



Mi Universidad

Cuadro comparativo

Angel Diego de la Cruz Abarca

Cuadro comparativo

Segundo parcial

Pediatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Medicina Humana

6 Semestre

Introducción:

Las patologías respiratorias en los recién nacidos son uno de los temas más importantes por ver ya que este tipo de patologías de las más frecuentes y de las más peligrosas ya que la dificultad respiratoria en un recién nacido puede significar la muerte, ya que el inicio de la respiración iniciara la expansión de los pulmones y el sistema circulatorio del recién nacido, esta primera bocanada de aire permite que el recién nacido se adapte de forma abrupta a nuestro entorno y hace que las funciones esenciales del cuerpo sean activadas, si esto no sucede el recién nacido tiene un tiempo limitado para respirar y no llegar a la muerte por eso es importante ver la siguiente tabla comparativa donde se darán a conocer las distintas patologías respiratorias, en las cuales también se especifican tiempos y tratamientos para un adecuado manejo de los bebés que presenten este tipo de patologías, al igual que la epidemiología para determinar cuál es la más común en nuestro entorno y como tratarla. La mayoría de estas complicaciones se presentan en los recién nacidos que son prematuros por la falta de maduración pulmonar, aunque la otra mitad de estas son provocadas por partos posttermino por los fuidos que se encuentran dentro del vientre materno.

Patología	Definición	Epidemiología	Factores de riesgo	Cuadro clínico	Diagnostico	Tratamiento
Apnea del sueño prematuro	como la 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 .	1era elección: Citrato de cafeína (Metilxantinas) con impregnación de 20 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).	Aparece ente 2-3 día de vida. Ocurren durante el sueño activo Niño clínicamente normal después de la apnea	Se define como un patrón de respiración oscilatorio, con periodos de respiración regular de 15 a 20 seg seguido de pausas de 10 seg o menores que ocurren al menos 3 veces consecutivas.	1era elección: Citrato de cafeína (Metilxantinas) con impregnación de 20 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).
SDRT1	Dificultad por incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar	Se ha estimado que el SDR se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional	Prematurez Asfixia perinatal Menor edad gestacional Sexo masculino Segundo gemelo Hijo de madre diabética Raza blanca Nacimiento por cesarea sin trabajo de parto Infección materna No administración de esteroides prenatales a la madre	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	La prueba de aspirado gástrico se realizará a los recién nacidos con: • Dificultad respiratoria progresiva • Peso inferior a 1500 g • Dentro de los 30 minutos siguientes al nacimiento Técnica del aspirado gástrico: 1. Obtener 1ml de aspirado gástrico 2. Mezclar con 1ml de alcohol etílico al 95%, en un tubo de ensaye 3. Agitar gentilmente el tubo 4. Observar si se forma una corona de burbujas en el borde superior	Oxigeno+ manejo respiratorio según la condición

SDRT2	Proceso respiratorio no infeccioso que inicia en primeras horas de vida se resuelve a las 24 o 72 horas del nacimiento secundario a retraso de absorción de líquido alveolar pulmonar	Se presenta cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa	Asma Diabetes mellitus Tabaquismo Administración de abundantes líquidos Sedación por tiempo prolongado Trabajo de parto precipitado Macrosomia Genero masculino Embarazo gemelar Nacimiento de termino cercano Apgar menor a 7	taquipnea, retracciones, gruñidos y aleteo nasal Radiografía: rectificación de arcos costales	Se deberá realizar historia clínica completa y buscar en forma intencionada los antecedentes maternos y del recién nacido considerados de riesgo para presentar Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.	Oxigeno mantener saturación de 88 a 95% y técnica de alimentación O2 suplementario por lo general en concentraciones menores de 40%; algunos casos llegan a requerir manejo con presión positiva de aire continua (CPAP).
Sx de respiración de meconio	El feto sometido a estrés el cual avecua meconio, el cual si es aspirado provoca una obstrucción mecánica que por consecuencia neumonitis inflamatoria, hipoxemia e hipertensión pulmonar	Líquido meconial tiene incidencia: 10-15% de embarazi solo 5% desarrollan SAM y de esto solo 3 o 5% mueren	RN de posttermino o termino y líquido teñido meconio	Se manifiesta entre las 6-12 horas de vida. En forma de cianosis intensa acompañada de taquipnea con hipoxemia refractaria a oxígeno y acidosis. Si existe patología pulmonar asociada, aparecerán signos de dificultad respiratoria acompañantes.	Radiografía de tórax. Es normal o presenta signos de la enfermedad de base Pulsioximetría. Hipoxemia intensa y desproporcionada a los hallazgos radiológicos la hipoxemia es mas intensa durante el llanto Ecocardiografía. Es necesaria para descartar cardiopatía estructural cianosante, además de graduar la hipertension pulmonar mediante datos indirectos como la insuficiencia tricúspidea o la rectificación del tabique interventricular. Prueba de la hiperoxia. Se administra O2 al 100%. Si se trata de una PCF o de una cardiopatía con un <i>shunt</i>	Es fundamental el oxígeno (que es un potente vasodilatador pulmonar). En casos severos, es necesaria la ventilación mecánica invasiva. El oxido nítrico inhalado además de medidas generales como sedación, inotrópicos. En casos extremos, pueden precisar soporte ECMO.

					derecha-izquierda, la PaO2 no alcanzara valores superiores	
Displacia broncopulmonar	Una enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lacte necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento		<p>En base a antecedentes prenatales como la ruptura prematura de membranas cervicovaginitis y enfermedad hipertensiva en el embarazo</p> <p>Afecta a pacientes muy prematuros (generalmente menores de 28 semanas).</p> <p>El empleo de técnicas de ventilación agresivas (volutrauma, barotrauma), empleo de grandes cantidades de oxígeno</p> <p>Sepsis</p> <p>Hiperflujo pulmonar (Ductus Arterioso Permeable)</p> <p>Sobrecarga hídrica, etc.</p>	<p>Neumotórax. Suelen ser unilaterales (10 % bilaterales).</p> <p>Producen disnea, taquipnea y cianosis de inicio generalmente brusco.</p> <p>El tórax está asimétrico, con prominencia de los espacios intercostales en el lado alterado. Disminución o ausencia de los ruidos respiratorios con hiperresonancia y latido de punta desplazado hacia el lado sano.</p> <p>Neumomediastino. Lo más frecuente es que sea asintomático aunque puede producir dificultad respiratoria</p> <p>Prominencia de la línea media del Tórax</p> <p>Distensión vascular cervical e hipotensión por dificultad en el retorno venoso.</p> <p>El enfisema subcutáneo es casi patognomónico del neumomediastino.</p>	Diagnóstico Clínico y radiológico.	<p>Furosemida 1-3mg/kg/dosis</p> <p>Clorotiazida 20-40 mg/kg/dosis</p> <p>Hidroclorotiazida 2-4 mg/kg/dosis</p> <p>Tratamiento</p> <p>- Clínica leve. Observación clínica, fraccionar las tomas y administrar oxigenoterapia con O2 al 100 %.</p> <p>- Sintomático. Drenaje aspirativo.</p>

Esta actividad aporta el conocimiento necesario sobre las patologías más comunes dentro de los recién nacidos prematuros y post término en su mayoría y nos hace tomar en cuenta que es necesario llevar un buen control de la historia clínica y sobre todo los antecedentes de la madre, sobre los fármacos o toxicomanías que esta pueda llegar a tener, algún tipo de enfermedad crónica degenerativa, el control prenatal es uno de los factores más importantes para poder disminuir el riesgo de presentar una de estas patologías al igual que hay que tomar en cuenta el buen control del paciente y que si estas patologías se presentan la tabla será de fácil apoyo para orientarnos en tiempo y causa por la cual esta patología se puede llegar a presentar, es necesario también conocer las escalas de silverman para el apoyo inmediato a los recién nacidos con alguna d estas patologías

Tomando en cuenta la tabla anterior es necesario el apoyo inmediato ante estas patologías, teniendo en cuenta que son patologías que pueden tener un fácil tratamiento pero que es necesario que el manejo sea lo más rápido posible al estas presentarse para evitar la muerte de este mismo.

Bibliografía

Pediatría de Martínez. 8ª Edición, Salud y enfermedad del niño y del Adolescente./GPC DSRT 1, DSRT 2