas a las que se asocia hipoplasia pulmonar o alteraciones musculoesqueléticas, y a algunos cuadros que cursan con hipertensión pulmonar persistente neonatal, con ello presentamos el siguiente cuadro para tener conocimiento de los puntos mas claros de cada trastorno, el como diagnosticar y tratarlo que es de suma importancia.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS EN EL RECIEN NACIDO

Nombre	Asfixia neonatal	Apnea del prematuro	Síndrome de dificultad respiratoria tipo 1 (enfermedad de la membrana hialina)	Síndrome de dificultad respiratoria tipo 2 (taquipnea respiratoria)	Síndrome de aspiración de meconio	Displasia broncopulmonar
Definición	Inadecuado intercambio gaseoso o flujo sanguíneo que llega a generar hipoxia e hipercapnia cercana al nacimiento	Ausencia de respiración por 20 seg, acompañada de bradicardia y disminución en la saturación , palidez o cianosis	Disminución respiratoria por incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar (atelectasia).	Padecimiento respiratorio no infeccioso que en la mayoría de las ocasiones se auto limita entre las 24 y 72 hrs después del nacimiento	El feto sometido a estrés el cual evacua meconio, el cual si es aspirado provoca una obstrucción mecánica .	Enfermedad pulmonar que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento
Etiología	La insuficiencia placentaria suele ser la causa más habitual de la asfixia perinatal	Inmadurez del SNC Obstructiva: Vía área – hipofaringe, tono muscular ausente	Déficit de producción de factor surfactante (dipalmitoilfosfatidilcolina-60%)	Retraso de reabsorción del líquido pulmonar	El bebé tiene meconio en las deposiciones (heces) hacia el líquido amniótico durante el trabajo de parto o nacimiento.	Altos niveles de oxígeno durante largos períodos de tiempo o que han estado conectados a un respirador
Factor de riesgo	Desprendimiento prematuro de la placenta, trabajo de parto prolongado, corioamnionitis, preclamsia, RN pretermo	Edad gestacional < 36 SDG, Alteraciones metabólicas: acidosis metabólica o respiratoria, Hiperbilirrubinemia	La prematuridad, el sexo masculino, el nacimiento por cesárea, la rotura prematura de membranas y la preeclampsia.	Antecedentes maternos: asma, DM, tabaquismo, administración de abundantes líquidos, trabajo de parto precipitado, sin trabajo de parto Antecedentes del RN: macrosomía, género masculino, embarazo gemelar, nacimiento de término o cercano al término.	RN postérmino o término y líquido teñido meconio (coloración amarillenta verdosa)	Antecedentes prenatales: ruptura prematura de membranas, cervicovaginitis y enfermedad hipertensiva del embarazo
Fisiopatología	genera un descenso del flujo sanguíneo cerebral que produce una caída de las reservas de alta energía, como el trifosfato de adenosina, y un aumento del ácido láctico.	es reflejo de la inmadurez del sistema de control respiratorio; el cual anatómicamente presenta disminución de las conexiones sinápticas, disminución de la arborización dendrítica y pobre mielinización.	Déficit en la producción de surfactante, lo que no permite el reclutamiento de la unidad alveolar y el intercambio gaseoso.	Concentraciones bajas de oxígeno en sangre debidas al exceso de líquido en los pulmones después del nacimiento	El meconio produce obstrucción de la vía aérea, inflación pulmonar e inactivación del surfactante, llevando a atelectasia o sobre distensión con aparición de hipoxemia	involucra la interacción de múltiples factores que incluye radicales libres tóxicos del oxígeno, daño pulmonar inducido por el ventilador y liberación de citoquinas y enzimas citotóxicas

Clínica	retraso en la primera micción, oligoanuria o poliuria, la oliguria que persiste por más de 24 horas, hematuria persistente, proteinuria llegando a la insuficiencia renal.	Aparece en el 2-3 día de vida Los eventos de apnea ocurren durante el sueño activo (REM) donde existe una pérdida de tono muscular de vía aérea. Los eventos de apnea duran más de 20 segundos	-Signos de dificultad respiratoria como: aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción xifoidea, disociación toracoabdominal, quejido espiratorio, cianosis y apnea Cuadro no complicado presenta un agravamiento progresivo con acné para las 48 a 72 h de vida	-37 semanas de gestación La polipnea es el dato clínico más relevante, con frecuencias de > 60/min. Tórax abombado por hiperinflación y palpase hígado y bazo por el desplazamiento hacia abajo del diafragma.	Datos de posmadurez como uñas largas, piel seca y descamada, con poco vérnix. Casos leves: taquipnea, estertores y cianosis; Moderados: quejido, retracciones y aleteo nasal. Casos graves: nace asfixiado y deprimido, muestra cianosis intensa, palidez, respiración jadeante y aumento del diámetro anteroposterior del tórax.	Dificultad respiratoria, Sibilancias, estertores, que aumentan en 2-6 semanas. Incremento de la dependencia de oxígeno, que persiste varios meses.
Diagnostico	El lactato sérico medido en muestra de cordón umbilical es tan buen indicador, como el pH y el exceso de base	Evaluación clínica Monitorización cardiorrespiratoria Se recomienda la realización de un estudio polisomnográfico	Silverman – Anderson – PaO2 menor a 50 mmHg - Radiografía: discreta opacidad, patrón retículo granular difuso, broncograma aérea, vidrio despulido y disminución de la expansión pulmonar. – Prueba de aspirado gástrico: indica presencia de surfactante	Diagnostico por exclusión. - Radiografía: - rectificación de arcos costales, aplanamiento de hemidiafragmas, hiperclaridad y cisuritis. - Gasometría puede mostrar hipoxemia y acidosis leve. - acidosis respiratoria compensada e hipercapnia.	Antecedentes de líquido amniótico meconial, los signos de dificultad respiratoria y los hallazgos radiológicos positivos. La radiografía de tórax puede mostrar sobre distensión pulmonar generalizada con diafragmas abatidos o áreas de atrapamiento de aire.	CLINICO Radiografía de tórax: Áreas de hiperclaridad pequeñas y redondeadas, que alternan con otras zonas. Patrón como esponja en la zona radio-opaca.
Tratamiento	Hipotermia terapéutica (33-35°C) por 72 horas es el tratamiento de elección (se inicia las primeras 6 hrs de vida) + tx de soporte	1° elección: citrato de cafeína (Metilxantina) con impregnación de 20 mg/ Kg/dosis IV + mantenimiento 5 mg /kg 2° elección: Teofilina con impregnación de 8 mg/kg dosis IV en 30 min o 5-6 mg/kg/ dosis en VO. Y mantenimiento 1.5-3 mg /kg/dosis IV.	Oxígeno + manejo respiratorio según la condición: CMAP o ventilación mecánica. - Surfactante pulmonar dentro de las primeras 2 horas por vía endotraqueal. - Esteroides para el retiro de ventilación mecánica.	Oxígeno donde se debe mantener entre 88% y 95%, además de la técnica de alimentación	No hay tratamiento específico, aunque algunos consideran así a la intubación y aspiración traqueal al nacimiento; ya que no hay forma de aumentar la fagocitosis ni la eliminación del meconio del tejido pulmonar	Asistencia respiratoria que precise restricción hídrica Adecuado soporte nutricional Esteroides a dosis bajas: Dexametasona menor a 0.2 mg/kg/día o equivalente en hidrocortisona

Conclusión

Como conclusión tenemos que las afectaciones respiratorias en el recién nacido suelen ser más graves cuando son de pretérmino a lo cual se da por la inmadurez gestacional que presenta, donde principalmente se verán afectados los pulmones del recién nacido es por ello que el tratamiento con oxígeno la mayoría de las ocasiones serán contempladas las semanas de gestación corregidas con el objetivo de alcanzar la madurez que se requiere en el organismo del recién nacido.

De la misma forma en el caso de los síndromes postérmino como el síndrome de aspiración de meconio generalmente se enfoca en la aspiración del líquido meconial ya que, aunque este sea estéril puede contribuir a grandes afectaciones como grados de asfixia o alteraciones en los signos vitales.

Debemos de tomar en cuenta la suma importancia de asistir a sus controles prenatales, para que con ella se puedan llegar a prevenir estos trastornos, identificando los factores de riesgo que es de suma importancia para cualquier diagnóstico.

Bibliografía

Pediatría de Martínez. 8ª Edición, Salud y enfermedad del niño y del Adolescente./GPC