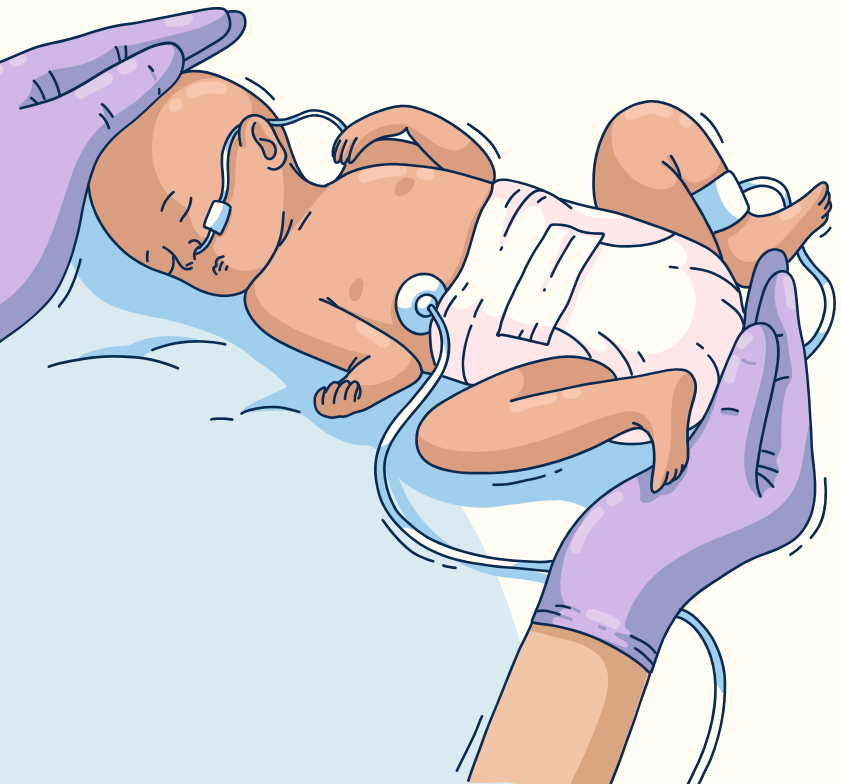




DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SDR NEONATAL

Interno Fernando Godoy Muñoz
Docente: Dr. Donoso
Internado Pediatría – USS
Unidad de Neonatología
21/07/26

OBJETIVOS

Al finalizar esta presentación los internos debemos ser capaces de:

- Definir el SDR neonatal.
- Comprender la fisiopatología del SDR.
- Reconocer las principales etiologías y posibles diagnósticos diferenciales.
- Aplicar un enfoque diagnóstico sistemático.
- Diferenciar las enfermedades mediante la clínica y la radiografía.

CASO CLINICO

Antecedentes maternos: Madre de 28 años, G2P1A0. Embarazo controlado. Diabetes gestacional tratada con dieta. Serologías negativas. Sin fiebre intraparto. Sin corioamnionitis.

Antecedentes del parto: Cesárea electiva por presentación podálica. Sin trabajo de parto. Edad gestacional: 38+1 semanas. Líquido amniótico claro. APGAR 8 y 9 al minuto y a los 5 minutos respectivamente.

A los 20 minutos de vida presenta:

- **Taquipnea 78 rpm**
- FC 156 lpm
- **Retracciones, quejido y aleteo nasal**
- **SatO₂ 88%**
- A la auscultación pulmonar con MP (+) conservado bilateral, sin ruidos agregados.

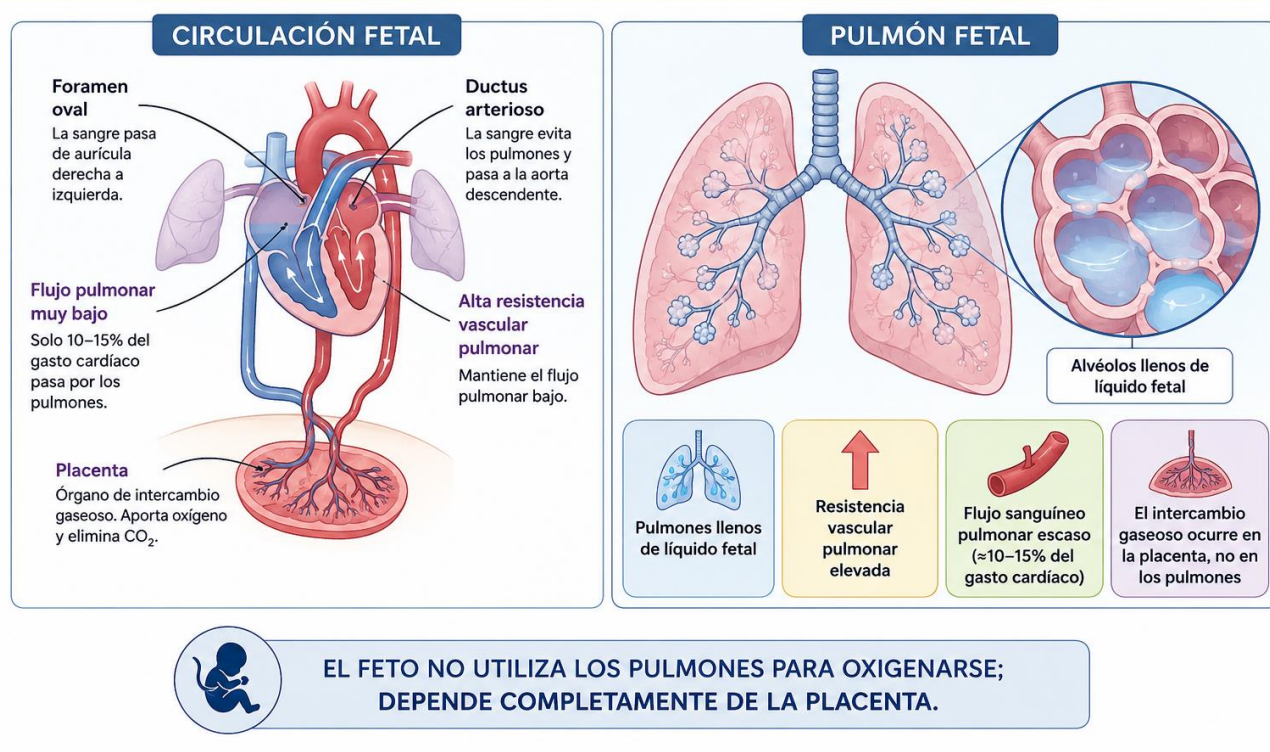
¿Cuáles serían nuestros diagnósticos diferenciales?

¿Por qué es importante?

- SDR es una de las principales causas de ingreso a UCIN.
- Afecta aproximadamente al 2-3% del total de los recién nacidos vivos.
- Alta morbimortalidad neonatal.
- La Taquipnea Transitoria (TT) representa más de la mitad de los casos clínicos evaluados en las unidades de neonatología del país.
- El diagnóstico precoz modifica el tratamiento y el pronóstico.
- Algunas etiologías requieren intervención inmediata (p. ej., neumotórax o cardiopatías críticas).

Adaptación cardiopulmonar fetal

¿cómo respira el feto?



Adaptación cardiopulmonar al nacimiento

PROCESO



1 PRIMERAS RESPIRACIONES

El llanto y las primeras respiraciones generan presión negativa intratorácica y expansión pulmonar.



2 EXPANSIÓN DE LOS ALVÉOLOS

Los alvéolos se airean y aumenta la distensibilidad pulmonar.



3 REABSORCIÓN DEL LÍQUIDO PULMONAR

El líquido se mueve del alvéolo al intersticio y es absorbido por la circulación linfática y capilares.



4 ↓ RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR

El aumento de la PaO_2 y la caída de prostaglandinas producen vasodilatación pulmonar.



5 ↑ FLUJO SANGUÍNEO PULMONAR

Aumenta el flujo a través de los pulmones y ocurre el intercambio gaseoso.



6 ↑ RETORNO VENOSO A AURÍCULA IZQUIERDA

Más sangre oxigenada retorna a la aurícula izquierda y se incrementa el gasto cardíaco sistémico.



7 CIERRE FUNCIONAL DEL FORAMEN OVAL Y DUCTUS ARTERIOSO

El aumento de la presión en aurícula izquierda y la oxigenación favorecen el cierre de los shunts fetales.



8 INICIO DEL INTERCAMBIO GASEOSO PULMONAR

Los pulmones asumen la función de oxigenar la sangre y eliminar CO_2 .



CAMBIOS CLAVE



Aire entra a los pulmones



Disminuye el líquido pulmonar



Vasodilatación pulmonar
(disminuye resistencia)



Aumenta el flujo
sanguíneo pulmonar



Mejora el retorno venoso
y el gasto cardíaco



Cierre funcional de
foramen oval y
ductus arterioso



Intercambio gaseoso
efectivo en los pulmones

Definición

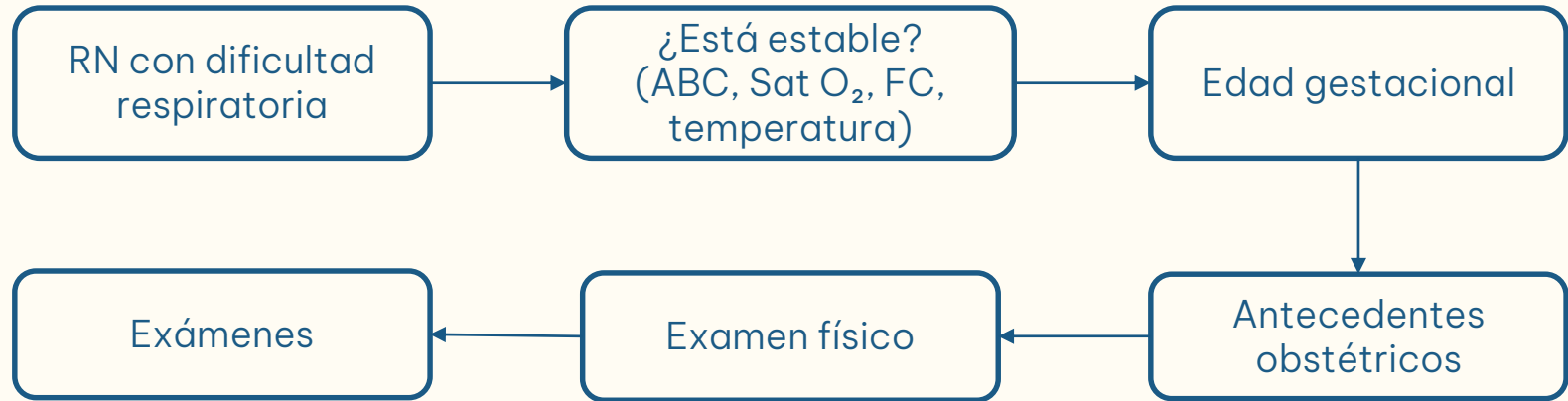
Conjunto de signos clínicos de compromiso respiratorio secundario a diversas patologías pulmonares o extrapulmonares, que aparecen en las primeras horas de vida. Pueden corresponder desde cuadros benignos y autolimitados a graves y potencialmente fatales si no son diagnosticados ni reciben tratamiento oportuno

Signos clínicos:

- Taquipnea
- Quejido
- Aleteo nasal
- Retracciones
- Cianosis



Enfoque inicial del RN con SDR



Antecedentes que orientan el diagnóstico

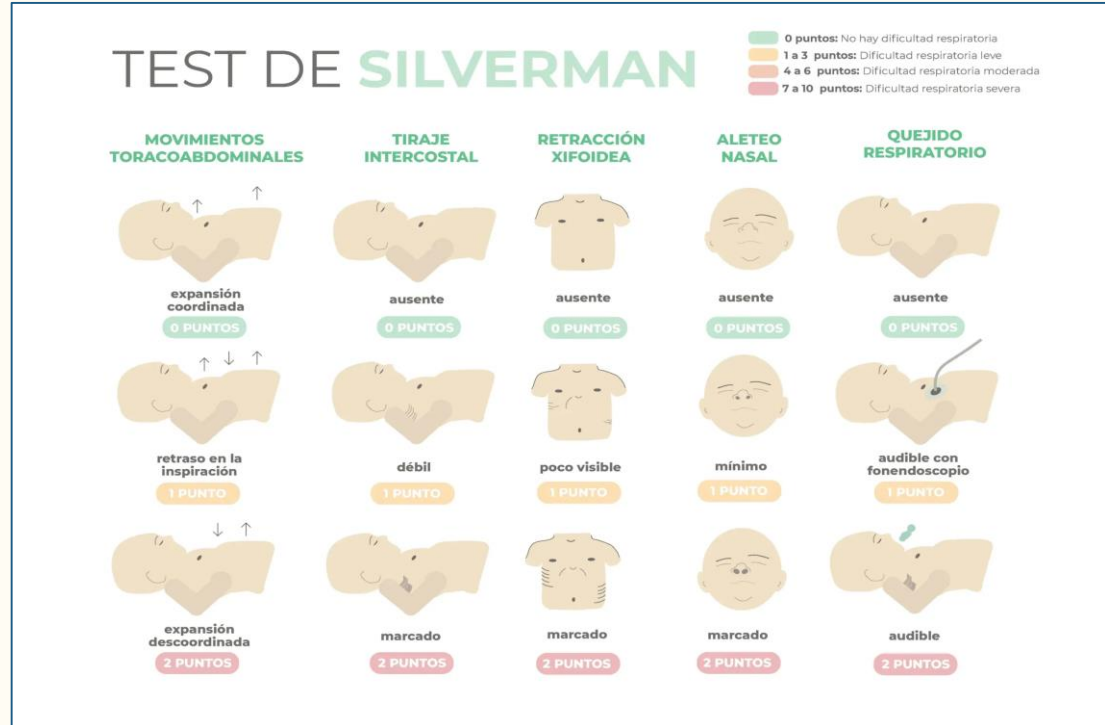
Antecedente	Diagnóstico
Prematurez	EMH
Cesárea	TTN
RPM prolongada	Neumonía neonatal
Corioamnionitis	Sepsis
Líquido meconial	SAM
Diabetes	EMH / TTN
PHA	Malformaciones

Score de Silverman-Andersen

Función → Cuantificar la gravedad del síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

¿Cómo se interpreta?

- Evalúa 5 signos clínicos (0-2 puntos cada uno)
- Puntaje total: 0-10
- Mayor puntaje = mayor dificultad respiratoria.
- Útil para guiar el manejo inicial y evaluar la respuesta al tratamiento.



Diagnostico diferencial

	PULMONAR	EMH / TTN / SAM / Neumonía / Neumotórax
	CARDIOVASCULAR	HPPN / Cardiopatías
	MALFORMACIONES	Hernia / CPAM / Secuestro
	OTRAS	Hipoglicemia / Acidosis / Depresión SNC

Patologías que revisaremos a continuación

- Taquipnea transitoria (TTN)
- Síndrome de aspiración meconial (SAM)
- Neumonía connatal
- Enfermedad de membrana hialina (EMH)
- Hipertensión pulmonar persistente
- Malformaciones y cardiopatías congénitas
- Neumotórax

Taquipnea transitoria del RN

DEFINICIÓN: Cuadro caracterizado por **taquipnea, habitualmente de curso corto, benigno y autolimitado dado por alteración transitoria en la adaptación respiratoria neonatal**. Frecuente en RNT o cercanos a término nacidos por cesárea

FACTORES DE RIESGO: Sexo masculino, **Parto por cesárea**, depresión neonatal, diabetes gestacional o dosis altas de analgesia en el parto

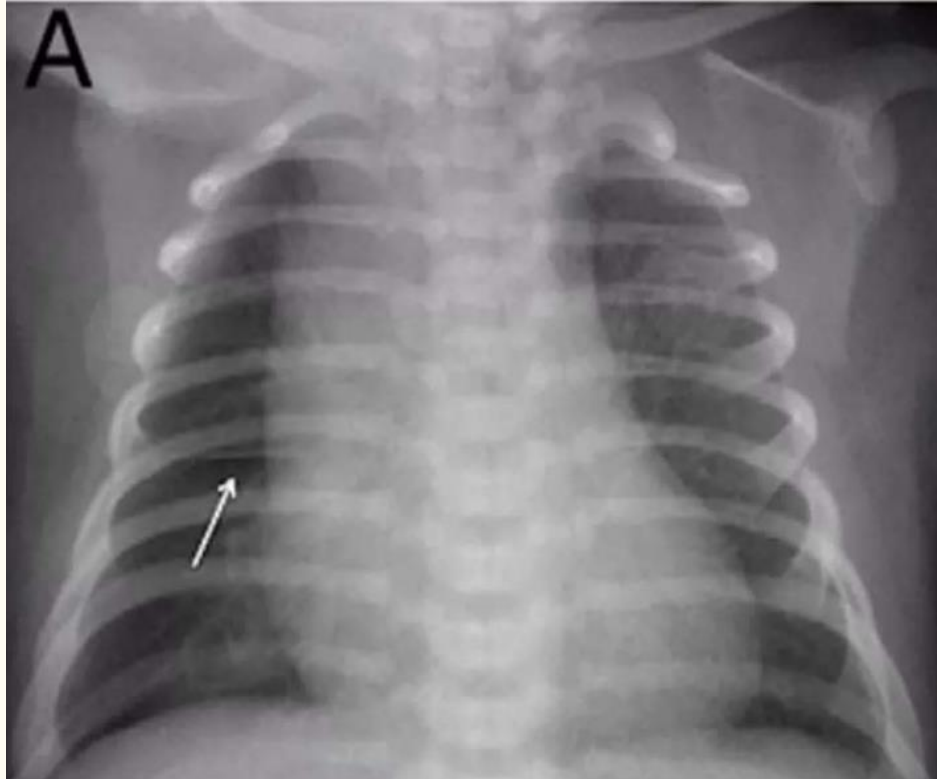
FISIOPATOLOGÍA: Dado por demora en reabsorción de líquido pulmonar. Asociado a cesárea dado que estos RN que se evitan el trabajo de parto no contarían con la gran carga catecolaminérgica.

CLÍNICA: **Taquipnea poco después de nacimiento, polipnea** (80 - 120 rpm) con **necesidad de requerimientos de O2 bajos** (máximo 30-40%) y **buena respuesta** a la misma, auscultación normal o algo disminuida. Evoluciona a la **mejoría en 24 a 48 horas hasta las 72hrs**.

EXÁMENES: **RX normal o signos de congestión vascular** y líquido en cisuras interlobares o **cisuritis**

MANEJO: **Sin tto específico** por lo que el manejo son medidas de sostén mientras se recupera el paciente. **O2 para mantener saturación > de 90%**, inicialmente puede ser por **nCPAP**. Alimentación por gavage hasta tener FR < de 60 x' y FiO2 < de 30%

Taquipnea transitoria del RN



Síndrome de aspiración meconial

DEFINICIÓN: Complicación respiratoria potencialmente grave **asociada a la asfixia perinatal, especialmente en RN postérmino**. Se produce cuando el recién nacido aspira líquido amniótico con meconio, generando obstrucción e inflamación de la vía aérea, lo que provoca dificultad respiratoria.

FACTORES DE RIESGO: Situaciones que generan estrés o hipoxia fetal, como HTA materna, diabetes, preeclampsia/eclampsia, **sufrimiento fetal, embarazo postérmino y RN PEG**.

FISIOPATOLOGÍA: La **asfixia intrauterina produce aumento de la motilidad intestinal y relajación del esfínter anal**, permitiendo la eliminación de meconio hacia el LA. Es **poco frecuente antes de las 37 semanas**, ya que en prematuros < de 34 semanas el esfínter anal presenta menor capacidad de relajación. La hipoxia fetal estimula movimientos respiratorios profundos, favoreciendo la aspiración de LA con meconio. Este puede obstruir las vías aéreas pequeñas, provocando atrapamiento aéreo, hiperinsuflación, atelectasias, disminución de la distensibilidad pulmonar y alteración de la relación V/Q. **En casos graves puede asociarse a neumotórax**

CLÍNICA: **RNT o postérmino o PEG con antecedente de asfixia perinatal con LA meconial, alteración de latidos cardio fetales y depresión respiratoria al nacer** que ha requerido algún grado de reanimación. Polipnea, retracción costal, UMA, tórax abombado con aumento AP. Auscultación con estertores y disminución de MP

EXÁMENES: **Rx de tórax con infiltrados o condensaciones alveolares alodonosas y difusas**, atelectasias y áreas de hiperinsuflación pulmonar. Se complementa con gases arteriales, hemograma, PCR y HC.

MANEJO: **Monitorización continua y soporte respiratorio según gravedad**, desde oxigenoterapia no invasiva hasta ventilación mecánica. Se pueden utilizar ATB empíricos de primera línea en caso de sospechar. En **casos severos puede administrarse surfactante exógeno** como terapia de apoyo.

Síndrome de aspiración meconial



Neumonía connatal

DEFINICIÓN: Infección del tracto respiratorio inferior que afecta al RN , comprometiendo el parénquima pulmonar. Es una de las infecciones más frecuentes del periodo neonatal y una causa importante de dificultad respiratoria neonatal. Puede ser antenatal, perinatal o postnatal. Los **MO mas importante son SGB, E. Coli, Klebsiella o Chlamydia**

FACTORES DE RIESGO: Fiebre materna intraparto – Corioamnionitis – Trabajo de parto prolongado – RPM – Colonización materna por SGB – Ausencia de profilaxis antibiótica intraparto – Prematuridad

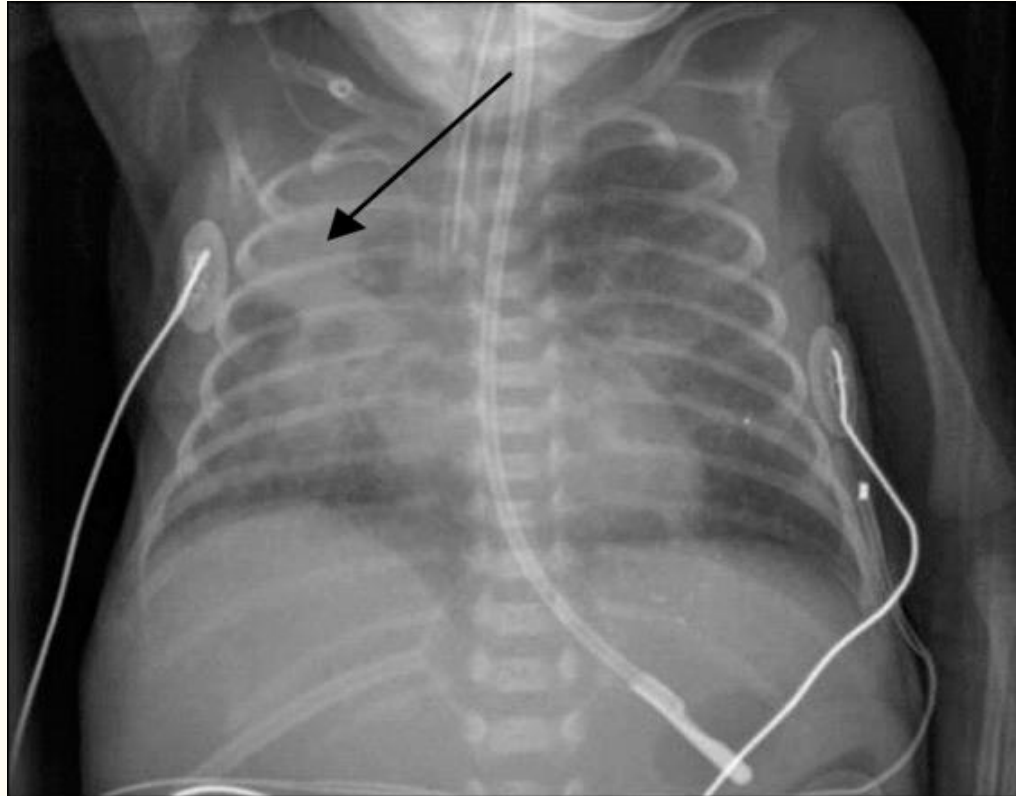
FISIOPATOLOGÍA: Invasión e infección del parénquima pulmonar por MO, generando inflamación alveolar y alteración del intercambio gaseoso. Las principales vías de infección son: ascendente, aspiración de LA contaminado durante el parto o nosocomial. El RN tiene mayor susceptibilidad debido a inmadurez inmunológica y menor respuesta inflamatoria

CLÍNICA: **No presenta signos específicos y puede simular otras causas de SDR, especialmente la EMH.** Taquipnea/polipnea, quejido, cianosis. retracciones, disminución del MP, crepitaciones o signos sistémicos como letargia, rechazo alimentario, inestabilidad térmica o acidosis metabólica sin causa evidente.

EXÁMENES: **Rx de tórax con focos de condensación pulmonar,** infiltrados alveolares difusos o compromiso pulmonar bilateral. Además se debe solicitar **parámetros inflamatorios y HC.**

MANEJO: De soporte según gravedad con **oxigenoterapia y soporte ventilatorio** (CPAP o VM según corresponda) **ATB empíricos de primera línea con Ampicilina/Gentamicina** ajustando según evolución clínica y resultados de cultivos. Manejo hemodinámico con **fluidos o DVA si en casos de inestabilidad hemodinámica**

Neumonía connatal



Enfermedad de membrana hialina

DEFINICIÓN: Cuadro propio de los RN prematuros por **déficit de producción de surfactante pulmonar** la que evita que los pulmones colapsen.

FACTORES DE RIESGO: **Prematuridad, EG<34 SEM**, sexo masculino (maduración pulmonar más lenta), HMD, cesárea electiva sin trabajo de parto, no recibir corticoides antenatales, embarazo múltiple

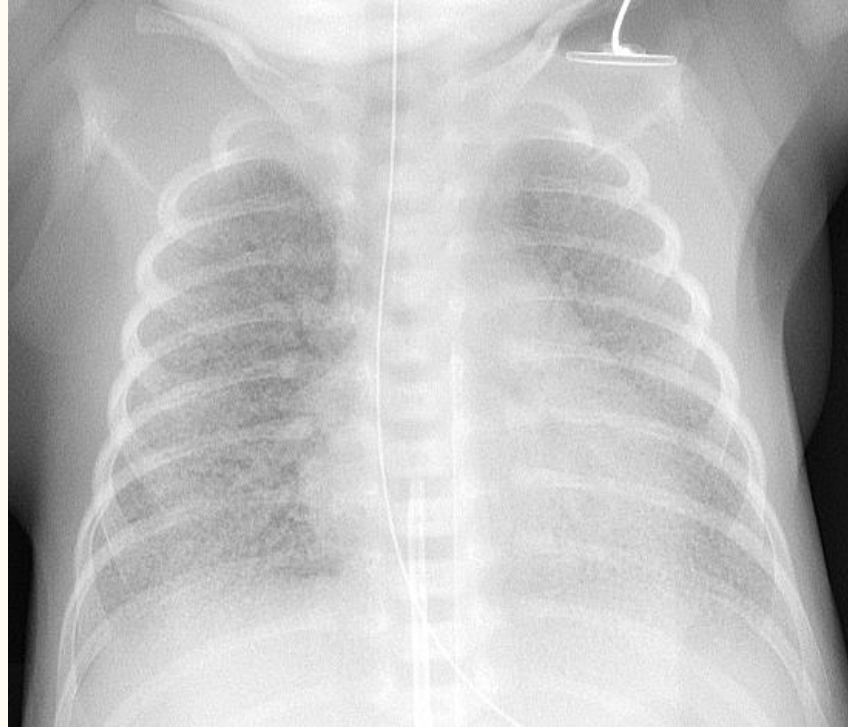
FISIOPATOLOGÍA: El surfactante, **producido por los neumocitos tipo II**, está compuesto por fosfolípidos, colesterol y proteínas, y **su función es disminuir la tensión superficial alveolar, manteniendo la estabilidad pulmonar durante la espiración y evitando el colapso alveolar**. Comienza a producirse entre las **20-24 semanas de gestación**, y su síntesis aumenta con los corticoides antenatales. En el prematuro, el déficit de surfactante provoca disminución de la distensibilidad pulmonar y de la capacidad residual funcional, con atelectasias que llevan a insuficiencia respiratoria global. Su incidencia es de aproximadamente 50% en menores de 29 semanas y 5% en mayores de 34 semanas

CLÍNICA: **Dificultad respiratoria progresiva de aparición precoz, desde nacimiento o primeras 6 hrs de vida**. Presenta quejido respiratorio audible, diámetro torácico AP disminuido

EXÁMENES: RX tórax esencial, densidad pulmonar homogénea en **vidrio esmerilado + broncograma aéreo**

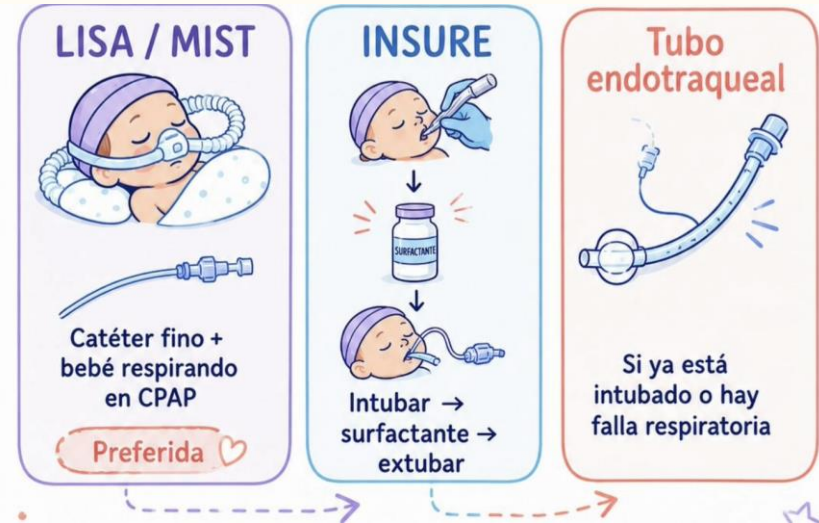
MANEJO: Administrar de forma antenatal **2 dosis separadas por 24 hrs de Betametasona 12mg IM**. Calor por incubadora o cuna radiante. Hidratación: 60-80 ml/kg/día. Nutrición: Infusión de aminoácidos + SG 12,5% dentro de las primeras 6-12 horas de vida en RNPT <1250 grs. Régimen 0 inicial, alimentación enteral por SNG solo si recién nacido está estable. Oxigenoterapia: target de saturación 90-94%. Monitorización. **Surfactante exógeno. VM -nCPAP - InSurE según necesidad**

Enfermedad de membrana hialina



Formas administración del surfactante

- Intubación endotraqueal tradicional
- INSURE → INTubate- SURfactant- Extubate
- Terapia mínimamente invasiva de surfactante (MIST) y administración menos invasiva de surfactante (LISA)
- Administración de surfactante sin intubación → máscara laríngea y aerosolización



El objetivo es administrar surfactante evitando la VM innecesaria

Si respira espontáneamente preferir LISA/MIST

Si hay apnea o falla respiratoria preferir intubación + surfactante

Técnica	Descripción	Ventajas	Desventajas / Consideraciones
INSURE (Intubación – Surfactante – Extubación)	Intubación breve para administrar el surfactante y posterior extubación a CPAP.	Menor riesgo de ventilación mecánica prolongada.	Requiere personal entrenado y control estricto.
LISA / MIST (Intubación fina sin sedación)	Administración por un catéter delgado (nasal/orotraqueal) sin intubación formal.	Menor invasividad, se puede hacer con el RN en CPAP.	Técnica más compleja, requiere experiencia.
Surfactante nebulizado	Uso de nebulizadores para administrar surfactante en aerosol.	No invasiva, bien tolerada.	Menor evidencia de eficacia, en investigación.
Intubación convencional	Intubación endotraqueal con ventilación mecánica para administrar el surfactante.	Alta efectividad y control de la vía aérea.	Mayor riesgo de daño pulmonar y dependencia respiratoria.

Otros diagnósticos diferenciales

HPPN

Persistencia de una **RVP elevada**, con cortocircuito D-I a través del ductus arterioso y/o foramen oval.

Claves diagnósticas

- Hipoxemia grave
- Sat O₂ pre y post ductal diferente
- Rx normal o levemente alterada
- Ecocardiografía confirma el diagnóstico

Cardiopatías congénitas

Pensar en ellas cuando...

- Cianosis que no mejora con oxígeno
- Soplo cardíaco
- Pulsos débiles
- Shock o mala perfusión
- Ecocardiografía: examen de elección

Malformaciones congénitas

- Hernia diafragmática
- CPAM
- Secuestro pulmonar

Clave diagnóstica:

- SDR desde el nacimiento
- Hallazgos radiográficos característicos
- Confirmación con imágenes

Neumotórax

Pensar en el cuando...

- Deterioro respiratorio súbito
- Disminución unilateral del murmullo pulmonar
- Aire pleural en radiografía
- Descompresión inmediata

Patologías GES del SDR

GES N.º40: Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido

- Incluye el diagnóstico y tratamiento oportuno del SDR neonatal.

Abarca:

- I. Enfermedad de la membrana hialina**
- II. Bronconeumonía connatal**
- III. Bronconeumonía no connatal**
- IV. Aspiración neonatal de meconio**
- V. Hernia diafragmática congénita**
- VI. Hipertensión pulmonar persistente**

¿Quiénes pueden acceder?

- RN con sospecha o confirmación diagnóstica de SDR

¿Cuándo?

- Desde la sospecha realizada por una médica/o



Ultimas novedades

¿Puede la CPAP profiláctica reducir la necesidad de soporte respiratorio en RN prematuros tardíos después de una cesárea?

 [Search](#)

[Advanced](#) [User Guide](#)

[Save](#) [Email](#) [Send to](#) [Display options](#)

[Pediatrics](#). 2026 Jul 16:e2025070998. doi: 10.1542/peds.2025-070998. Online ahead of print.

Prophylactic CPAP at Cesarean Birth in Late-Preterm Newborns: A Multicenter RCT

Birju A Shah¹, Lise DeShea¹, Georg M Schmölzer², Justin B Josephsen³, Jorge Fabres^{4 5}, Elizabeth A Wetzel⁶, Hannah Rykovich⁶, Anna Thomas⁶, Brenda Law², Claudia Garrido^{4 5}, Edgardo Szyld⁶

Affiliations [+ expand](#)

PMID: 42457181 DOI: [10.1542/peds.2025-070998](https://doi.org/10.1542/peds.2025-070998)

Abstract

Background: Respiratory distress is a leading cause of admission to neonatal intensive care units (NICUs) among late-preterm (LPT) infants. Our objective was to assess whether prophylactic CPAP provided to breathing LPT infants reduces the duration of respiratory support and to determine safety and feasibility of the intervention.

FULL TEXT LINKS

[AAP Publications](#)

ACTIONS

[Cite](#)

[Collections](#)

[Permalink](#)

PAGE NAVIGATION

[Title & authors](#)

[Abstract](#)

[Similar articles](#)

¿Por qué es importante?

- Prematuro tardío = 34+0 a 36+6 SDG
- ≈ 1 de cada 3 requiere ingreso a UCIN.
- Riesgo de dificultad respiratoria:
 - 40 veces mayor que en RN de término.
 - 5 veces mayor si nace por cesárea.
- El CPAP se usa cuando existe dificultad respiratoria.
- No existe evidencia suficiente para usarlo profilácticamente.

Entonces....

¿Administrar CPAP antes de que aparezcan síntomas puede disminuir la necesidad posterior de soporte respiratorio?



Objetivo del estudio → Evaluar si el uso de CPAP profiláctico inmediatamente después del nacimiento disminuye la necesidad de soporte respiratorio en RN prematuros tardíos nacidos por cesárea.

Metodología → **Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico**

Población

- 115 recién nacidos
- 34–36+6 semanas
- Nacidos por cesárea

Intervención

- CPAP profiláctico a 5–6 cm H₂O
- **Durante 20 minutos**
- Iniciado dentro de los **primeros 5 minutos de vida**

Comparación

- Grupo control solo con atención estándar

Resultado primario

- Duración del soporte respiratorio durante la primera semana

Resultados secundarios

- Soporte respiratorio a los 30 minutos
- Ingreso no planificado a UCIN
- Complicaciones respiratorias

Resultados principales

	CPAP profiláctico	Control
Soporte ventilatorio a los 30 min	27%	47%
Ingreso no planificado a UCIN	7%	15%
Fuga aérea	0	0
Mortalidad	0	0

No hubo diferencias en:

Duración total del soporte respiratorio durante la primera semana.

Outcome	Patient Group ^a		OR or Mean Difference (95% CI)
	Prophylactic CPAP (n = 60)	Standard Care (n = 55)	
Duration of positive-pressure support in the first week, mean (SD) (<i>median [IQR]</i>), h	12.3 (37.0) 0 (0–12.2)	21.0 (39.1) 1.78 (0–21.5)	−8.72 (−37.8 to 7.7)
Any PPV/CPAP or supplemental O ₂ initiated within the first week	22 (37)	29 (53)	0.52 (0.2–1.1)
Therapeutic CPAP, first 30 min	16 (27)	34 (62)	0.23 (0.1–0.5)
Duration of CPAP in first 30 min, mean (SD) (<i>median [IQR]</i>), min	21.8 (4.6) 20 (20–22)	10.4 (11.0) 7 (0–23)	11.40 (8.4–14.4)
PPV given in first 30 min	15 (25)	13 (24)	1.08 (0.5–2.6)
Respiratory support at 30 min	16 (27)	26 (47)	0.41 (0.2–0.9)
Duration of supplemental O ₂ initiated within the first week, mean (SD) (<i>median [IQR]</i>), h	5.0 (24.7) 0 (0–0.8)	15.0 (70.7) 0 (0–1.8)	−10.0 (−29.0 to 9.0)
Duration of PPV/CPAP/supplemental O ₂ initiated within first week, mean (SD) (<i>median [IQR]</i>), h	15.4 (43.2) 0 (0–13.5)	30.4 (77.6) 1.8 (0–21.7)	−15.03 (−55.3 to 5.3)
Surfactant during first week	1 (2)	4 (7)	0.22 (0.01–1.5)
NICU admission from delivery room	30 (50)	37 (67)	0.49 (0.2–1.0)
Unplanned NICU admission	7 (12)	15 (27)	0.35 (0.1–0.9)
NICU admission for respiratory reasons	6 (10)	15 (27)	0.30 (0.1–0.8)
Transfers from MBU to NICU	4 (7)	3 (5)	1.24 (0.3–6.5)
Length of hospital stay, mean (SD) (<i>median [IQR]</i>), d	8.9 (7.1) 6 (3–13)	10.8 (8.6) 8 (3–18)	−1.95 (−4.8 to 0.9)
Length of hospital stay for infants admitted to NICU from DR, mean (SD) (<i>median [IQR]</i>), d	13.2 (7.2) 12 (7–19)	13.6 (8.1) 14 (7–30)	−0.45 (−4.2 to 3.3)
Hypothermia at admission	12 (20)	11 (20)	1.00 (0.4–2.5)
Hypoglycemia in first 24 h	18 (30)	14 (26)	1.36 (0.6–3.1)
Air leaks during first week	0 (0)	0 (0)	—
Mortality, first 30 d	0 (0)	0 (0)	—
Abbreviations: CPAP, continuous positive airway pressure; DR, delivery room; MBU, mother-baby unit or newborn nursery; NICU, neonatal intensive care unit; O ₂ , oxygen; OR, odds ratio; PPV, positive-pressure ventilation.			
^a Data are presented as the number (percentage) of neonates unless otherwise indicated.			
^b All analyses in this table compared the groups without covariates in the models.			

Análisis por subgrupos

- **Recién nacidos de 35–36 semanas**

El beneficio fue mayor:

Menor necesidad de CPAP u oxígeno suplementario en la 1ra semana de vida

- **24% vs 46%**

Menor ingreso a UCIN

- **24% vs 54%**

TABLE 3. Subgroup Analysis of Infants Born at 35 to 36 Weeks 6 Days' Gestation			
Outcome	Patient Group^a		OR (95% CI)
	Prophylactic CPAP (n = 38)	Standard Care (n = 39)	
Respiratory support at 30 min	9 (24)	16 (41)	0.45 (0.2–1.2)
Any subsequent PPV/CPAP or supplemental O ₂ initiated within the first week	9 (24)	18 (46)	0.36 (0.1–0.9)
NICU admission from DR	9 (24)	21 (54)	0.27 (0.1–0.7)
Unplanned NICU admission	6 (16)	15 (38)	0.30 (0.1–0.9)
NICU admission for respiratory reasons	6 (16)	15 (38)	0.30 (0.1–0.9)
Transfers from MBU to NICU	4 (11)	3 (8)	1.41 (0.3–7.6)
Abbreviations: CPAP, continuous positive airway pressure; DR, delivery room; MBU, mother-baby unit or newborn nursery; NICU, neonatal intensive care unit; O ₂ , oxygen; OR, odds ratio; PPV, positive-pressure ventilation.			
^a Data are presented as the number (percentage) of neonates.			

Conclusiones finales

- ✓ El CPAP profiláctico es seguro en prematuros tardíos nacidos por cesárea.
- ✓ Reduce la necesidad de soporte respiratorio temprano.
- ✓ Disminuye los ingresos no planificados a la UCIN, especialmente entre las 35–36 semanas.
- ✗ No reduce la duración total del soporte respiratorio.
- ✗ Se requieren ensayos clínicos de mayor tamaño antes de recomendar su uso rutinario.

El CPAP profiláctico es una estrategia prometedora para mejorar la adaptación respiratoria inicial de los prematuros tardíos nacidos por cesárea, pero la evidencia aún no es suficiente para incorporarlo como estándar de atención

Continuación caso clínico...

Al ingreso a Neonatología:

- Sat O₂: 88% en aire ambiente.
- Se inicia oxígeno con cánula nasal (FiO₂ 30%).
- Saturación aumenta a 95%.
- Silverman-Andersen: 3 puntos.
- Hemodinámicamente estable.

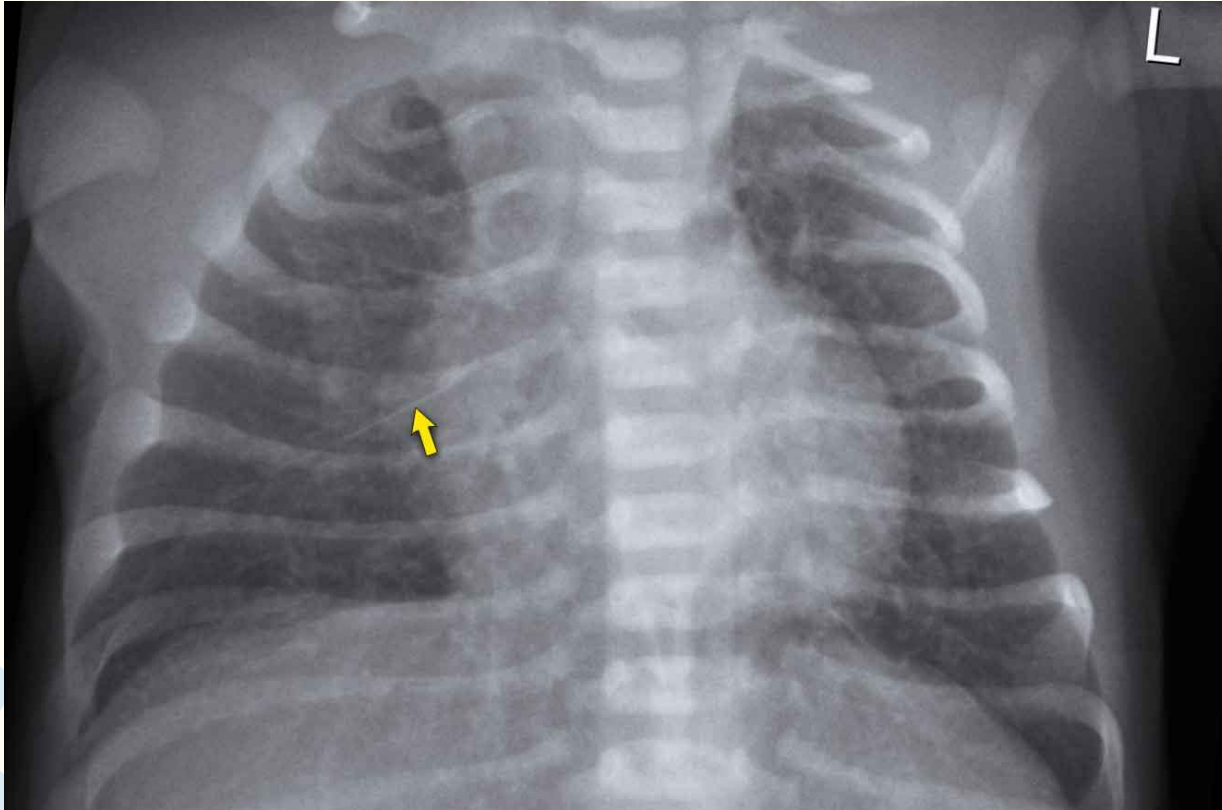
Exámenes

Gasometría arterial

- pH: **7,34**
- PaCO₂: **42 mmHg**
- PaO₂: **62 mmHg**

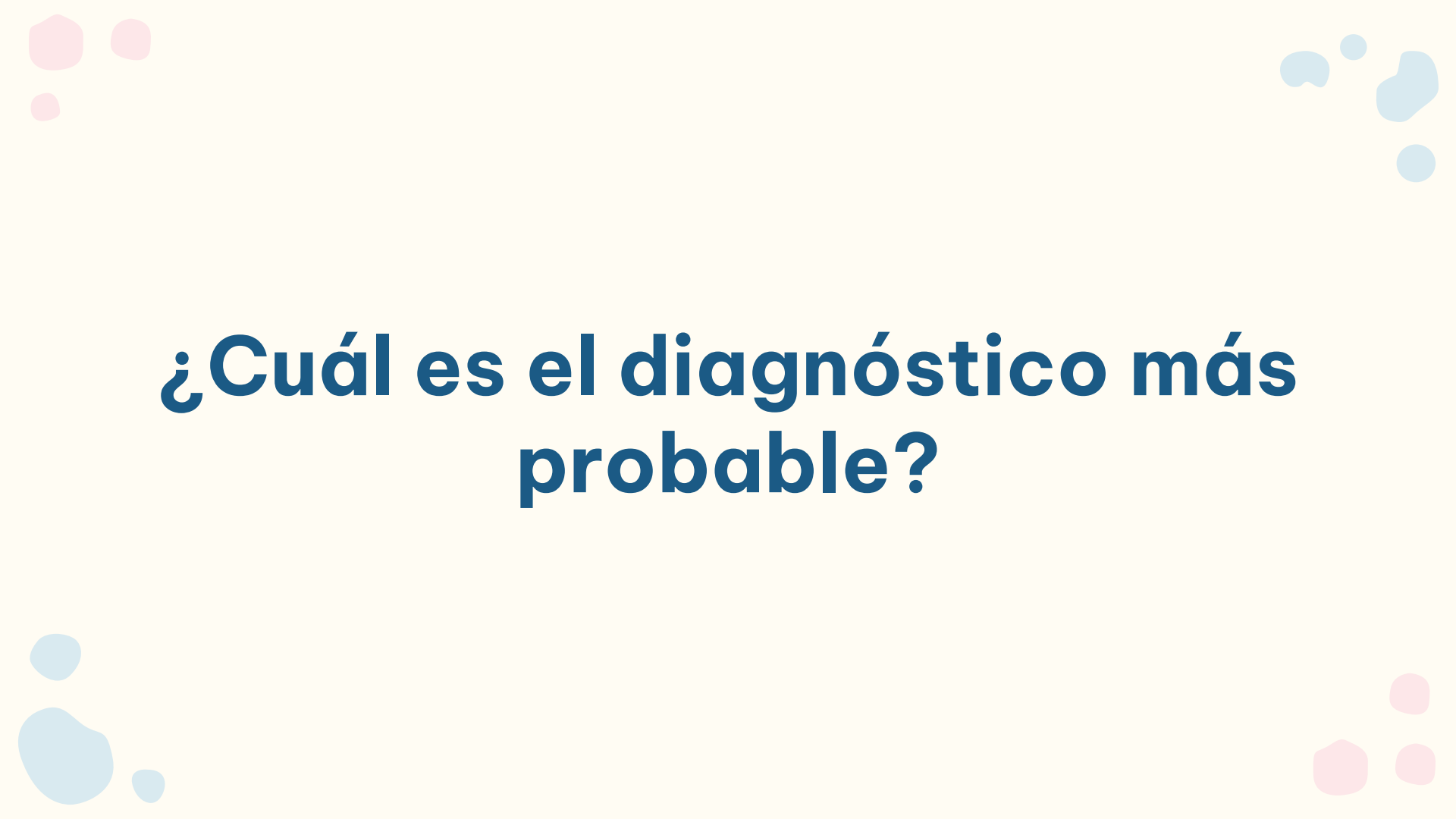
Parámetros inflamatorios

- Leucocitos: **11.500/mm³**
- PCR: **0.5 mg/L**



Hallazgos:

- Hiperinsuflación pulmonar.
- Refuerzo vascular perihiliar.
- Líquido en las cisuras interlobares (flecha)
- Sin broncograma aéreo.
- Sin consolidaciones.



¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Taquipnea transitoria del recién nacido (TTN)

- Cesárea sin trabajo de parto.
- Madre diabética.
- Inicio durante las primeras horas de vida.
- Buena respuesta al oxígeno.
- Radiografía característica.
- Resolución espontánea en 48 horas.

Evolución

- ✓ Se mantiene en CPAP durante 12 horas.
- ✓ Disminución progresiva de la frecuencia respiratoria.
- ✓ Suspensión del oxígeno a las 24 horas.
- ✓ Alta conjunta con su madre a las 72 horas, sin complicaciones.

CUADRO RESUMEN

Tabla II. Diagnóstico diferencial del DR en el neonato a término							
Tipo de DR	Edad inicio < 6h >6h		Antecedente	Exploración	Gasometría	Rx. Tórax	Comentarios
TTRN	+++	-	Cesárea Pretérmino Ílmitre Hijo de madre diabética	Taquipnea	Hipoxemia leve	Hiperinsuflación Edema perihiliar Derrame en cisuras	Lo más frec. en RNAT (exceptuando el distrés transitorio leve)
SAM	+++	-	L.A. meconial Postmadurez BPEG	Meconio en traquea Tinte cutáneo meconial	Hipoxemia mod./ grave	Patrón en “ panal de abeja”	Diagnóstico por Hª clínica
NT/NM	++	+	Hipoxia Reanimación Enf .pulmonar	↓ m.v ↓ ruidos car- dacos	Hipoxemia Leve / mod.	Diagnóstica	-
Neumonía	++	+++	FR infección vertical o nosocomial	Séptica o de DR	Hipoxemia Acidosis mixta	Condensa- ción o similar a otro DR	Ayudan PCR y hemograma
HPP	+++	+	A veces asfixia moderada Secundaria a enfermedad de base	A veces soplo suave (insufi- ciencia tricús- pide o shunts)	Hipoxemia refractaria	Casi siempre normal Hipovascu- lización pul- monar	DD con CC difícil
Cardiopatía congénita	+	+++	-	Soplo Cardiomegalia ICC	CO ₂ N ó ↓ Hipoxemia variable	Puede orien- tar el diagnóstico	ECG y ECO- C suelen ser diagnósticos

Referencias

- Sweet, D. G., Carnielli, V. P., Greisen, G., Hallman, M., Klebermass-Schrehof, K., Lavizzari, A., Ozek, E., Te Pas, A., Roehr, C. C., Saugstad, O. D., Simeoni, U., Vento, M., Visser, G. H. A., & Speer, C. P. (2026). European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2025. *Neonatology*, 1–26. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000551062>
- Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Clínica Recién Nacido con Dificultad Respiratoria. Norma técnico-médica administrativa para Garantías Explícitas en Salud (GES) [Internet]. Santiago: MINSAL; 2025.
- Tapia JL. González A. Neonatología. Ed. 4° (2018). Cap 26, (241-246)
- Navas, F.A., Arriagada, J.P. and Bravo Urzúa, T. (2020) Guías Neonatología 2020. Hospital La Serena
- UpToDate. Respiratory distress syndrome (RDS) in preterm neonates: clinical features and diagnosis [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/respiratory-distress-syndrome-rds-in-preterm-neonates-clinical-features-anddiagnosis>
- Shah, B. A., DeShea, L., Schmölzer, G. M., Josephsen, J. B., Fabres, J., Wetzel, E. A., Rykovich, H., Thomas, A., Law, B., Garrido, C., & Szyld, E. (2026). Prophylactic CPAP at Cesarean Birth in Late-Preterm Newborns: A Multicenter RCT. *Pediatrics*, e2025070998. Advance online publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2025-070998>
- <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/40>