



Patologías

Respiratorias Del RN.

Joseph Eduardo Córdova Ramírez

Cuadro comparativo

2do parcial

Pediatría

Dra. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Licenciatura en medicina humana

6to semestre Grupo: C

Comitán de Domínguez 25 de abril de 2024

INTRODUCCION

Las patologías respiratorias en el recién nacido es un problema muy frecuente en pacientes pediátricos prematuros y puede ocurrir cuando los pulmones del bebé no se encuentran desarrollados en su totalidad.

Puede ser causada por la falta de una sustancia resbaladiza y protectora conocida como surfactante, dicha sustancia ayuda a que los Pulmones se inflen con aire e impida el colapso de los alvéolos.

Y algunas se causan:

Por herencia genética

Diabetes en la madre

Parto por Cesárea o inducción del Parto antes de que el bebé esté a término

Problemas del Parto que reducen la circulación al bebé

Trabajo de Parto rápido

Las enfermedades respiratorias más importantes se mencionan en los siguientes cuadros...

Patologías respiratorias del Recien Nacido

Patologías	Definición	Epidemiología	Factores de riesgo	Cuadro clínico	Diagnostico	Tratamiento
Apnea del prematuro	ausencia de respiración por 20 seg, acompañada de bradicardia y disminución en la saturación de oxígeno, o palidez/cianosis.	Ocurre en el 54% de prematuros en edades gestacionales de 30 a 31 semanas, su frecuencia es directamente proporcional a la edad gestacional .	Edad gestacional <34 SDG Alteraciones metabólicas: acidosis metabólica o respiratoria. Eletrolíticas: hipocalcemia, hiponatremia e hipoglucemia.	Aparece por lo regular entre 2 – 3 días, es raro que se presente despues de la 2da semana de vida.	Se realiza estudio polisomnografico durante el sueño para detectar apnea. Apoyo ventilatorio.	1era elección: Citrato de cafeína (Metilxantinas) con impregnación de 20 mg/kg/ dosis IV + mantenimiento 5 mg/kg/día.
Displasia broncopulmonar	Enfermedad pulmonar cronica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxigeno suplementario por mas de 28 días posteriores al nacimiento.	Bebes nacidos extremadamente prematuros < 28 SDG	empleo de técnicas de ventilación agresivas, Sepsis Hiperflujo pulmonar (Ductus Arterioso Permeable)	Dificultad resp - Sibilancias y estertores – incremento de la dependencia de oxigeno.	Rx de torax (patron en esponja) El dx puede ser clinico	Mantener niveles de sturacion periferica de oxigeno entre 93 y 95% en infantes con DBP. Esteroides con dosis bajas (Dexametazona < 0.2 mg/kg/dia)
SDRT1	Dificultad respiratoria por icncapacidad de producir	Se representa en el 90% de los	Prematures, Asfixia perinatal, sexo	Cianosis, polipnea, dificultad	Prueba de aspirado gastrico	Oxigeno + manejo resp. Según CPA –

	sufactante con colapso alveolar.	recien nacidos menor a 28 SDG.	masculino, menor edad gestacional, raza blanca.	respiratoria evaluada.retraccion xifoidea.	(1ml) – Radiografia de vidrio esmerilado.	surfactante pulmonar via endotraqueal las primeras 2 hrs de vida.
SDRT2	Proceso respiratorio no infeccioso que inicia las primeras horas de vida y se resuelve entre 24 y 72 horas al nacimiento.	Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa.	Asma – DM – Tabaquismo – Trabajo de parto precipitado	Taquipnea transitoria a los 30 o 60 minutos despues del nacimiento.	Radiografia: Rectificacion de arcos costales – Citometria: Normal	Oxigeno (Mantener saturacion entre 88 y 95% y tecnica de alimentacion: FR: <60 RPM – FR: 60 – 80 RPM: Sonda orogastrica – FR > 80 RPM o SA > 3: Ayuno.
Aspiracion de meconio (SAM)	Cuando el feto esta sometido a estrés el cual evacua meconio y si es aspirado provoca una obstruccion mecanica.	Liquido meconial tiene incidencia: 10-15% de embarazo (Solo el 5% desarrollara SAM y de esto, el 3-5% mueren.)	RN posttermino o termino y liquido teñido meconio (Coloracion amarillento verdoso)	Huesped: Característico del RN a término o postérmino, sujeto a asfixia perinatal, +frecuente en el desnutrido en útero. Ambiente: Multifactorial cualquier evento que condicione hipoxia o isquemia a nivel placentario.	Factores de riesgo + clinica (60% son asintomaticos + radiografia: con infiltrados pulmonares heterogeneos irregulares y en parche.	Leve: Oxigeno. Moderado: CPAP o ventilacion mecanica. Grave: Ventilacion mecanica, surfactante exogeno (En casos seleccionados) y oxido nitrico inhalado.

Conclusion.

Toda patología respiratoria pediátrica representa un gran desafío tanto con el personal médico como el paciente pediátrico, ya que consta de pasos y procedimientos muy sensibles, ya que el paciente no es una persona adulta si no un paciente prematuro el cual le falta mucho por aprender y por eso consta de nuestra asistencia como personal médico, la atención primordial también se le brinda a la madre con el fin de mejorar y reestablecer un dx seguro tanto para el bebé como a la madre ya que en estas patologías suelen provocar la muerte...

Bibliografía

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