

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Medicina Humana

Nombre del alumno: Yamili Lisbeth Jiménez Arguello.

Nombre del docente: Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez.

Nombre del trabajo: Resúmenes.

Materia: Análisis de decisión clínica.

Grado: 8° Grupo: B.



ICTERICIA NEONATAL

Yamili

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.

Aproximadamente el 60% de los recién nacidos de término y el 80% de los prematuros desarrollan ictericia en la primera semana de vida, así como que el 10% de los recién nacidos alimentados con seno materno presentan ictericia durante el primer mes de vida.

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 prevención, detección y manejo de la ictericia en los recién nacidos de termino sanos y prematuros está cambiando, particularmente porque, aunque la ictericia es muy común y el kernicterus es muy raro, la hiperbilirrubinemia grave puede ocasionar alteraciones del neurodesarrollo a corto y a largo plazo, se estima que el 2% de los recién nacidos presentan concentraciones de bilirrubina en suero mayores de 20 mg/dl (340 μ mol/l), se sabe que el kernicterus ocurre con niveles más bajos de bilirrubina en el recién nacido que tienen factores de riesgo como patología materna durante el embarazo, diferente grupo sanguíneo grupo sanguíneo con la madre y enfermedades concomitantes en el recién nacido.

Hay evidencia consistente procedente de estudios de buena calidad que demuestran que son cuatro los factores asociados con un incremento en el riesgo de hiperbilirrubinemia:

- Edad gestacional menor de 38 semanas

- Presencia de ictericia dentro de las primeras 24 horas de vida
- Historia familiar de ictericia que requirió fototerapia
- Alimentación exclusiva con leche materna

Escala de Kramer

La extensión de la ictericia determinada por la escala de Kramer se correlaciona únicamente de forma moderada con el nivel de bilirrubinas y no debería ser usada con seguridad para predecir el nivel de bilirrubinas o el riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia.

A los recién nacidos que presentan ictericia visible después de las 24 horas de vida se les deberá medir el nivel de bilirrubinas dentro de las siguientes 6 horas de haberse detectado la ictericia.

Ictericia fisiológica

Se refiere a la forma más común generalmente inocua que ocurre en la primera semana de vida y no tiene causa subyacente identificable.

Ictericia asociada a leche materna

Los recién nacidos alimentados con leche materna tienen más probabilidades de desarrollar ictericia fisiológica en la primera semana de vida, la ictericia generalmente persiste más allá de las dos primeras semanas de vida, por sus características se considera fisiológica y en consecuencia inofensiva.

Ictericia no fisiológica

La ictericia en el recién nacido puede tener causas no fisiológicas, como la incompatibilidad de los grupos sanguíneos (Rhesus, ABO o subgrupos), hemólisis, sepsis, hematomas y trastornos metabólicos.



SDR

Yamili

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.

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

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.
- Poliapnea.

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.

El recién nacido prematuro con dificultad respiratoria que no responde al manejo con presión positiva continua o presión positiva con bolsa y además requiere la

administración de surfactante exógeno debe intubarse al menos hasta lograr su estabilización.

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.

Los recién nacidos prematuros que requieran maniobras de reanimación neonatal avanzadas sin respuesta deben ser tratados con asistencia mecánica a la ventilación.