



Alumna: Yajaira Gpe. Méndez Guzman

Trabajo: resumen de los trastornos hidroelectrolíticos

Parcial: segundo parcial

Materia: Pediatría

Catedrático: Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Licenciatura: Medicina humana

Grado: 6to semestre Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas, 25 de abril de 2024

Introducción

La salud respiratoria del recién nacido es de suma importancia, ya que cualquier anomalía en este sistema puede afectar significativamente su bienestar y desarrollo. Las patologías respiratorias en los recién nacidos abarcan una amplia gama de condiciones que pueden surgir antes, durante o después del parto.

Desde trastornos leves y transitorios hasta enfermedades graves que requieren intervención médica inmediata, estas afecciones pueden variar en su presentación, gravedad y pronóstico. Una de las condiciones más comunes en los recién nacidos es la dificultad respiratoria transitoria, que se manifiesta como respiración rápida y superficial poco después del nacimiento. Esta afección suele resolverse por sí sola en poco tiempo, pero requiere vigilancia y cuidados adecuados para garantizar una recuperación completa.

Entre las afecciones comunes se encuentran la apnea del prematuro, la displasia broncopulmonar, el SDRT1, el SDRT2 y la aspiración de meconio. La apnea del prematuro se refiere a pausas en la respiración de bebés prematuros, mientras que la displasia broncopulmonar es una enfermedad pulmonar crónica relacionada con la inmadurez pulmonar en bebés prematuros. Los síndromes SDRT1 y SDRT2 presentan diversas manifestaciones clínicas y genéticas. La aspiración de meconio ocurre cuando un recién nacido inhala el primer excremento después del nacimiento, lo que puede causar problemas respiratorios. El diagnóstico preciso y el manejo cuidadoso son esenciales para asegurar el bienestar del recién nacido afectado por estas condiciones respiratorias.

PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	EPIDEMIOLOGÍA	FACTOR DE RIESGO	CUADRO CLINICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
Displacia bronco pulmonar	es una enfermedad pulmonar crónica del recién nacido que suele ser causada por la ventilación prolongada y es definida, además, por el grado de prematurez y el requerimiento de oxígeno suplementario	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.	Enfermedad cardíaca congénita (un problema con la estructura y las funciones del corazón que se presenta en el nacimiento) Prematuridad, generalmente en bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación Infección pulmonar o respiratoria grave	-Dificultad respiratoria -sibilancias y estertores - incremento de la dependencia de oxígeno (persiste varios meses) - existe >tendencia a las infecciones respiratorias	el paciente debe haber requerido al menos 28 días de > 21% de oxígeno o debe tener una necesidad continua de oxígeno suplementario a una edad posmenstrual ≥ 36 semanas En la radiografía de tórax suele presentar áreas hueras, pequeñas y redondeadas, que alternan otras zonas de densidad irregular (patrón en esponja).	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).
Apnea del prematuro	es una patología que comúnmente mantiene a estos niños en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por periodos prolongados que se dice que es la ausencia de respiración menor de 20 segundos acompañada de bradicardia o 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	La apnea del recién nacido prematuro se presenta con más frecuencia en RN de <34 semanas, principalmente por inmadurez del centro respiratorio Sepsis neonatal, • Distermias, Fármacos, Hiperbilirrubinemia, ERGE. Los bebés nacidos prematuramente, especialmente aquellos nacidos antes de las 37 sdg	No asociarse a una patología que la explique, excepto su condición de prematuro ♣ Aparece generalmente entre el 2°-3° día de vida ♣ Es muy raro que se presente por primera vez después de la segunda semana de vida	Respiración periódica. Realizar estudio polisomnografico el sueño para detectar apnea. Monitorización respiratoria continua	Primera elección: Citrato de Cafeína. Dosis de impregnación 20mg/kg de peso (10 mg/kg de cafeína base) intravenosa. Dosis de mantenimiento 5mg/kg/día (2.5 mg/k/día de cafeína base). Aminofilina o Teofilina Dosis de impregnación Aminofilina: 8 mg/kg de peso intravenosa. Teofilina: 4 - 6 mg/kg de peso intravenosa. Dosis de mantenimiento: Aminofilina 1-2 mg/kg de peso intravenosa o vía oral. Teofilina 1-2 mg/kg de peso intravenosa o vía oral.

PATOLOGIA	DEFINICION	EPIDEMIOLOGIA	FACTORES DE RIESGO	CUADRO CLINICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
SDRT1	es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso.	El SDR se presenta tanto en países desarrollados como en países subdesarrollados. Se ha estimado que el SDR se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional.	Hipotermia <ul style="list-style-type: none"> • Asfixia perinatal • Fetopatía diabética • No haber recibido esteroides prenatales • Ser del género masculino 	Dificultad respiratoria progresiva evaluada con la escala de Silverman/ Andersen: <ul style="list-style-type: none"> Aleteo nasal – Quejido espiratorio Tiraje intercostal Disociación toraco-abdominal Retracción xifoidea Cianosis Polipnea 	Técnica del aspirado gástrico: 1. Obtener 1ml de aspirado gástrico Radiografía de "Vidrio esmerilado"	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	Es un proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y se resuelve entre las 24 y 72 horas posteriores al nacimiento.	Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa	Antecedentes maternos: Asma, Diabetes mellitus, Tabaquismo, Administración de abundantes líquidos, Sedación por tiempo prolongado, Ruptura de membranas mayor de 24 horas, Sin trabajo de parto, Trabajo de parto precipitado Antecedentes del Recién Nacido Macrosomia. Género masculino, Embarazo gemelar, Nacimiento de término o cercano al término, Calificación de Apgar menor de 7	Taquipnea: frecuencia respiratoria > 60 respiraciones por minuto Taquipnea que persiste por más de 12 horas Campos pulmonares sin estertores Saturación de O2 menor de 88% por oximetría de pulso	Radiografía de Tórax se encuentra imágenes de atrapamiento aéreo: (Rectificación de arcos costales, Herniación del parénquima pulmonar, Hiperclaridad pulmonar) Trastorno ácido base: <ul style="list-style-type: none"> • Acidosis respiratoria compensada e hipercapnia Citometría: <ul style="list-style-type: none"> • Normal 	La administración de oxígeno tiene por objetivo mantener saturaciones de oxígeno medidas por oximetría de pulso entre 88 y 95%. Frecuencia respiratoria menor 60 respiraciones por minuto (succión) Frecuencia respiratoria entre 60 y 80 respiraciones por minuto (Sonda orogástrica)

<p>Sx de Aspiración de meconio</p>	<p>Síndrome de dificultad respiratoria producido por la aspiración de meconio a la vía aérea antes o durante el nacimiento. Se presenta en recién nacidos (RN) de término o post-término en que la eliminación del meconio por el feto traduce la mayoría de las veces un fenómeno hipóxico intrauterino. El meconio presente en la vía aérea produce reacción inflamatoria, obstrucción de la vía aérea e inhibición del surfactante entre otras alteraciones con insuficiencia respiratoria que puede llegar a ser severa.</p>	<p>Entre el 9 y 15% de los partos se complican con la presencia de meconio en el líquido amniótico (HLTB: 14,1%) e históricamente el 5 a 12% de esos casos desarrollan SAM.</p>	<p>Leve a moderado: Taquipnea, estertores, cianosis, aleteo nasa.</p> <p>Graves: RN asfixiado, depresión, cianosis intensa</p>	<p>Signos de dificultad respiratoria (polipnea, retracción intercostal, quejido, cianosis, o aleteo nasal). o Tórax en tonel (sobredistendido por hiperinsuflación). o Abundante signología húmeda difusa. o RN con signos de postmadurez y/o exposición a meconio</p>	<p>Factores de riesgo+ clínica (60% son asintomáticos) + radiografía: con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche</p>	<p>Oxigenoterapia controlada: Aporte de suficiente oxígeno por Halo para lograr adecuada saturación (93-97%) u oxemia normal alta (60 - 90mm Hg). Se debe evitar episodios hipóxicos que pueden incrementar hipertensión pulmonar</p> <p>Ampicilina + gentamicina 2da línea: cefatoxima/amikacina</p>
------------------------------------	--	---	--	--	---	---

CONCLUSIÓN

Las patologías respiratorias en recién nacidos pueden ser graves y requieren atención médica inmediata. Estas pueden deberse a diversas causas, como la prematuridad, la infección intrauterina, problemas durante el parto o anomalías congénitas. Entre las condiciones más comunes se encuentran la enfermedad de membrana hialina, la aspiración de meconio, la neumonía neonatal y la hipoplasia pulmonar. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir las complicaciones a largo plazo. El manejo de estas patologías suele involucrar cuidados intensivos, ventilación mecánica, administración de oxígeno y, en algunos casos, cirugía. La prevención mediante un seguimiento prenatal adecuado y la atención especializada durante el parto son clave para reducir el riesgo de estas condiciones en los recién nacidos.