



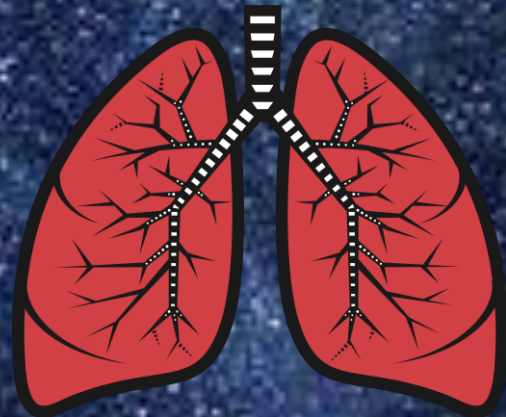
Mi Universidad

Cuadro Comparativo

Galia Madeline Morales Irecta
Trastornos Respiratorios del Recién Nacidos
Parcial II
Pediatría
Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo
Licenciatura en Medicina Humana
6to Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de abril de 2024

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO



TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO

Introducción

Los trastornos respiratorios en el recién nacido son un conjunto de condiciones que afectan la capacidad del bebé para respirar de manera adecuada. Estos trastornos pueden ser causados por una variedad de factores, que van desde condiciones congénitas hasta complicaciones durante el parto o después del nacimiento. La respiración es un proceso vital para la supervivencia, y cualquier problema en este sistema puede tener consecuencias graves para la salud del recién nacido.


Entre los trastornos respiratorios más comunes en los recién nacidos se encuentran la dificultad respiratoria neonatal, la hipoxemia (niveles bajos de oxígeno en la sangre), la apnea (pausas temporales en la respiración), la taquipnea (respiración rápida), y la síndrome de aspiración de meconio, SDR1, SDR2. Estos trastornos pueden variar en gravedad, desde leves y autolimitados hasta potencialmente mortales si no se tratan adecuadamente.

El diagnóstico y manejo de los trastornos respiratorios en los recién nacidos pueden requerir la intervención de profesionales de la salud, como neonatólogos, pediatras y personal de enfermería especializado en cuidados neonatales. El tratamiento puede incluir medidas de apoyo respiratorio, como la administración de oxígeno, ventilación mecánica y terapias farmacológicas y el tratamiento de cualquier condición subyacente que pueda estar causando la dificultad respiratoria. El seguimiento cercano por parte de un equipo médico especializado es esencial para garantizar el mejor resultado posible para el bebé.



ENFERMEDAD	APNEA DEL PREMATURO	SDRT 1	SDRT 2	SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	DISPLASIA BRONCOPULMONAR
<p>DEFINICIÓN</p>	<p>Ausencia de respiración por 20s+bradicardia+disminución SatO2 o palidez/cianosis</p>	<p>Dificultad respiratoria por incapacidad de producir surfactante con colapso alveolar (atelectasias). Enfermedad de membrana hialina</p>	<p>Proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y se resuelve entre 24 y 72 horas al nacimiento. Secundaria a retraso de absorción de líquido alveolar</p>	<p>El feto sometido a estrés, evacua meconio, si es aspirado, provoca una obstrucción mecánica y por consecuencia neumonitis inflamatoria, hipoxemia, e hipertensión pulmonar</p>	<p>Enf. pulmonar crónica, se manifiesta cuando el lactante necesita O2 suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento. Fibrodisplasia retrolenticular</p>
<p>EPIDEMIOLOGÍA</p>	<p>Ocurre en el 54% de los prematuros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directamente proporcional a la edad gestacional • Al menos 84% de los <1000 g presentan apnea • <29 semanas 	<p>Se ha estimado que el SDR1 se presenta en el 90% de los RN</p>	<p>Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosos</p>	<p>Líquido meconial tiene incidencia 10-15% de embarazo (solo el 5% desarrollan SAM y de estos solo 3-5% mueren)</p>	<p>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</p>
<p>FACTORES DE RIESGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional <34 SDG • Alt. Metabólicas: acidosis metabólica o respiratoria. • Electrolíticas; hipocalcemia, hiponatremia • Neurológicos, hemorragia intraventricular • Sepsis neonatal • ERGE • Hiperbilirrubinemia • Fármacos, narcóticos, betabloqueadores (antes del nacimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prematurez • Asfixia perinatal • <Edad gestacional • Sexo masculino • Segundo gemelo • Hijo de madre diabética • Nacimiento por cesárea • Infección materna • No administración de esteroides prenatales a la madre 	<p>Antecedentes Maternos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma • DM • Tabaquismo • Admi.abundantes líquidos • Sedación (tiempo prolongado) • Ruptura de membranas >24h • Sin trabajo de parto • Trabajo de parto precipitado <p>Antecedentes del RN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía • Genero masculino • Embarazo gemelar • Nacimiento a termino • Apgar <7 	<p>Recién nacido posttermino o termino y líquido teñido meconio (coloración amarillo verdoso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura prematura de membranas • Cervicovaginitis • Enfermedad hipertensiva del embarazo • Condiciones clínicas que provoquen prematuridad • Uso de técnicas de ventilación agresivas • Sepsis • Hiperflujo pulmonar • Sobrecarga hídrica



ENFERMEDAD	APNEA DEL PREMATURO	SDRT 1	SDRT 2	SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	DISPLASIA BRONCOPULMONAR
<p>CUADRO CLÍNICO</p>	<p>Ritmo respiratorio inestable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodos de apnea de 20s • Aparece entre 2-3 día de vida • Eventos de apnea durante el sueño activo (REM) • Perdida del tono muscular • Al terminar apnea el niño esta clínicamente normal 	<p>Signos de dificultad respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleteo nasal • Tiraje intercostal • Retracción xifoidea • Disociación toracoabdominal • Quejido espiratorio • Cianosis • Apnea 	<p>Signos primeras 2-6h después del nacimiento</p> <p>Polipnea dato clínico > relevante, c/frecuencias de 60/min.</p> <p>Tórax abombado por hiperinflación y palpase hígado y bazo por el desplazamiento hacia abajo del diafragma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quejido • Retracción • Aleteo nasal • Muestra de cianosis intensa • Palidez • Respiración jadeante • Aumento del diámetro del tórax 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria • Sibilancias y estertores • Dependencia de oxígeno • Mejoría gradual • Infecciones respiratorias (mayor tendencia)
<p>DIAGNÓSTICO</p>	<p>Por exclusión, los exámenes de laboratorio y gabinete</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia continua por impedancia torácica • Realizar Polisomnografico 	<p>Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo respiratorio • Requerimiento de O2 • Silverman-Andersen <p>Gasométrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • PaO2 <50mmHg • Requerimiento de O2 para alcanzar PaO2 <p>Radiográfico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discreta opacidad • Patrón reticulargranular • Broncograma aéreo • Vidrio despulido/ esmerilado • Disminución de expansión pulmonar 	<p>Dx de exclusión y puede ser difícil diferenciarla de SDR1, se requiere una Bh normal y un hemocultivo negativo para apoyar el diagnóstico.</p> <p>Los datos radiográficos principales son sobredistensión y buena iluminación pulmonar, edema en cisuras interlobares y ángulos costofrénicos.</p> <p>Evaluar de forma integral al RN a los 30 y 60 minutos después del nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acidosis leve 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica (60% asintomáticos) • Radiografía: con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche (<i>Pulmón manchado en parche de algodón</i>) 	<p>El dx suele ser clínico sin ser imprescindibles las pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rx suelen presentar áreas hiperclaras, pequeñas y redondeadas que alternan con otras zonas de densidad irregular (patrón en esponja) atelectasias, efisema intersticial • El dx de DBP se establece en infantes 28 días
<p>TRATAMIENTO</p> 	<p>1ra. Elección. Citrato de cafeína (metilxantinas) con impregnación de 20 mg/kg IV + mantenimiento 5mg/kg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segunda elección. Teofilina con impregnación de 8mg/kg IV en 30 min. O 5-6mg/kg en VO 	<p>O2 + manejo respiratorio según la condición, CPAP (respiración por si solo) o Ventilación Mecánica (apnea)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surfactante pulmonar (primeras 2h vida) • El mejor surfactante, Natural porcino • Cafeína (si hayapneas) • Esteroides (para retiro de ventilación mecánica) • Hacer uso de la técnica LISA como primera opción aunque INSURE es las más usada 	<p>O2 (mantener saturación 88% -95%) y técnica de alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • O2 suplementario en gral []<40% algunos casos requieren CPAP <p>Técnica de alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR <60 rpm, succión • FR entre 60-80: sonda orogástrica • FR, arriba de 80: ayuno 	<p>GPC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve O2 • Moderado, CPAO/ V.mécanica • Grave, Ventilación mecánica, surfactante exógeno, oxido nítrico inhalado. <p>Realizar antibioterapia profiláctica para sepsis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina gentamicina • Cefotaxima Amikacina 	<p>Asitencia respiratoria que precise restricción hídrica (empleo de diuréticos), adecuado soporte nutricional, individualizar uso de corticoides.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener niveles de saturación periférica 93- 95% evita(hipoxemia) • El tx con esteroides con dosis bajas (dexametasona)

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO

Conclusión

En conclusión, los trastornos respiratorios en el recién nacido representan un desafío clínico significativo que requiere una atención cuidadosa y especializada. Desde la maduración pulmonar insuficiente hasta complicaciones durante el parto y condiciones congénitas, existen diversas causas que pueden contribuir a la dificultad respiratoria en los bebés recién nacidos. Estos trastornos pueden variar en gravedad, desde problemas temporales y autolimitados hasta condiciones potencialmente mortales que requieren intervención médica urgente.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para minimizar el riesgo de complicaciones y mejorar el pronóstico del recién nacido afectado. El manejo de estos trastornos a menudo implica medidas de apoyo respiratorio, seguimiento médico especializado y, en algunos casos, intervención quirúrgica o terapias farmacológicas específicas.

Es esencial que los padres y cuidadores estén informados sobre los signos y síntomas de los trastornos respiratorios en los recién nacidos para poder identificar cualquier problema potencial y buscar atención médica de manera temprana. El trabajo en equipo entre profesionales de la salud, incluidos neonatólogos, pediatras y personal de enfermería especializado en cuidados neonatales, es crucial para garantizar el mejor resultado posible para el bebé.

En última instancia, el abordaje integral y la atención centrada en el bebé son fundamentales para proporcionar el mejor cuidado posible a los recién nacidos afectados por trastornos respiratorios, asegurando así un inicio de vida saludable y prometedor.



BIBLIOGRAFIA

Pediatría Martínez Salud y Enfermedad del niño y del adolescente: Vol. 2
volumenes (8a ed.). (2017). Manual Moderno.

