

Brenda Nataly Galindo Villarreal

Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Nombre del trabajo: Resumen

Análisis de decisión en la clínica

Grado: 8vo Semestre

Grupo: "B"

Carrera: Medicina Humana

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de Abril del 2024

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

Definición:

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 factores de riesgo son los siguientes:

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

El diagnóstico temprano es identificar en forma temprana los signos de dificultad respiratoria progresiva, ya que son los primeros signos que sugieren la presencia de SDR en el recién nacido prematuro.

En la exploración física no basaremos en:

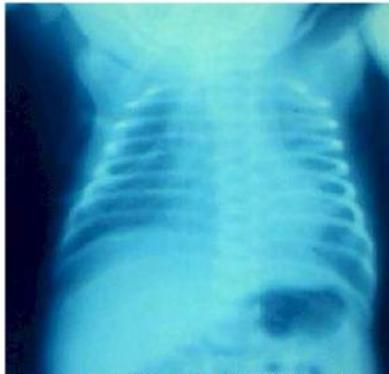
Dificultad respiratoria progresiva evaluada con la escala de Silverman/ Andersen:

- Aleteo nasal
- Quejido espiratorio
- Tiraje intercostal
- Disociación toraco-abdominal
- Retracción xifoidea
- Cianosis
- Polipnea

La escala que usaremos es la Clasificación de la gravedad del Síndrome de Dificultad Respiratoria

Estadio I / Forma leve

- Imagen reticulogranular muy fina.
- El broncograma aéreo es muy discreto, no sobrepasa la imagen cardiopulmónica.
- Transparencia pulmonar conservada.
- Podría en ocasiones pasar como una radiografía normal.

Estadio II / Forma moderada

- La imagen reticulogranular se extiende a través de todo el campo pulmonar.
- El broncograma aéreo es muy visible y sobrepasa los límites de la silueta cardíaca.
- La transparencia pulmonar está disminuída.
- Hay disminución del volumen pulmonar.
- Ésta es la forma más clásica.

Fig. 2. An Pediatr Contin 2003; 1 (2): 57 – 66.

Estadio III / Forma grave

- Infiltrado reticulogranular muy difuso, los nódulos tienden a hacerse más confluentes.
- Mayor visibilidad del broncograma aéreo, pueden verse ya ocupados bronquios del 2º y 3er orden.
- La transparencia pulmonar está disminuída, pero todavía se distinguen los límites de la silueta cardíaca.
- Hay disminución del volumen pulmonar.

Fig. 3. An Pediatr Contin 2003; 1 (2): 57 – 66.

Estadio IV / Forma muy grave

Fig. 4. An Pediatr Contin 2003; 1 (2): 57 – 66.

- La opacidad del tórax es total (Imagen en vidrio esmerilado o despulido).
- No se distingue la silueta cardíaca ni los límites de los hemidiafragmas.
- Pudiera observarse broncograma aéreo.
- Total ausencia de aire pulmonar.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- Gases en sangre arterial. Gases arteriales que documenten el grado de hipoxemia e hipercapnia (se requiere una $PaO_2 < 50$ mm Hg en aire ambiente o que necesite oxígeno suplementario para lograr una $PaO_2 > 50$ mm Hg).
- Aspiración del contenido gástrico. El líquido pulmonar es deglutido y pasa a estómago, una muestra de aspirado gástrico colectada después del nacimiento muestra las cantidades de surfactante similares al líquido pulmonar por lo que puede ser usada para demostrar si hay surfactante pulmonar al nacimiento. Una prueba de agitación del aspirado gástrico sin formación de burbujas (test negativo) aumenta la probabilidad del diagnóstico de SDR.

EXÁMENES DE IMAGEN

- Radiografía de tórax. Radiografía de tórax antero – posterior la cual puede mostrar, desde una discreta opacidad hasta un aspecto retículo/granular difuso, bilateral con imagen de vidrio esmerilado y disminución de la expansión pulmonar

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Oxígeno suplementario, que deberá ser el mínimo necesario para mantener los niveles de oxígeno en sangre adecuadas
- Surfactante exógeno

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Mantener ambiente térmico neutro
- Aporte nutricional suficiente que en su inicio evite la pérdida de peso y posteriormente favorezca ganancia ponderal.
- Asistencia mecánica ventilatoria en sus diferentes modalidades, se elegirá la que cubra las necesidades de ventilación de acuerdo a la gravedad.

ICTERICIA NEONATAL

La ictericia es una coloración amarillenta de la piel y/o los ojos causada por un aumento de la concentración de bilirrubina en el torrente sanguíneo. La bilirrubina es una sustancia amarilla que se forma cuando la hemoglobina (la parte de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno) se descompone como parte del proceso normal de reciclaje de los glóbulos rojos viejos o deteriorados.

La bilirrubina se transporta en el torrente sanguíneo hasta el hígado y se procesa para que pueda ser excretada del hígado como parte de la bilis (el líquido digestivo producido por el hígado). El procesamiento de la bilirrubina en el hígado consiste en unirla a otra sustancia química en un proceso llamado conjugación.

- La bilirrubina procesada en la bilis se denomina bilirrubina conjugada.
- La bilirrubina no procesada se denomina bilirrubina no conjugada.

La bilis es transportada a través de las vías biliares hasta el comienzo del intestino delgado (duodeno). Si la bilirrubina no puede ser procesada y excretada por el hígado y las vías biliares con la rapidez suficiente, se acumula en la sangre (hiperbilirrubinemia). A medida que aumentan las concentraciones de bilirrubina en la sangre, el blanco de los ojos se vuelve amarillo, seguido de la piel. Algo más de la mitad de los recién nacidos presentan ictericia visible durante la primera semana de vida.

Durante la primera semana de vida, la mayoría de los recién nacidos a término desarrollan hiperbilirrubinemia no conjugada, que causa a menudo ictericia que normalmente se resuelve en una o dos semanas. Esto se conoce como ictericia fisiológica. La ictericia fisiológica es aún más frecuente entre los bebés prematuros.

Causas frecuentes de la ictericia

Las causas más frecuentes de la ictericia en el recién nacido son

- Ictericia fisiológica (la más habitual)
- Lactancia
- Degradación excesiva de los glóbulos rojos (hemólisis)

La ictericia fisiológica se produce por dos razones. En primer lugar, los glóbulos rojos de los recién nacidos se descomponen más rápido que los de los lactantes mayores, lo que da lugar a un aumento de la producción de bilirrubina. En segundo lugar, el hígado del recién nacido es inmaduro y no puede procesar la bilirrubina y excretarla del cuerpo tan bien como el hígado de los niños mayores.

Casi todos los recién nacidos presentan ictericia fisiológica. Suele aparecer de 2 a 3 días después del nacimiento (la ictericia que aparece en las primeras 24 horas después del nacimiento puede ser debido a un trastorno grave). La ictericia

fisiológica no suele causar otros síntomas y desaparece en 1 semana. Si el lactante sigue presentando ictericia a las 2 semanas de edad, los médicos valoran la posibilidad de otras causas de hiperbilirrubinemia además de la ictericia fisiológica.

La lactancia materna puede causar ictericia de dos maneras, denominadas

- Ictericia fisiológica (la más habitual)
- Ictericia por la leche materna

La ictericia por la lactancia materna aparece en algunos recién nacidos que son amamantados durante los primeros días de vida y por lo general se resuelve en la primera semana. Se presenta en los recién nacidos que no consumen suficiente leche materna como, por ejemplo, cuando aún no le ha subido la leche a la madre. Estos recién nacidos tienen menos evacuaciones y por lo tanto, eliminan menos bilirrubina. A medida que siguen siendo amamantados y consumen más leche, la ictericia va desapareciendo por sí sola.

La ictericia por la leche materna difiere de la ictericia fisiológica en que sucede hacia el final de la primera semana de vida y puede resolverse a las 2 semanas de edad o persistir durante varios meses. La ictericia por la leche materna está causada por sustancias de la leche materna que afectan al proceso del hígado para deshacerse de la bilirrubina del organismo.

La degradación excesiva de glóbulos rojos o eritrocitos (hemólisis) puede sobrecargar el hígado del recién nacido con más bilirrubina de la que puede procesar. Existen varias causas de hemólisis, que se clasifican según si tienen su origen en un

- Trastorno inmunitario
- Trastorno no inmunitario

Evaluación del recién nacido:

Mientras los recién nacidos están en el hospital, los médicos ejercen controles periódicos para detectar la posible aparición de ictericia. La ictericia es a veces evidente en el color del blanco del ojo o de la piel del recién nacido, pero la mayoría de médicos también determinan el nivel de bilirrubina del recién nacido antes del alta hospitalaria. Si el recién nacido sufre ictericia, los médicos se centran en determinar si es fisiológica y, si no, en la identificación de su causa de modo que puedan tratarse las causas peligrosas. Es particularmente importante que los lactantes sean valorados para descartar trastornos graves si la ictericia persiste después de las 2 semanas de edad.

Signos de alarma

En los recién nacidos con ictericia, los siguientes síntomas son motivo de preocupación:

- Ictericia que aparece durante el primer día de vida
- Ictericia en los recién nacidos de más de 2 semanas de edad
- Letargo, falta de apetito, irritabilidad y dificultad para respirar
- Fiebre

Tratamiento:

La ictericia fisiológica no suele requerir tratamiento y desaparece en un plazo de una semana. Para los recién nacidos alimentados con fórmula, las comidas frecuentes pueden ayudar a prevenir la ictericia o reducir su gravedad. Las tomas frecuentes aumentan la frecuencia de las deposiciones y así, se elimina más bilirrubina en las heces. El tipo de fórmula no parece importar.

La ictericia por lactancia materna también puede prevenirse o reducirse con el aumento de la frecuencia de las tomas. Si el nivel de bilirrubina sigue aumentando, los bebés pueden necesitar un complemento con leche de fórmula, si bien esto es muy poco frecuente.

En la ictericia por la leche materna, se puede recomendar a las madres que suspendan la lactancia solo durante 1 o 2 días, den a sus recién nacidos leche de fórmula y se extraigan leche regularmente durante este descanso de la lactancia para mantener la producción de leche. Luego pueden reanudar la lactancia materna tan pronto como el nivel de bilirrubina del recién nacido comience a disminuir. A las madres que amamantan por lo general se les aconseja que no le den al recién nacido agua o agua que contenga azúcar porque hacerlo puede reducir la cantidad de leche que bebe el recién nacido e interrumpir la producción de leche materna. Sin embargo, los bebés amamantados que están deshidratados a pesar de los esfuerzos para aumentar la lactancia materna pueden necesitar líquidos adicionales.

Las concentraciones elevadas de bilirrubina no conjugada pueden tratarse con

- Exposición a una luz especial (fototerapia)
- Exanguinotransfusión

Fototerapia o "luces bili"

En la fototerapia se emplea luz brillante para transformar la bilirrubina que no ha sido procesada por el hígado en una forma que pueda ser eliminada rápidamente del organismo mediante excreción en la orina. La luz azul es la más eficaz y la mayoría de los médicos utilizan unidades de fototerapia comerciales especiales. Los recién nacidos se colocan debajo de las luces y se desnudan para exponer la mayor cantidad de piel posible. Se les da la vuelta con frecuencia y se dejan bajo las luces

durante períodos variables de tiempo (normalmente desde 2 días a una semana), dependiendo de cuánto se deben reducir los niveles de bilirrubina en la sangre. La fototerapia puede ayudar a prevenir kernicterus. Para determinar la eficacia del tratamiento, los médicos suelen medir las concentraciones de bilirrubina en sangre de forma periódica; el color de la piel no es un signo fiable.

Exanguinotransfusión

Este tratamiento se utiliza a veces cuando las concentraciones de bilirrubina no conjugada son muy elevadas y la fototerapia no es lo suficientemente eficaz.