



**Mi Universidad**

**RESUMEN**

*Nombre: Litzy Moreno Rojas*

*2do Parcial*

*Análisis de decisión en la clínica*

*Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez*

*Medicina Humana*

*8o semestre*

## SINDROME 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.

Los siguientes antecedentes incrementan la incidencia de SDR:

- Hipotermia
- Asfixia perinatal
- Fetopatía diabética
- No haber recibido esteroides prenatales
- Ser del género masculino

Toda mujer con amenaza de parto prematuro debe recibir al menos un esquema completo de esteroides prenatales para disminuir el riesgo de SDR.

- Betametasona 12mg cada 24 horas (2 dosis)
- Dexametasona 6 mg cada 12 horas (4 dosis)

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

Tratamiento:

- Evitar la hipotermia reduce la mortalidad
- Durante la reanimación neonatal se usara la menor concentración de oxígeno que sea suficiente para mantener una frecuencia cardiaca mayor a 100 latidos por minuto.
- Se usará la oximetría de pulso para mantener la saturación arterial de oxígeno adecuada durante la reanimación del recién nacido prematuro con la finalidad de evitar eventos hiperoxemia.
- Administrar surfactante exógeno temprano(rescate) dentro de las primeras 2 horas después del nacimiento en todo recién nacido prematuro con antecedentes de riesgo y signos clínicos sugestivos de SDR
- Iniciar presión positiva continua a la vía aérea en todo recién nacido > 1500g con riesgo de desarrollar SDR y que no requiera intubación endotraqueal.
- La asistencia mecánica a la ventilación convencional es la ventilación de elección en los recién nacidos con SDR.

## ICTERICIA NEONATAL

Identificar a los recién nacidos que tienen mayor probabilidad de presentar hiperbilirrubinemia:

- Edad gestacional menor de 38 semanas
- Hermano que presentó ictericia y requirió fototerapia
- Ictericia visible en las primeras 24 horas de vida
- Intención de ser alimentado exclusivamente con seno materno

En las primeras 48 horas de vida se deberá detectar y mantener en vigilancia a los recién nacidos con factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad de desarrollar hiperbilirrubinemia significativa.

- Los recién nacidos con factores de riesgo para desarrollar hiperbilirrubinemia significativas deberán ser evaluados por personal médico capacitado.
- No se deberá confiar solo en la inspección visual para estimar el nivel de bilirrubina en un recién nacido con ictericia y factores de riesgo, se deberá medir la bilirrubina sérica
- Se recomienda usar la escala de Kramer solo para determinar la ausencia o presencia de ictericia.
- No se recomienda el uso de ninguno de los siguientes métodos para predecir la hiperbilirrubinemia grave:
  - Nivel de bilirrubina en sangre del cordón umbilical
  - Medición de monóxido de carbono
  - Prueba de antiglobulina directa en la sangre del cordón umbilical (prueba de Coombs)

Tratamiento:

- Para determinar el tratamiento de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos se debe utilizar el nivel de bilirrubinas totales y llevarlo a las tablas que consideran la edad gestacional y los días de vida extrauterina.
- No reste la bilirrubina conjugada de la bilirrubina sérica total cuando tome decisiones sobre el manejo de la hiperbilirrubinemia
- Para decidir si el recién nacido con hiperbilirrubinemia es candidato a fototerapia se usaran los criterios para recién nacidos mayores de 38 semanas de edad gestacional, que consideran horas de vida, cifra de bilirrubinas.
- Para inicio y seguimiento de fototerapia también se pueden usar las gráficas por semana de edad gestacional para tratamiento de hiperbilirrubinemia.
- La respuesta máxima a la fototerapia se observa en las primeras 2 a 6 horas de su inicio.

#### Tratamiento con fototerapia simple en recién nacidos de término

- La fototerapia tradicional con luz azul sigue siendo el tratamiento de primera elección para hiperbilirrubinemia.
- Excepto en las siguientes condiciones:
  - Cuando el nivel de bilirrubinas aumenta rápidamente, es decir más de 0.5 mg/dl por hora (8.5  $\mu$ mol/l por hora).
  - Cuando la bilirrubina se encuentra 3 mg/dl (50  $\mu$ mol/l) por debajo del umbral en el que está indicada la exanguinotransfusión después de 72 horas de haber iniciado la fototerapia.