



Cuadros comparativos

Brayan Armando Espinosa Calvo

Tercer parcial

Crecimiento y desarrollo

Dr. Jorge López Cadenas

Medicina humana

Tercer semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas, 14 de noviembre del 2024

	Enfermedad de membrana hialina	Taquipnea transitoria del RN	Síndrome de aspiración de meconio	Displasia broncopulmonar.
Edad gestacional	≤ 32 SDG (mayor incidencia).	< 38 SDG (con factores de riesgo), RN a término, prematuros tardíos.	$< 37-42$ SDG (Generalmente en RN a término o prematuros), postérminos.	< 32 ó ≤ 32 SDG
Fisiopatología	Falta de surfactante pulmonar, provocando colapso alveolar, se produce atelectasia.	Por inmadurez del sistema de absorción pulmonar los alveolos permanecen húmedos haciendo que colapsen.	Obstrucción de las vías respiratorias por aspiración de meconio durante la labor de parto.	Daño pulmonar debido a la prematuridad que requiere ventilación mecánica durante un tiempo prolongado llegando a generar fibrosis e hipertensión pulmonar.
Clinica	Dificultad para respirar, cianosis, taquipnea, hipoxemia, cleteo nasal, retracción costal, polipnea.	Taquipnea, puede presentar cianosis, retracción intercostal, campos pulmonares sin estertores.	Cianosis, pero respiratorio, bajo tono del RN, aumento en la FC.	Cianosis, respiración acelerada, hipoxemia, disnea, antecedentes de dependencia de oxígeno suplementario.
Radiografía	Se aplica Rx de tórax donde se observa opacidad pulmonar, no logra expansión pulmonar correcta.	Rx de tórax con presencia de infiltrados pulmonares, cisuritis	Rx de tórax observando opacidad pulmonar, por obstrucción en las vías respiratorias.	Rx de tórax observando los pulmones hiperexpandidos con signos de una fibrosis pulmonar.
Laboratorio	Aspirado gástrico en RN y/o gasometría sanguínea (bajos niveles de surfactante)	Gasometría arterial con presencia de hipoxia.	Gasometría arterial verificando niveles de oxígeno y de dióxido de carbono.	Gasometría arterial demostrando hipoxemia persistente.
Tratamiento	Reanimación, soporte respiratorio, aplicar surfactante exógeno, ventilación mecánica invasiva.	Soporte respiratorio, oxígeno suplementario, ventilación no invasiva. Rango SpO ₂ = 88-95%.	Surfactante pulmonar, ventilación mecánica, oxígeno suplementario.	Ventilación controlada, corticoides, broncodilatadores, oxígeno suplementario.
Pronóstico.	Mortal en edades prematuras, si se trata correctamente puede tener un pronóstico favorable.	Si se atiende correctamente hay una pronta recuperación que no deja secuelas. Período regular (24-48 hrs).	Puede presentar secuelas a futuro (cuando crece el niño/a) como asma, debe llevar un control.	Si es de gravedad se pueden presentar problemas crónicos a nivel respiratorio.

	Hipotiroidismo	Hyperplasia suprarrenal congénita.	Galactosemia	Fenilcetonuria	Deficiencia de biotinidasa.	Fibrosis quística
Generalidades Epidemiología Fisiopatología Factores de riesgo.	Se trata de una alteración en la producción de hormonas tiroideas, presente en 1-3000/4000 RN. Defecto más común, disgenesia tiroidea 85%. Localización ectópica -< ingesta de yodo Trisomía 21, madres >38 años.	Trastornos presentes en la glándula suprarrenal, afectando la producción de cortisol, presente en 1/15,000 RN. Deficiencia de 21 hidroxilasa y aumento de 17 hidroxiprogesterona. Causa de amenorrea 1°	Error congénito en el metabolismo impidiendo la buena metabolización de la galactosa. Presente en 1/40,000 RN. Deficiencia parcial o total de la enzima galactosa 1 fosforiltransferasa (GALT)	Trastorno metabólico hereditario que impide la conversión de fenilalanina. Presente 1/10,000 RN. Ausencia de fenilalanina hidroxilasa.	Deficit de la (B7) enzima biotinidasa, necesaria para el metabolismo de la gluconogénesis Presente en 1/60,000 RN.	Enfermedad genética que afecta las glándulas productoras de moco, presente en 1/3,500 RN. Mutación del gen CFTR del Cr 7, ocasiona ausencia de canales de cloro (secreciones espesas)
Clinica	Hay retraso en el crecimiento letargo e ictericia prolongada. Fontanela posterior > 5 cm, llanto ronco, macroglosia, hernia umbilical	Virilización en mujeres, crisis suprarrenales y deshidratación. > Androgenos Perdida de sal 67%. Virilizante - Hipoglucemia, hiponatremia, hipercalemia	Letargia, letargo, hepatomegalia, rechazo a los alimentos. Coagulopatías, cataratas, rechazo a la VO.	Retraso del desarrollo, convulsiones y microcefalemia. ✓ Retraso mental. 100% (motor) alteraciones del EEG, Autismo. Pelo rubio, olor a húmedo	Problemas neurológicos, convulsiones y dermatitis. Hipotonía Alopecia Dermatitis	Tos crónica, infecciones respiratorias y dificultad para ganar peso, esteatorrea, Ileo meconial
Diagnós.	TSH < 10 descarta 10-20: Repite 20-40: Perfil tiroideo > 40: Confirma.	Medición de electrolitos y pruebas genéticas / Niveles de 17 hidroxiprogesterona > 20 Mutación del gen CYP21A No cortisol	Prueba de galactosa en sangre. Definitivo: GALT 1 en plasma	Medición de fenilalanina en suero. Fenilpiruvato en orina.	Medición de actividad de la biotinidasa. Deficiencia de la biotina	Prueba del cloro en el sudor. < 40 descarta 40-60: sospechoso 760 confirma
Tratamiento	de levotiroxina: 10-15 mcg: meta normal < 1 mes	Glucocorticoides y mineralocorticoides. ✓ Hidrocortisona.	Dieta libre de galactosa y lactosa.	Dieta restringida en fenilalanina.	Suplementación de biotina 10 mg/día. Evitar la clara de huevo.	Tx con enzimas pancreáticas, más antibióticos y terapia fisio terapéutica. SOPORTE.

BIBLIOGRAFÍAS

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). Tamiz Neonatal, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y seguimiento de los Errores Inatos del Metabolismo. GOBIERNO FEDERAL.

Obtenido

de:

http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PublicacionesSMP/TN_E_Innatos_Metabolismo.pdf

- Lattari A. (2023). Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. MANUAL MSD Versión para profesionales.

Obtenido

de:

<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-en-reci%C3%A9n-nacidos>