



*Nombre del Alumno: Andrea Citlali Maza López*

*Nombre del tema: SDR e ICTERICIA NEONATAL*

*Parcial: primero*

*Nombre de la Materia: Análisis de decisión en la clínica*

*Nombre de la profesora: Jesús Eduardo Cruz Domínguez*

*Nombre de la Licenciatura: medicina humana*

*Octavo semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas, 04 de abril del 2024*

# SX DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad 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. Se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento adecuado.

la incidencia aumenta en caso de; Hipotermia, Asfixia perinatal, Fetopatía diabética, No haber recibido esteroides prenatales o ser del género masculino.

Los datos clínicos que apoyan el diagnóstico de SDR son: • Dificultad respiratoria progresiva evaluada con la escala de Silverman/ Andersen: - Aleteo nasal - Quejido espiratorio - Tiraje intercostal, Disociación toraco abdominal - Retracción xifoidea • Cianosis • Polipnea.

estomago después del nacimiento. Se realizaron mediciones de surfactante encontrando cantidades similares a las del líquido pulmonar.

Si la prueba de agitación de aspirado gástrico no forma de burbujas se considera negativa y aumenta la probabilidad de SDR.

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 Interpretación: • Dudosa.- Presencia de una corona de burbujas solo en el borde externo del tubo • Posible.- Presencia de burbujas en toda la superficie del tubo sugiere la presencia de surfactante.

Se ha observado que la administración de oxígeno al 100% en recién nacidos pretermino produce: • Aumento de la mortalidad • Aumento en la frecuencia de retinopatía del prematuro • Disminuye el flujo sanguíneo cerebral en un 20% • Disminuye el gradiente alveólo/arterial.

La asistencia mecánica a la ventilación al inicio debe ser: • Lo más moderada posible • Con tiempos inspiratorios cortos por que disminuyen el riesgo de fuga de aire y de mortalidad • Los tiempos inspiratorios largos (> 0.45 s) se asocian con: • Mayor incidencia de fuga de aire (RR 1.56 IC 95% 1.25 – 1.94) • Mayor riesgo de mortalidad (RR 1.26 IC 95% 1.00 – 1.59)

Administración de Surfactante Exógeno de rescate en recién nacidos < 30 semanas de edad gestacional reporto que la administración profiláctica: • Reduce la mortalidad (RR 0.6 IC 95% 0.48 – 0.77 • Reduce la presencia de síndrome de fuga de aire (RR 0.61 IC 95% 0.42 – 0.89)

# ICTERICIA NEONATAL

Una de las afecciones que se presenta con frecuencia en los recién nacidos es la ictericia, que se refiere a la coloración amarilla de la piel y las mucosas, que se presenta cuando las bilirrubinas en sangre se encuentran elevadas, condición conocida como hiperbilirrubinemia.

La ictericia neonatal es la patología más común de readmisión hospitalaria en el periodo neonatal. Se desconoce la incidencia real de la hiperbilirrubinemia en el recién nacido a nivel mundial.

La ictericia en periodo neonatal se presenta debido a la corta vida media de los eritrocitos, a una concentración alta de eritrocitos y al lento metabolismo y excreción de la bilirrubina, que da como resultado aumento en los niveles de bilirrubina no conjugada en el torrente sanguíneo misma que es potencialmente tóxica al tejido neural, principalmente para los núcleos basales. La mayoría de los recién nacidos con bilirrubinas elevadas en suero no tienen una enfermedad subyacente, y la ictericia se resuelve a las dos primeras semanas de vida. Una minoría de los recién nacidos que presentan ictericia tiene un padecimiento que la condiciona y requiere tratamiento específico.

Se recomienda realizar las siguientes acciones a todos los recién nacidos para diagnosticar en forma oportuna la ictericia: Investigar la presencia de factores asociados que predisponen al recién nacido para desarrollar hiperbilirrubinemia NICIEficativa poco después del nacimiento. Examinar al recién nacido para detectar ictericia en cada oportunidad, especialmente en las primeras 72 horas.

La inspección visual se realizará con el recién nacido desnudo con luz brillante, preferiblemente natural. Se deberán revisar las escleróticas, las encías y la piel blanqueada que es útil en todos los tonos de piel.

La evidencia muestra que las mediciones de bilirrubina transcutánea ayudan con la evaluación del grado de ictericia y son más precisas que la inspección visual.

Los niveles de bilirrubina estimados con la medición transcutánea dejan de ser equivalentes cuando los niveles de bilirrubina sérica se encuentran por arriba de 14.7 mg/dl (250  $\mu$ mol/l). Si la bilirrubina transcutánea se encuentra por arriba de 14.7 mg/dl (250  $\mu$ mol/l, se deberá medir las bilirrubinas séricas (estándar de oro por la precisión de la medición).

Solicitar las siguientes pruebas se solo sí existe sospecha clínica de alguna patología específica. - Frotis de sangre - Niveles de glucosa-6-fosfato - Deshidrogenasa en sangre (considerar origen étnico) - Cultivos microbiológicos de sangre, orina y líquido cefalorraquídeo, sí, se sospecha infección).

Los recién nacidos con bilirrubina conjugada mayor de 1.47 mg/dl (25  $\mu$ mol/l) deben ser vigilados y estudiados porque esto puede indicar enfermedad hepática grave.

Existe evidencia clara que la fototerapia es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de la ictericia en los recién nacidos, llegando a reducir la necesidad de realizar exanguinotransfusión.

El propósito del tratamiento con fototerapia y/o exanguinotransfusión es evitar el kernicterus

Actualmente existen dispositivos con diferentes tipos de luz para aplicar la fototerapia: Luz del día Luz blanca fría Luz azul Luz "especial azul" en focos fluorescentes o lámparas de tungsteno-halógeno Mantas de fibra óptica que proporcionan luz azul-verde que sirve solo para determinadas regiones del cuerpo.