



Mi Universidad

**Cuadro comparativo de patologías
respiratorias del RN**

Andrea Díaz Santiago

Cuadro comparativo de patologías respiratorias del RN

2° parcial

Pedriatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Medicina humana

6°C

Comitán de Domínguez, a 26 de abril de 2024.

Introducción:

La dificultad respiratoria es una de las principales patologías en el recién nacido y lactantes tiene múltiples causas y en la cual la incidencia día con día se va incrementando , es más común en prematuros de menores de las 28 semanas de gestación .

Cuando un recién nacido respira por primera vez este va acompañado de llanto, en el cual los pulmones se extienden, y distiende o infla los alvéolos pulmonares, que son unas pequeñas bolsas, de paredes delgadas, que almacenan el aire que el niño respira y que permiten que el oxígeno pase a la a sangre.

Dentro de este documento hablaremos sobre las patologías mas relevantes que se han desencadenado en los últimos años, en donde abarcamos varias clasificaciones, desde que es, factores de riesgo, complicaciones, entre otras cosas.

Patología	Definición	Epidemiología	FX de riesgo	Cuadro Clínico	Diagnóstico	Tratamiento
APNEA DEL PREMATURO	Ausencia de respiración por 20 seg, acompañada de bradicardia y disminución en SO ₂ , o palidez/cianosis	Se ocasiona en el 54% de prematuros en edad gestacional de 30 a 31 semanas 84% de los <1000g presentan apnea y mayoría de <29 semanas	Edad gestacional <34SDg Alteraciones metabólicas Electrolítica: hipocalcemia, hiponatremia e hipoglucemia Neurológicas: hemorragia intraventricular, intracraneal y convulsiones Sepsis neonatal Distermia Fármacos ERGE	Aparece entre 2-3° día de vida Ocurren durante el sueño activo Al terminar la apnea el niño está clínicamente normal	Realizar estudios polisomnográfico el sueño Apoyo ventilatorio	1ra elección: citrato de cafeína con impregnación de 20, g/kg/dosis IV + mantenimiento de 5mg/kg/día 2da elección: Teofilina con impregnación de 8mg/kg/dosis IV en 30 min
SDRT1	Dificultad respiratoria por incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar	El SDR se presenta en el 90% de los RN <28 SDEG	Prematuras Asfixia perinatal Menor edad gestacional Sexo masculino Raza blanca Segundo Gemelo Infección materna	Aleteo nasal Disnea Tejido respiratorio Traje intercostal Cianosis Polipnea Retracción xifoidea	Prueba de aspirado gástrica Rx en vidrio esmerilado	Oxígeno+manejo respiratorio según la condición o ventilación mecánica Surfactante pulmonar Natural porcino Cafeína Esteroides
SDRT2	Es el proceso respiratorio no infeccioso que se inicia primeras horas de vida	Representa el 90% de RN menores a 28 SDG	Asma Diabetes mellitus Tabaquismo Trabajo de parto precipitado	Taquipnea transitoria a los 30 minutos y a los 60 min	Bh: normal Hemocultivo negativo para apoyar el diagnóstico	Oxígeno (mantener la saturación entre 88% y 95%)

	y se vuelve entre 24 y 27 horas al nacimiento, secundario a retraso de absorción de líquido alveolar pulmonar		RN: Macrosomía Sexo masculino Embarazo gemelar	después del nacimiento.	Radiografía se observa sobre distensión y buena iluminación pulmonar, congestión hiliar, edema en cisuras interlobares y ángulos costofrénico	Técnica de alimentación, Esta se divide en: FR<60 RPM: succión FR 60-80 RPM: Sonda orogástrica FR>80 RPM o SA>:Ayuno
SAM (síndrome de aspiración de meconio)	El feto es 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	14 % de todos los embarazos, extremos 6 a 25%, aunque de éstos, sólo un 11% (desde 2% a 36%) de los neonatos presentan el SAM	RN de postérmino o término y líquido tenido de meconio (coloración amarillenta verdosa)	una FiO2 menor de 0.4 y por menos de 48 h, moderado cuando necesita oxígeno a más de 40% y por más de 48 h, y grave cuando requiere intubación y asistencia a la ventilación síntomas sólo por 24 h o persistir con la	Factores de riesgo + clínica (60% son asintomáticos) + radiografía: con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche	Ampicilina + gentamicina 2da línea: cefatoxima/amikacina Leve: oxígeno Moderado: CPAP o ventilación mecánica Grave: ventilación mecánica, surfactante exógeno y óxido nítrico inhalado.

				insuficiencia de 7 a 10 días		
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	Es una enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario de 28 días posteriores al nacimiento	Según las necesidades de O ₂ , la enfermedad se clasifica en leve cuando se requiere una FiO ₂ 0.21; moderada con FiO ₂ de 0.22-0.29 y grave si necesita una FiO ₂ > 0.3 o bien amerita CPAP o ventilación mecánica	La principal afección es a px muy prematuros (< de 28 semanas) El empleo de técnica de ventilación agresiva. Sepsis Hiper flujo pulmonar Sobrecarga hídrica	Disnea sibilancias estertores incremento de la dependencia de oxígeno (persiste varios meses)	Rx de tórax Diagnóstico suele ser clínico	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:

Para concluir con esta investigación, es de suma importancia saber cuáles son los factores de riesgo, para saber el cómo prevenirlo, esta patología respiratoria en el recién nacido representa una carga significativa para el sistema de atención

Las enfermedades respiratorias en los recién nacidos reflejan una interacción compleja entre factores genéticos, ambientales y perinatales. Si bien ciertas afecciones, la displasia broncopulmonar y la aspiración de meconio. Son de las patologías mas importantes y debemos de saber como se aborda.

Para abordar eficazmente la patología respiratoria en el recién nacido, es fundamental implementar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento basadas en evidencia epidemiológica.

Bibliografía:

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