



**Mi Universidad**

*Nombre del alumno: Edwin Dionicio Coutiño Zea*

*Nombre del tema: SDR y Ictericia Neonatal*

*Parcial: segundo*

*Nombre de la materia: Analisis de decisiones en la clinica*

*Nombre del profesor: Dr. Jesus Eduardo Cruz Dominguez*

*Nombre de la licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: octavo*

# **Síndrome de dificultad respiratoria.**

## **Definición**

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.

## **Diagnostico.**

Factores de riesgo.

Los siguientes antecedentes incrementan la incidencia de SDR:

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

Evitar la hipotermia reduce la mortalidad. No se conocen las repercusiones de la hipertermia en pacientes con SDR.

Los esteroides prenatales son efectivos en mujeres con ruptura prematura de membranas y en embarazos relacionados con síndromes hipertensivos. Toda mujer con amenaza de parto prematuro debe recibir al menos un esquema completo de esteroides prenatales para disminuir el riesgo de SDR.

La betametasona disminuye la incidencia de SDR y la incidencia de leucomalacia periventricular.

Se administrará betametasona en mujeres con riesgo de parto prematuro, por que disminuye el riesgo de SDR y leucomalacia periventricular

## **Diagnostico**

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 toracoabdominal**

- Retracción xifoidea
  - Cianosis, Polipnea

Pruebas.

El líquido pulmonar durante la etapa fetal es deglutido constantemente, por lo que cierta cantidad permanece en el estómago 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.

### **Tratamiento.**

Evitar la hipotermia reduce la mortalidad No se conocen las repercusiones de la hipertermia en la mortalidad.

- La reanimación neonatal en la sala de parto se realizará según las normas de la American Heart Association y de la American Academy of Pediatrics.

- Mantener en ambiente término neutro.

- Mantener la temperatura corporal entre 36.1 a 37°

- Evitar la hipotermia

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

- No se han demostrado beneficios con el uso a esta concentración

El aporte de líquidos debe ser el suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas. Evitar la deshidratación y pérdidas de peso mayores al 10%. Esto reduce los riesgos de:

- Persistencia de conducto arterioso y la repercusión hemodinámica
- Enterocolitis necrosante
- Displasia broncopulmonar
- Hemorragia intraventricular Muerte

## **Ictericia Neonatal**

### **Definición.**

es una infección sistémica de etiología bacteriana, viral, parasitaria o fúngica asociada a disfunción orgánica que pone en riesgo la vida de los recién nacidos.

- 3ra causa de mortalidad neonatal.
- Signos sistémicos de infección.
- 28 días de vida.
- Aislamiento de patógeno.

### **Transmisión.**

Vertical: inicio precoz de 3-5 días, canal genital materno colonizado, contaminación vía ascendente.

Nosocomial: inicio tardío pasado la 1er semana.

### **Factores de riesgo**

Vertical:

- Falta de cuidados prenatales
- Colonización del tracto genital
- Ruptura de membranas antes del trabajo de parto
- Parto prematuro
- Bajo peso
- Fiebre intraparto  $>38^{\circ}\text{C}$
- Corioamnionitis
- Obesidad materna

Nosocomial:

- Cateterismo prolongado
- Ventilación mecánica
- Neutropenia

- Bajo peso
- Falta de alimentación enteral
- Estancia hospitalaria prolongada
- Patología del tracto GI

### **Epidemiología:**

Se ha reportado una frecuencia de 1 a 5 casos por cada 1000 nacidos vivos. Pero en la UCIN se informan de 15 a 35.

### **Cuadro Clínico.**

Dificultad para alimentarse, taquipnea >60 rpm, cianosis, convulsiones, disociación, torácica grave, quejido, T° >37.5 o <35.5.

### **Diagnostico.**

- Signos clínico
- Hemocultivo
- PCR
- Conteo leucocitario (<5000mm<sup>3</sup>)
- Prot. C reactiva, procalcitonina
- IL 6 y 8

Radiografía de tórax, aspirados bronquiales.

### **Tratamiento**

- Esquema antibiótico inicial: ampicilina+ aminoglucósido (gentamicina/amikacina)
- 2da línea: cefalosporinas de tercera generación
- Candida spp: anfotericina B

Anaerobios: cefepima, cefotaxima, carbapenémicos Staphylococcus sensibles a la meticilina: dicloxacilina (pústulas abscesos, onfalitis) S. aureus metilresistentes: vancomicina

Ceftriaxona contraindicada en neonatal a término y prematuros con hiperbilirrubinemia que reciban Ca+

Continuar el esquema durante 7 a 10 días si el hemovultivo fue positivo o negativo con sospecha de sepsis. 14 días de hay meningitis asociada. Px con baja sospecha suspender de 36 a 72 horas después. Revalorar en 24 h

Suspender antibiótico a las 36 horas si: Hemocultivo negativo Sospecha clínica inicial no fuerte, La condición clínica no muestra indicadores de posible infección, Niveles de PCR se normalizan (<10mg/l) separados al menos de 48 h.