



Mi Universidad

Cuadro comparativo

Jorge Daniel Hernández González

Cuadro comparativo de patologías respiratorias del RN.

Parcial: 2°

Pediatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Licenciatura de Medicina Humana

Semestre: 6to., Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 26 de abril del 2024.

Introducción

En este tema se hablar acerca de las enfermedades o patologías respiratorias del recién nacido, en el cual se basara en la apnea del prematuro, SDRT1 o Enfermedad de membrana hialina, Taquipnea transitoria del RN, SX de aspiración de meconio y la enfermedad Displasia broncopulmonar. La insuficiencia respiratoria es la incapacidad del organismo para mantener una oxigenación y eliminación de CO₂ adecuadas, a través del intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

La comprensión de los problemas pulmonares respecto a su incidencia, fisiopatogenia e historia natural, dependen del conocimiento de conceptos acerca del desarrollo y maduración pulmonares, así como de los eventos fisiológicos, respiratorios y cardiovasculares de la etapa perinatal, los cuales se discutirán en forma breve, a continuación.

En la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, el establecimiento adecuado de la respiración es esencial y no sorprende que el obstáculo principal para la sobrevivida del RN sea una mala adaptación del sistema respiratorio.

La insuficiencia respiratoria es la incapacidad del organismo para mantener una oxigenación y eliminación de CO₂ adecuadas, a través del intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

La comprensión de los problemas pulmonares respecto a su incidencia, fisiopatogenia e historia natural, dependen del conocimiento de conceptos acerca del desarrollo y maduración pulmonares, así como de los eventos fisiológicos, respiratorios y cardiovasculares de la etapa perinatal, los cuales se discutirán en forma breve, a continuación.

Comprender los diferentes mecanismos por los cuales se desarrolla la apnea, con el fin de realizar un tratamiento adecuado y evitar las posibles secuelas.

Patologías respiratorias del recién nacido

Patologías	Definición	Epidemiología	FR	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.	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 presentan apnea y en la mayoría de los menores de 29 semanas.	Ausencia de respiración por 20 seg.	Aparece generalmente entre 2-3 días de vida, los eventos de apnea ocurren durante el sueño activo, hay pérdida del tono muscular de vía aérea.	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 o Enfermedad de membrana hialina.	Dificultad respiratoria por incapacitar de producir surfactante con colapso alveolar también llamado síndrome de dificultad respiratoria neonatal tipo 1.	Se ha estimado que el SDR se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional.	Taquipnea (mayor de 60 respiraciones/minuto), retracciones torácicas y cianosis al respirar aire ambiental, que persiste o progresa en las primeras 48 a 96 horas de vida.	deterioro clínico gasométrico, precordio hiperdinámico, pulsos saltones, soplo sistólico, cardiomegalia radiológica.	Las radiografías en vidrio esmerilado con broncograma aéreo hoy en día se ven con menos frecuencia debido al inicio temprano tanto de la terapia con surfactante pulmones y el uso de CPAP.	Oxígeno + Manejo respiratorio según la condición: CAP (respiración por si solo) o ventilación mecánica (en caso de apnea) Surfactante pulmonar: (primeras 2 horas de vida) vía endotraqueal El mejor surfactante: Natural porcino (poractant).

<p>Taquipnea transitoria del RN.</p>	<p>Se deberá evaluar de forma integral al recién nacido con taquipnea transitoria a los 30 min y a los 60 min después del nacimiento.</p>	<p>Representa cerca del 50% de insuficiencia respiratoria no infecciosa.</p>	<p>Técnica de alimentación GPC FR. FR: 60-80 Sonda orogástrica FR: >80 RMP o SA>3: ayuno.</p>	<p>Neumotórax.</p>	<p>Radiografía: Rectificación de arcos costales, aplanamiento de hemidiafragmas, hiperclaridad y cisuritis (derrame en cisternas), Trastorno ácido-base (el líquido no deja realizar intercambio) Acidosis respiratoria compensada e hipercapnia Citometria: normal.</p>	<p>O2 suplementario por lo general en concentraciones menores de 40%; algunos casos llegan a requerir manejo con presión positiva de aire continua (CPAP).</p>
<p>SX de aspiración de meconio.</p>	<p>El feto sometido a estrés el cual evacua meconio, el cual si es espirado provoca una obstrucción mecánica y por consecuencia neumonitis inflamatoria, hipoxemia, hipertensión pulmonar.</p>	<p>Líquido meconial tiene incidencia: 10-15% de embarazo (solo 5% desarrollan SAM y de estos solo 3-5% mueren).</p>	<p>Taquipnea > 60x7.</p>	<p>Resistencias vasculares pulmonares son elevadas durante la vida fetal. Hipertensión pulmonar persistente del RN.</p>	<p>Factores de riesgo + clínica (60% son asintomáticos) + radiografía: Con infiltrados pulmonares heterogéneos irregulares y en parche.</p>	<p>La saturación de oxígeno límite será de 90 a 95%. La PaO2 debe mantenerse en límites altos (60 a 90 mm Hg) con una PaCO2 de 40 a 45 mmHg y un PH > 7.25 a 7.30.</p>

<p>Displasia broncopulmonar.</p>	<p>Es una enfermedad pulmonar crónica que se diagnostica cuando el lactante necesita oxígeno suplementario por más de 28 días posteriores al nacimiento. Antes llamada Fibroplasia retrolenticular.</p>	<p>Afecta a pacientes muy prematuros (generalmente menores de 28 semanas).</p>	<p>La displasia broncopulmonar se suele diagnosticar cuando un bebé sigue necesitando que le administren oxígeno y presentando síntomas de problemas respiratorios más allá de los 28 días de vida.</p>	<p>Dificultad respiratoria, Sibilancias y estertores, existe mayor tendencia a las infecciones respiratorias.</p>	<p>El diagnóstico suele ser clínico sin ser imprescindibles pruebas complementarias. En la radiografía de tórax suelen presentar áreas hiperclaras, pequeñas y redondeadas, que alternan con otras zonas de densidad irregular (patrón en esponja), atelectasias, enfisema intersticial.</p>	<p>Asistencia respiratoria que precise. Restricción hídrica (Empleo de diuréticos), adecuado soporte nutricional. Individualizar el empleo de corticoides. Agentes diuréticos de displasia broncopulmonar: Furosemida Clorotiazida Hidroclorotiazida Espironolona. El tratamiento con esteroides con dosis bajas (dexametasona menor a 0.2 mg/kg/día o equivalente en hidrocortisona) debe individualizarse y considerarse los riesgos en el neurodesarrollo.</p>
----------------------------------	---	--	---	---	--	---

Conclusión

Al conocer las enfermedades comunes que afectan a los recién nacidos, los profesionales de la salud pueden identificar rápidamente los signos y síntomas, lo que permite un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. Esto es crucial para prevenir complicaciones graves y promover una pronta recuperación.

La duración del tratamiento y la recuperación de las enfermedades neonatales varían según la gravedad de la afección, la salud general del recién nacido y la prontitud con la que se detecte y trate el problema. En algunos casos, el tratamiento puede ser relativamente breve y el bebé se recupera completamente con cuidados simples, como la fototerapia para la ictericia neonatal. Sin embargo, en situaciones más graves, como la sepsis neonatal o la displasia broncopulmonar, el tratamiento puede ser prolongado y requerir atención médica especializada, a menudo en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

La comprensión de los problemas pulmonares respecto a su incidencia, fisiopatogenia e historia natural, dependen del conocimiento de conceptos acerca del desarrollo y maduración pulmonares, así como de los eventos fisiológicos, respiratorios y cardiovasculares de la etapa perinatal.

Referencias bibliográficas

Cristian Jonathan. (2024). Pediatría: Neatología. UDS Universidad de Sureste.

SBN, 9786074482935. Autor, Martínez y Martínez. Editorial, Manual Moderno. Categoría, Pediatría. Edición, 7a. Año, 2013. Idioma, Español. Páginas, 1850.