



Mi Universidad

Cuadro Comparativo

Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.

Cuadro comparativo.

2do parcial

Pediatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo.

Licenciatura en medicina humana

6to semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, 23 de abril del 2024

Introducción

La neonatología es un campo médico que se enfoca en el cuidado y tratamiento de los recién nacidos, particularmente aquellos que enfrentan desafíos de salud desde el momento de su nacimiento. Entre estos desafíos, se encuentran condiciones como la apnea del prematuro, la displasia broncopulmonar, SDRT 1 y 2, así como la aspiración de meconio. Estas afecciones representan complejos problemas médicos que requieren una comprensión profunda y un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico, manejo y tratamiento. En esta introducción, exploraremos cada una de estas condiciones en detalle, destacando su impacto en la salud neonatal y las estrategias actuales para abordarlas de manera efectiva

Cuadro Comparativo

	APNEA DEL PREMATURO	DISPLACIA BRONCO PULMONAR	SDRT1	SDRT2	ASPIRACION DE MECONIO
DEFINICION	La apnea del prematuro se define de acuerdo a la Academia Americana de Pediatría, como la ausencia de respiración por 20 seg. acompañada de bradicardia y disminución en la saturación de oxígeno, o palidez.	Es una enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento.	Incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar.	Proceso respiratorio no infeccioso que inicia primeras horas de vida y se vuelve entre 24 horas y 27 horas al nacimiento , secundario a retraso de absorción de líquido alveolar pulmonar.	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.
EPIDEMIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Ocurre en el 54% de prematuros en edades gestacionales de 30 a 31 semanas, su frecuencia es directamente proporcional a la edad gestacional. Al menos el 84% de los < 1000 g 	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.	Se ha estimado que el SDR se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional.	Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa.	Líquido meconial tiene incidencia: 10 a 15% de embarazo (solo 5% desarrollara SAM y de estos solo el 3-5% mueren).

	presentan apnea y en la mayoría de los menores de 29 semanas.				
FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Los bebés nacidos prematuramente, especialmente aquellos nacidos antes de las 37 semanas de gestación, tienen un mayor riesgo de desarrollar apnea del prematuro. Aquellos prematuros con peso inferior a 1,500 gramos (3 libras y 5 onzas) 	<ul style="list-style-type: none"> Afecta a pacientes muy prematuros (generalmente menores de 28 semanas) El empleo de técnica de ventilación agresiva. Sepsis Hiperflujo pulmonar Sobrecarga hídrica 	<ul style="list-style-type: none"> Prematurez <ul style="list-style-type: none"> Asfixia perinatal Menos edad gestacional Sexo masculino Segundo gemelo Hijo de madre diabética Raza blanca Nacimiento por cesarea cesarea, sin trabajo de parto Infección materna 	Maternos <ul style="list-style-type: none"> Asma Diabetes mellitus Tabaquismo Trabajo de parto precipitado Administración de abundante líquido Sin trabajo de parto. Recién Nacidos <ul style="list-style-type: none"> Macrosomía Género masculino Embarazo gemelar Calificación de APGAR menor de 7 	RN de postérmino o término y líquido teñido de meconio (coloración amarillenta verdosa)
CUADRO CLINICO	Aparece generalmente entre la 2-3 día de	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad respiratoria 	Dificultad respiratoria	Taquipnea transitoria a los 30 minutos y a	Huésped

	<p>vida, es raro que se presente después de la segunda semana de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sibilancias y estertores • Junto a un incremento de la dependencia de oxígeno, que persiste varios meses. • Le sigue una mejoría gradual o una instauración progresiva de la insuficiencia respiratoria o cardiaca. • Existe mayor tendencia a las infecciones respiratorias. 	<p>progresiva evaluada con la escala de Silverman/Andersen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleteo nasal • Quejido espiratorio • Tiraje intercostal • Cianosis • Polipnea • Retracción xifoidea 	<p>los 60 min después del nacimiento: después cada hora para decidir el tipo de alimentación que debe recibir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Característico del recién nacido término o posttérmino, sujeto a asfixia perinatal. • +Frecuente en el desnutrido en útero • RN con antecedente de infección intrauterina. • NO muestra diferencia en cuando al sexo. <p>Ambiente</p> <p>Multifactorial cualquier evento que condicione hipoxia o isquemia a nivel placentario.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>DIAGNOSTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudio Polisomnografico durante el sueño para detectar apnea. Monitorización respiratoria continua 	<ul style="list-style-type: none"> El diagnostico suele ser clínico sin ser imprescindibles pruebas complementarias. En la radiografía de tórax suele presentar áreas hiperclaras, pequeñas y redondeadas, que alternan otras zonas de densidad irregular (patrón en esponja). 	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de aspirado gástrica (1ml) Relación lectina-esfingomieli na Radiografía de "Vidrio esmerilado" 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía: Rectificación de arcos costales. Trastorno acido base: acidosis respiratoria compensada e hipercapnia Citometría: Normal 	<p>Factores de riesgo+ clínica (60% son asintomáticos) + radiografía: con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1era elección: Citrato de cafeína (Metilxantinas) con impregnación de 20 mg/kg/ dosis IV + mantenimiento 5 mg/kg/día. 	<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 	<ul style="list-style-type: none"> Oxígeno+ Manejo respiratorio según la condición: CPAP y ventilación mecánica (en caso de apnea) 	<p>Oxígeno (mantener la saturación entre 88% y 95%) y Técnica de alimentación, Esta técnica se divide en:</p> <ul style="list-style-type: none"> FR<60 RPM: succión 	<p>Ampicilina + Gentamina 2da línea: Cefatoxima/ Amikacina</p> <ul style="list-style-type: none"> Leve: Oxígeno Moderado: CPAP o ventilación mecánica

	<ul style="list-style-type: none"> • 2da elección: Teofilina con impregnación de 8 mg/kg dosis IV en 30 min o (5-6 mg/kg/ dosis en vía oral). Mantenimiento: 1,5 a 3 mg/Kg IV cada 8- 12 hrs o <u>2-6</u> mg/kg/ día cada 8-12 hrs V.O). • Continuar con tratamiento hasta las 43 a 44 semanas de edad post concepcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de esteroides con dosis bajas (dexametasona menor a 0.2 mg/kg/día o equivalente a hidrocortisona). 	<ul style="list-style-type: none"> • Surfactante pulmonar (dentro de las primeras 2 horas de vida) via endotraqueal. • El mejor surfactante es el Natural Porcino • Esteroides para el retiro de ventilación mecánica 	<ul style="list-style-type: none"> • FR 60 a 80 RPM: Sonda orogástrica • FR >80 RPM o SA >3: Ayuno 	<ul style="list-style-type: none"> • Grave: Ventilación mecánica, surfactante exogeno (en casos seleccionados), y oxido nitrico inhalado.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Conclusión:

La apnea del prematuro, la displasia broncopulmonar, SDRT tipo 1 y 2, así como la aspiración de meconio, representan un conjunto de desafíos médicos en el cuidado neonatal. Estas condiciones pueden tener un impacto significativo en la función respiratoria y el desarrollo pulmonar de los recién nacidos, lo que requiere una atención médica especializada y cuidadosa.

El manejo integral y multidisciplinario de estas condiciones desde las etapas iniciales de la vida puede ayudar a mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de los bebés afectados, así como brindar apoyo a las familias durante este proceso.

Bibliografía

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