



Cuadro comparativo

Zahobi Bailon Peralta

Segundo parcial

Pediatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Medicina humana

Cuatrimestre

INTRODUCCION

Las patologías relacionadas al recién nacido son aquellas que veremos cuando por factores extrínsecos o intrínsecos dará la complicación en el RNP O RNT. Dependerá de la causa inicial de cada una por ejemplo si es por falta de maduración pulmonar por disminución del factor surfactante, o también por el aumento del líquido amniótico siendo un RNT, o si se trata de un estrés del mismo RNT este defecará y podría tener consecuencias respiratorias o si necesita un apoyo respiratorio por más de 28 días después del nacimiento entre otras cosas adyacentes.

Estas patologías suelen ser comunes, y lo que buscamos es poder saber un buen manejo de cada una de estas enfermedades respiratorias para poder mejorar la calidad de vida y la disminución de partos pre terminos o lo contrario de postterminos.

A continuación se hablará más a detalle sobre cada una de estas patologías, cuáles son, que son, cuánto residen en el mundo dentro de su epidemiología, como podremos checar sus manifestaciones por la clínica, y como podremos tratar cada una de ellas también llevando a sus tipos de vías de administración, y la forma de como le daremos esos fármacos, todo esto basado según el libro de pediatría de Martínez.

| | Apnea del prematuro | SDRT I | SDRT2 | Síndrome de aspiración de meconio | Displasia broncopulmonar |
|----------------------|---|--|---|--|---|
| Definición | ausencia de respiración por 20 seg, acompañada de bradicardia y disminución en la saturación de oxígeno, o palidez/cianosis. | Incapacidad respiratoria por la incapacidad de producir surfactante con atelectasia también llamado síndrome de dificultad respiratoria neonatal tipo I o también llamada enfermedad de membrana hialina | Se deberá evaluar de forma integral al recién nacido con taquipnea transitoria a los 30 minutos y a los 60 minutos después del nacimiento | El feto sometido al estrés el cual evacua meconio, el cual si es aspirado provoca una obstrucción mecánica y por consecuencia neumonitis respiratoria, hipoxemia e hipertensión pulmonar | Enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento.. Antes llamada fibroplasia retrolenticular |
| Epidemiología | 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 | El 90% de los RN menores de 28 semanas de edad gestacional | Presenta cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa de término o cerca del 37sdg | Solo el 5% desarrolla SAM y el 3-5% mueren | Afecta alrededor del 50% de los recién nacidos pretérmino menores de 28 semanas de edad gestacional, y en torno a un 30% de los menores de 32 semanas |
| FR | Bradicardia | Hipoxia y taquipnea | Taquipnea | Hipoxemia hipcapnea | |

| | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|---|--|
| <p>Cuadro clinico</p> | <p>Aparece entre 2do y 3er dia de vida Los periodos de apnea ocurre durante el sueño activo hay perdida de tono muscular de via aerea Al terminar la apnea el niño esta clinicamente normal</p> | <p>Se manifiesta por deterioro clínico-gasométrico, precordio hiperdinámico, pulsos saltones, soplo sistólico, cardiomegalia radiológica.</p> | <p>En general no hay complicaciones, aun cuando se ha publicado que hay pacientes que sufren de hipertensión pulmonar persistente en forma secundaria .</p> <p>Pueden tener neumotórax que debe tratarse de inmediato.</p> <p>tienen una mayor frecuencia de sibilancias</p> | <p>Se manifiesta entre las 6-12 horas de vida.</p> <p>En forma de cianosis intensa acompañada de taquipnea con hipoxemia refractaria a oxigeno y acidosis.</p> <p>Si existe patología pulmonar asociada, aparecerán signos de dificultad respiratoria acompañantes.</p> | <p>Dificultad respiratoria Sibilancias y estertores, que aumentan progresivamente en 2-6 semanas</p> <p>Junto a un incremento de la dependencia de oxígeno, que persiste varios meses.</p> <p>Le sigue una mejoría gradual o una instauración progresiva de la insuficiencia respiratoria o cardíaca.</p> <p>Existe mayor tendencia a las infecciones respiratorias.</p> |
| <p>tratamiento</p> | <p>Iera elección: Citrato de cafeína (Metilxantinas) con impregnación de 20</p> | <p>Oxigeno mas manejo respiratorio según la respiracion CPAP o ventilacion</p> | <p>Mantener saturacion de oxigeno del 88 y</p> | <p>Es fundamental el oxigeno (que es un potente</p> | <p>Se puede avanzar de una fórmula de 20 kcal/oz a una que aporte 24</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|--|---|
| | <p>mg/kg/ dosis IV + mantenimiento 5 mg/kg/día. 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 (2-6 mg/kg/ día cada 8-12 hrs V.O). Apoyo ventilatorio: Meta Spo2: 88-95%</p> | <p>mecanica, natural porcino 200 mg x kg y esteroides para el retiro de ventilacion mecanica</p> | <p>95% y tecnicas de alimentacion</p> | <p>vasodilatador pulmonar). En casos severos, es necesaria la ventilación mecánica invasiva. El oxido nítrico inhalado ademas de medidas generales como sedación, inotrópicos. En casos extremos, pueden precisar soporte ECMO</p> | <p>kcal/oz; si esto no es suficiente, se le pueden adicionar triglicéridos de cadena media que brindan 7.7 kcal/mL o polímeros de glucosa que dan 2 kcal/mL Asistencia respiratoria que precise. Restricción hídrica (Empleo de diuréticos), adecuado soporte nutricional. Individualizar el empleo de corticoides Furosemida 1-3 mg kg x dosis</p> |
|--|---|--|---------------------------------------|--|---|

CONCLUSION

Es impredecible saber que tipo de pacientes pediátricos se puede encontrar en el ámbito hospitalario, por ende es importante saber el manejo y la causa de cada patología las cuales la gran parte de estas se llevara un manejo de oxígeno mas posibles técnicas respiratorias mecánicas , e irán descartado dependiendo de la causa, la edad gestacional, su incidencia las cuales todo tiene un buen pronóstico mientras se lleva correctamente el manejo y prevenir con algunos mediadores terapéuticos inclusive medicamentos para poder disminuir la incidencia de cada patología respiratoria

Referencia bibliografica

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

Sucasas Alonso, A., Pértega Díaz, S., Sáez Soto, R., & Ávila-Álvarez, A. (2022). Epidemiología y factores de riesgo asociados a displasia broncopulmonar en prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 96(3), 242–251.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.03.002>