



Cuadro comparativo

Llenifer Yaquelin García Díaz

Cuadro comparativo de patologías respiratorias del RNI

Parcial 2°

Pediatría I

Dr. Cristián Jonathan Aguilar Ocampo

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 26 de abril del 2024.

Introducción

En el siguiente cuadro comparativo se hablara sobre las principales afectaciones respiratorias que puede llegar a presentar un recién nacido de acuerdo a las semanas de gestación y múltiples factores acompañantes.

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.

Es importante recalcar que los factores de riesgo van desde lo más sencillo a grandes complicaciones, lo que muchos de ellos son relacionados directamente al actuar de la madre, donde ella no tiene la noción de la consecuencia que llega a ser.

Cuadro comparativo de patologías respiratorias del RN

Patologías	Apnea del prematuro	Síndrome de dificultad respiratoria (SDRT1) o enfermedad de membranas hialina.	Taquipnea transitoria del RN (SDRT2)/ Pulmón Húmedo	Síndrome de aspiración de meconio (SAM)	Displasia Broncopulmonar
Definición	Se caracteriza por la ausencia de respiración por 20 segundos acompañada de bradicardia y disminución en la saturación de oxígeno, palidez/ cianosis.	Dificultad respiratoria por incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar (atelectasia)	Proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y se resuelve entre 24 -72 horas al nacimiento. Secundario a retraso de absorción de líquido alveolar pulmonar.	Paso de meconio a las vías respiratorias antes y/o durante el nacimiento, condicionando insuficiencia cardiorrespiratoria severa por obstrucción de las vías aéreas, inflamación e hipertensión pulmonar con alteración del intercambio gaseoso.	Enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento
Epidemiología	Ocurre en el 54% de los prematuros en edad de 30-31 semanas gestacionales	Se ha estimado que el SDR se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de gestación.	Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa	Líquido meconial tiene incidencia del 10-15 % de embarazo, 50% desarrollan SAM y de estos solo 3-5% mueren.	Afecta sobre todo a recién nacidos (RN) con peso al nacer inferior a 1.500 g (RN de muy bajo peso [RNMBP])
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Inmadurez pulmonar • Edad gestacional menor de 34 semanas de gestación • Alteraciones metabólicas • Electrolitos: hipocalcemia, hipoglucemia • Distermias • Alteraciones neurológicas y en los quimiorreceptores • Sepsis • Erge, por alimentación • Fármacos consumidos por la madre antes del nacimiento: beta-bloqueadores, sedantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prematurez ✓ Asfixia perinatal ✓ Menor edad gestacional ✓ Sexo masculino ✓ Segundo gemelo ✓ Hijo de madre diabética ✓ Raza blanca ✓ Nacimiento por cesárea, sin trabajo de parto ✓ Infección materna ✓ No administración de esteroides 	Se divide en dos: -Antecedentes maternos: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía • Sexo masculino • Embarazo gemelar • Nacimiento de termino o cercano al termino • Calificación de agua M. 	Recién nacido postérmino a término (mayor de 40 SDG) Líquido teñido meconial(amarillo-verdoso) Asfixia perinatal Infección intrauterina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afecta a pacientes prematuros extremos(menor de 28 SDG) ✓ Empleo de técnicas agresivas: volutrauma, barotrauma ✓ Empleo de grandes cantidades de oxígeno ✓ Sepsis ✓ Cardiopatías ✓ Hiperflujo pulmonar (ductus arterioso permeable) ✓ Sobrecarga hídrica
Cuadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Aparece en el 2-3 día de vida - Los eventos de apnea ocurre durante el sueño activo (REM) donde existe una pérdida de tono muscular de vía aérea. 	-Signos de dificultad respiratoria como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ aleteo nasal ✓ tiraje intercostal, ✓ retracción xifoidea, ✓ disociación toracoabdominal, quejido espiratorio, 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 vérmix, así como desnutrición en útero; puede tener piel, uñas y cordón umbilical teñidos de meconio de color verde o amarillo. Casos leves: taquipnea, estertores y cianosis;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad respiratoria ✓ Sibilancias, estertores, que aumentan en 2-6 semanas. ✓ Incremento de la dependencia de oxígeno, que persiste varios meses. ✓ Mejoría gradual o instauración

	<ul style="list-style-type: none"> - Los eventos de apnea duran más de 20 segundos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ cianosis y apnea -Cuadro no complicado presenta un agravamiento progresivo con acné para las 48 a 72 h de vida 		<p>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; requiriendo una reanimación compleja con necesidad de intubación endotraqueal y ventilación mecánica.</p>	
Diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación clínica • Monitorización cardiorrespiratoria • Se recomienda la realización de un estudio polisomnográfico 	<ul style="list-style-type: none"> - Silverman – Anderson - PaO2 menor a 50 mmHg - Radiografía: discreta opacidad, patrón retículo-granular difuso, broncograma aéreo, vidrio despulido y disminución de la expansión pulmonar. - Prueba de aspirado gástrico: indica presencia de surfactante - Relación Lecitina-Esfingomielina: indica inmadurez pulmonar. 	<p>Diagnostico por exclusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía: <ul style="list-style-type: none"> - rectificación de arcos costales, - aplanamiento de hemidiagramas, hiperclaridad y cisuritis. - Gasometría puede mostrar hipoxemia y acidosis leve. - Trastorno acido-base: acidosis respiratoria compensada e hipercapnia. - Citometria: NORMAL 	<p>Antecedentes de líquido amniótico meconial, los signos de dificultad respiratoria y los hallazgos radiológicos positivos.</p> <p>La radiografía de tórax puede mostrar sobre distensión pulmonar generalizada con diafragmas abatidos o áreas de atrapamiento de aire; infiltrados gruesos y/o irregulares o un patrón difuso en parches y zonas de atelectasias o consolidación.</p>	<p>CLINICO</p> <p>Radiografía de tórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Áreas de hiperclaridad pequeñas y redondeadas, que alternan con otras zonas. ✓ Patrón como esponja en la zona radio-opaca.
Tratamiento	<p>1° elección: citrato de cafeína (Metixantina) con impregnación de 20 mg/ Kg/dosis IV + mantenimiento 5 mg /kg .</p> <p>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.</p> <p>Continuar con tratamiento hasta las 43-44 semanas de edad post concepcional.</p>	<p>Oxigeno + manejo respiratorio según la condición: CMAP o ventilación mecánica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surfactante pulmonar dentro de las primeras 2 horas por vía endotraqueal. - Esteroides para el retiro de ventilación mecánica. 	<p>Oxigeno donde se debe mantener entre 88% y 95%, además de la técnica de alimentación</p>	<p>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</p>	<p>Asistencia respiratoria que precise restricción hídrica</p> <p>Adecuado soporte nutricional</p> <p>Esteroides a dosis bajas: Dexametasona menor a 0.2 mg/kg/día o equivalente en hidrocortisona.</p>

Conclusión

Las afectaciones respiratorias en el recién nacido suelen ser más graves cuando son de pre-término debido a 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 RN, por otra parte en el caso de los síndromes posttermino 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.

La mejor manera de poder prevenir estos síndromes es acudiendo a las citas o consultas que corresponden en su control prenatal , ya que se podrían identificar con anticipación los factores de riesgo más susceptibles tanto para la madre como el feto.

Referencia bibliográfica:

Pediatría Martínez Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente (8.a ed.)(2017).R.
Martínez y Martínez.