



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

PROYECTO HUMANISTA CRISTIANO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SDR

Interno: Javiera arias m.

Docente: Dra. Patricia Álvarez Cantwell



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del RN es un cuadro clínico caracterizado por taquipnea ($FR > 60$), quejido, retracción subcostal, aleteo nasal, y grados variables de compromiso de la oxigenación.

Epidemiología: En Chile, afecta a 1 % de los RN vivos. Representan 7-10% de ingresos a UCIN.

Puntuación de Silverman-Andersen

PUNTAJE	DIFICULTAD RESPIRATORIA
0 puntos	Sin dificultad respiratoria
1 – 3 puntos	Leve
4 – 6 puntos	Moderada
7 – 10 puntos	Severa

TEST DE SILVERMAN

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Minima	 Marcada
Quejido respiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Tabla I. Causas de distrés respiratorio en el neonato a término

- **Causas respiratorias:**

- Distrés respiratorio leve.
- Taquipnea transitoria del RN.
- Aspiración meconial.
- Neumotórax/ Neumomediastino.
- Neumonía perinatal.
- Hipertensión pulmonar persistente.
- Hemorragia pulmonar.
- Agenesia-hipoplasia pulmonar.

- **Malformaciones:**

- Hernia diafragmática.
- Atresia de esófago.
- Enfisema lobar congénito.
- Malformación quística adenomatoidea.

- **Obstrucción vía aérea superior:**

- Atresia de coanas.
- Sd. de Pierre-Robin.

- **Causas cardiovasculares:**

- Cardiopatías congénitas.
- Arritmia cardíaca.
- Miocardiopatía.

- **Causas infecciosas:**

- Sepsis / Meningitis neonatal.

- **Causas metabólicas:**

- Acidosis metabólica.
- Hipoglucemia.
- Hipotermia / Hipertermia.

- **Causas hematológicas:**

- Anemia.
- Hiperviscosidad.

- **Causas neurológicas:**

- Asfixia.
- Lesión difusa del SNC.
- S. de abstinencia a drogas.



Coto Cotallo, GD et al. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología

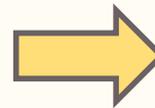
1. ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

Dificultad respiratoria secundaria a la incapacidad del **neumocito tipo II** para sintetizar el surfactante pulmonar, lo que ocasiona disminución del volumen pulmonar y colapso alveolar progresivo.

INCIDENCIA

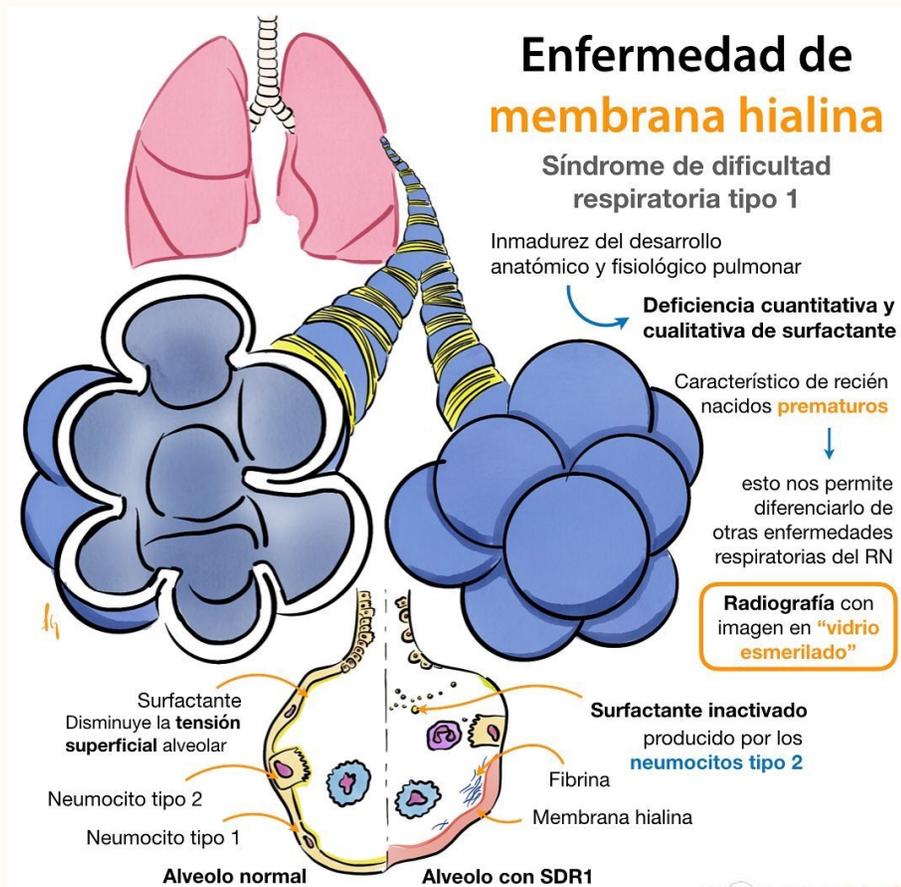
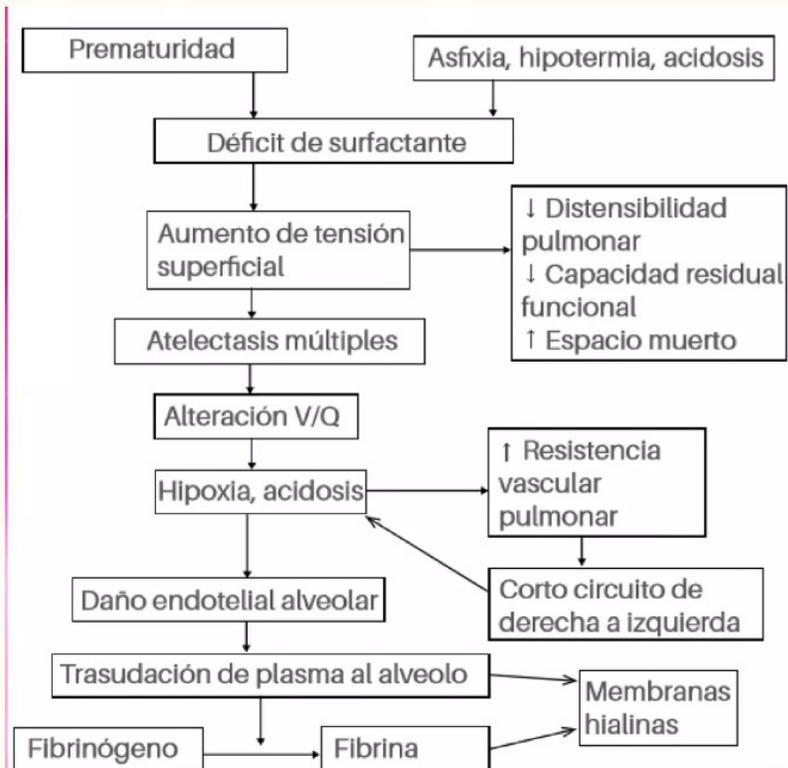
Aumenta al disminuir la edad gestacional.
Mayor en RN prematuros.

FACTORES DE RIESGO



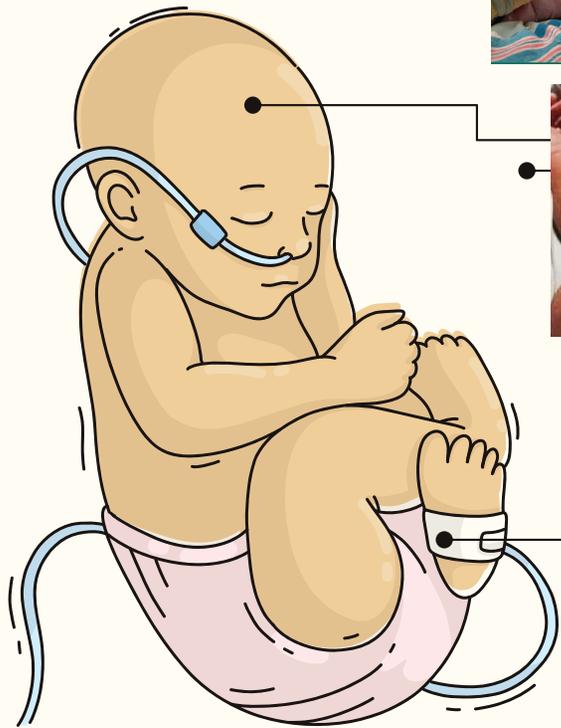
PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER
GÉNERO MASCULINO
CESÁREA ELECTIVA SIN TRABAJO DE PARTO
DIABETES MATERNA
ASFIXIA PERINATAL
EMBARAZO MULTIPLE

FISIOPATOLOGÍA



Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS



Taquipnea

Aleteo nasal

Retracciones

Gruñidos

Cianosis

Hipoxia



Se observan gruesas sombras nodulares en los pulmones



Radiología: Desde una discreta opacidad hasta un infiltrado reticulogranular difuso bilateral “vidrio esmerilado”, disminución de volúmenes pulmonares y broncograma aéreo.

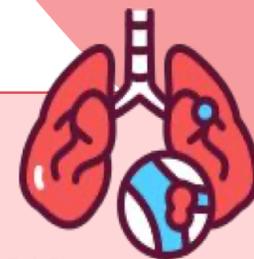
TRATAMIENTO

Consenso europeo:
tratar precoz con
surfactante a RN con
EMH que empeoran con
CPAP a $FiO_2 > 0.3$ y P^o
de 6 cmH₂O.



Survanta: 100 mg/kg =
4ml/kg en cada dosis.
Repetir 2° en 6 hrs si
sigue con $FiO_2 > 0.3$ por
CPAP o VM.

- Reanimación según guías clínicas.
- Uso de Neopuff en caso de requerir VPP o CPAP.
- Iniciar CPAP precoz con PEEP inicial de 5 cmH₂O con FiO_2 para $satO_2 > 90-95\%$.
- Hospitalización en UCIN.
- Régimen 0 + fleboclisis, mantener ambiente térmico, balance hídrico estricto, equilibrio ácido-base.
- Tomar HC e iniciar ATB dado similitud con neumonía.
- Uso de surfactante: producidos por neumocitos tipo II. En Chile se dispone de 2 tipos: Survanta (origen bovino), Curosurf (porcino) y Exosurf (sintético).

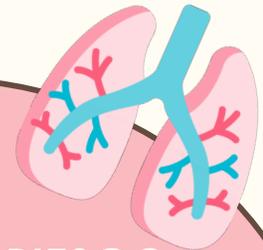


2. NEUMONÍA NEONATAL

Cuadro de dificultad respiratoria causado por un agente infeccioso que afecta al parénquima pulmonar.

Las características anatomofisiológicas del pulmón y las condiciones inmunológicas del RN lo hacen más susceptible.

La incidencia en RNT es de aproximadamente 1% y en RNPT aprox. 10%



FACTORES DE RIESGO

- Prematurez
- Corioamnionitis materna
- Portación materna de SGB
- RPM > 18 hrs

ETIOLOGÍA

Transmisión vertical o transplacentaria: pueden ser por virus (rubéola, CMV, ADV, enterovirus) o bacterias (listeria monocytogenes, Micobacterium tuberculosis, treponema pallidum)

Vía ascendente: EGB, enterobacterias gram (-) como E. Coli o Klebsiella, bacterias atípicas como Chlamydia o ureaplasma (son más tardías)

Horizontal o nosocomial: virales como VRS, influenza, PIV (adquiridas en casa), IAAS como Klebsiella, Serratia, Pseudomona, S. Epidirmidis, S. Aureus y fúngicas

CLINICA

→ Manifestaciones dependen del mecanismo de transmisión y del agente etiológico.

→ Las neumonías virales : poca sintomatología.

→ Las infecciones por bacterias transplacentarias son poco frecuentes.

→ Las adquiridas por vía ascendente presentan clínica precoz en forma de síndrome séptico inespecífico con distrés.

→ Clínica de distrés: polipnea, quejido y cianosis.

Agente etiológico más frecuente **EGB.**

Neumonías por *C. Trachomatis* generan síntomas a los 2-8 sem de vida con clínica de vía aérea alta, tos, apneas e infección conjuntival.

Neumonías virales generan tos y dificultad respiratoria



DIAGNÓSTICO Y MANEJO

La clínica, radiología, antecedentes de infección y hallazgos microbiológicos en conjunto hacen el diagnóstico

Chequeo infeccioso debe considerar: hemograma (con leucocitosis/leucopenia/desviación izquierda), PCR, hemocultivos y cultivos de exudados periféricos.

Radiografía de tórax: se pueden observar áreas de infiltración pulmonar, condensaciones, derrames pleurales, atelectasias y broncograma

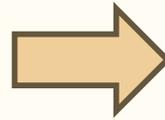
TRATAMIENTO

- ✓ Medidas generales: ambiente térmico neutral, balance electrolítico y ácido-base, monitorización de SV, SatO2 y PA.
- ✓ Oxigenoterapia y apoyo ventilatorio.
- ✓ **Antibioterapia:** Esquema de sepsis precoz con **Ampicilina + Gentamicina** por 10 días.
- ✓ En IAAS, utilizar **Vancomicina + Gentamicina**.

Para recordar...

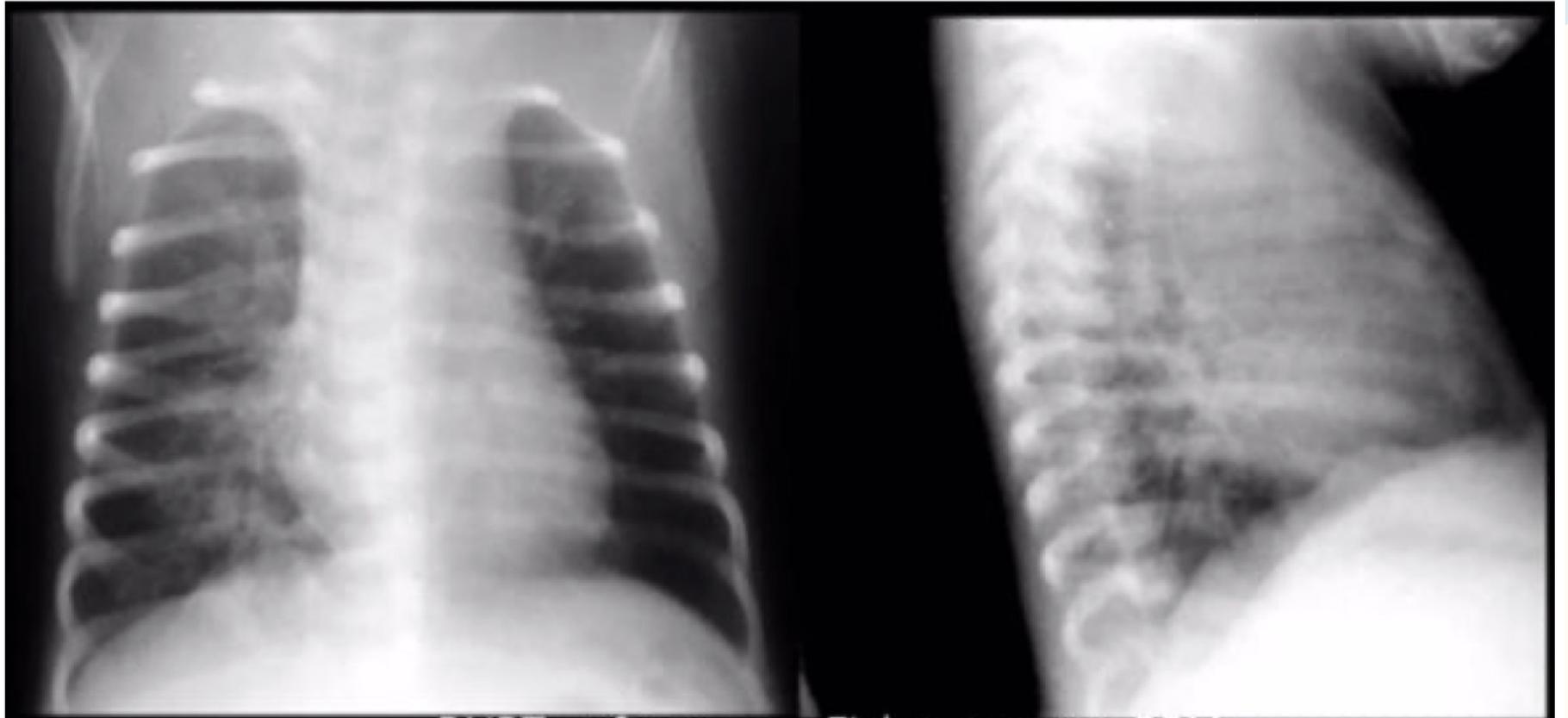
¿ Por qué ampicilina y no penicilina?
NO CUBRE LISTERIA

**Esquemas de
manejo ATB
en IAAS**



1. Vancomicina + cefotaximo
2. Cloxacilina + amikacina
3. Vancomicina + gentamicina





RNPT – 36 semanas, Fiebre materna, RPM

3. SINDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL



Dificultad respiratoria en un recién nacido con líquido amniótico teñido de meconio cuyos síntomas no se explica por otra causa.

- ✓ **Causa:** Inhalación de meconio durante el parto.
- ✓ **Radiografía:** Presencia de condensaciones alveolares algodonosas y difusas, atelectasias o zonas hiperaireadas
- ✓ **Clínica:** Precoz. Taquipnea, retracciones, aumento diámetro AP e hipoxemia.

Se da mayormente en RNpostT, especialmente en aquellos PEG

FISIOPATOLOGÍA

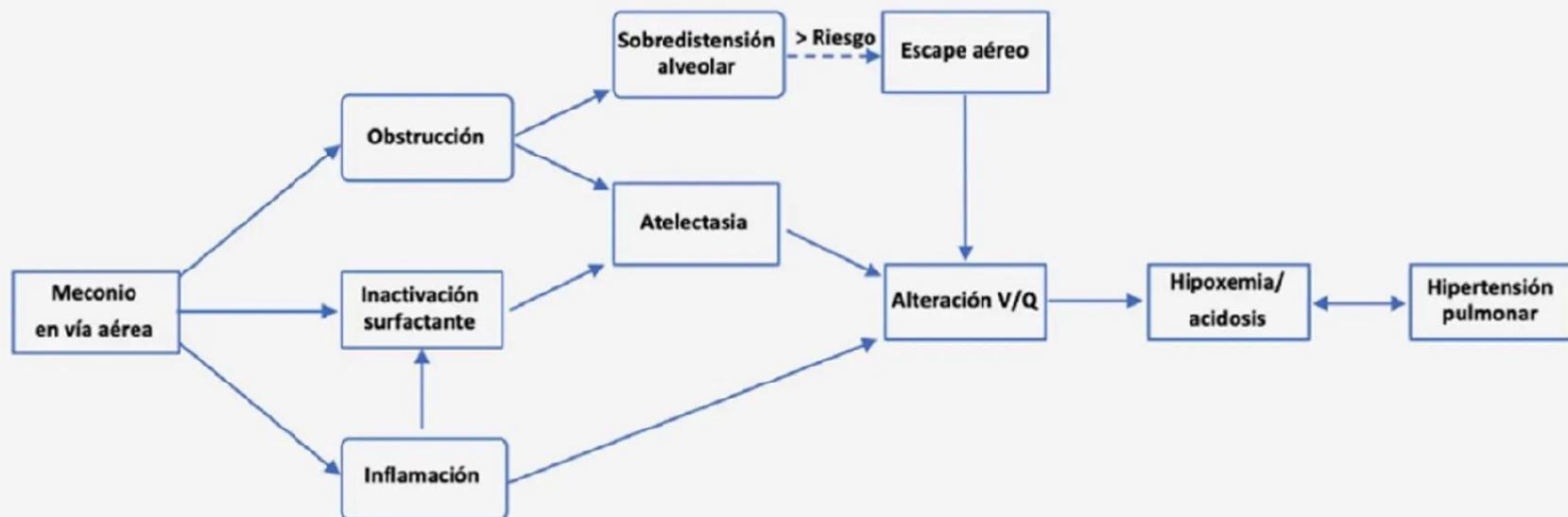


Figura 1. Fisiopatología del síndrome aspirativo meconial (SAM). El meconio produce obstrucción de la vía aérea, inflamación pulmonar e inactivación del surfactante, llevando a atelectasia o sobredistensión con aparición de hipoxemia, acidosis y eventualmente hipertensión pulmonar persistente.

MANEJO

El tratamiento debe ir dirigido a:

- Mantener una saturación de O₂ entre 90-95%
- pH > 7,25
- Evitar el CPAP nasal por gran frecuencia de hiperinsuflación
- Si falla lo anterior se recurrirá a ventilación mecánica

INDICADO: Obstrucción evidente o para despejar la vía aérea y de esta forma poder adm VPP efectiva.
(LAM grado III- Muy espeso)



Se introduce el laringoscopio en la boca de un bebé flácido cubierto de meconio.



Se introduce el tubo endotraqueal y se conecta a un aspirador a una presión 80-100mmHg.

→ **Prevención:** Monitorización continua de LCF en especial en casos de mayor R de asfixia e inducción del parto a las 41+0 sem.

→ **Últimas recomendaciones** desaconsejan aspiración traqueal en RN no vigorosos, se debe valorar de inmediato la VPP/intubar.

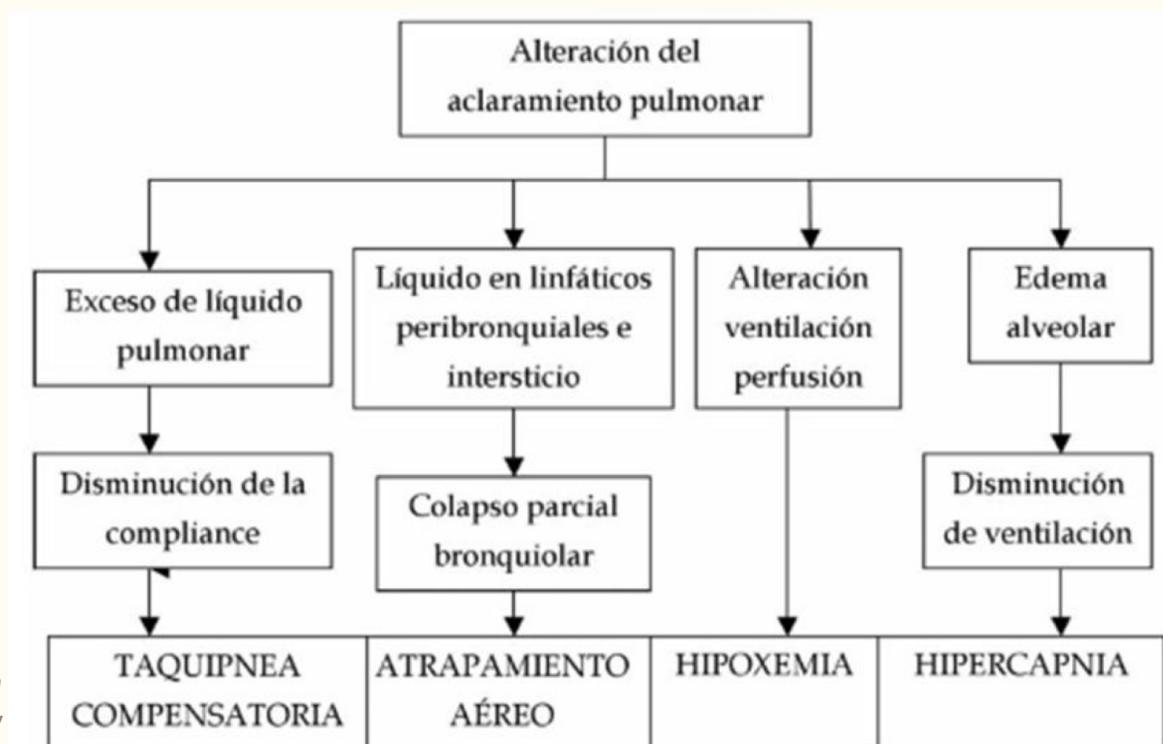
4. TAQUIPNEA TRANSITORIA

Teoría de Avery y cols.
“Pulmón Húmedo”

Distensión de los espacios intersticiales por líquido pulmonar que da lugar al atrapamiento aéreo y menor distensibilidad pulmonar.



Coto Cotallo, GD et al. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología



CLINICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

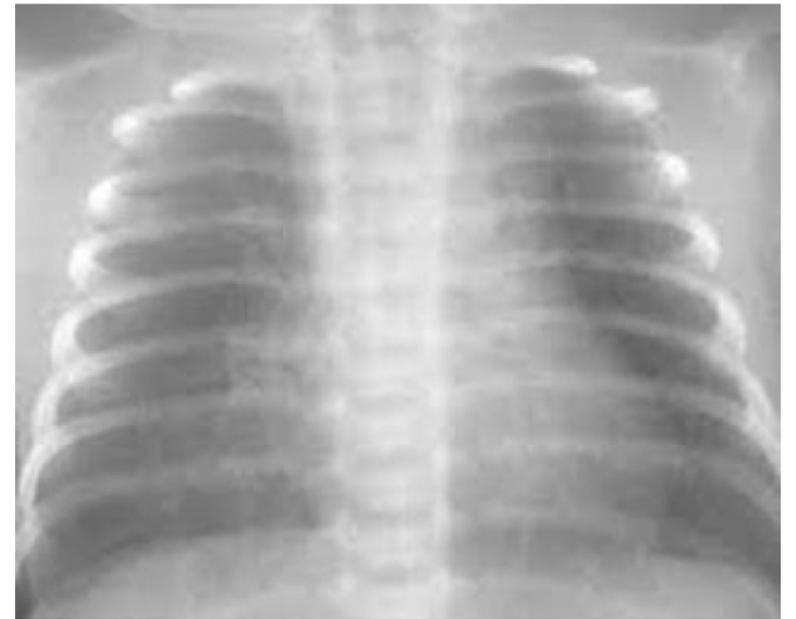
- ✓ Cuadro de inicio precoz, desde el nacimiento hasta 2 hrs después.
- ✓ Taquipnea hasta 100-120 rpm.
- ✓ Quejido, retracciones y cianosis es poco común. (formas severas).
- ✓ Mejoría tras 12-14 hrs.

Diagnóstico es clínico, basado en antecedentes y síntomas.

La Rx de tórax puede estar normal o con refuerzo de trama broncovascular hilar, líquido pleural, derrame de cisuras, hiperinsuflación o patrón reticulogranular

MANEJO

- El único tratamiento es la **asistencia respiratoria** adecuada.
- No son necesarias concentraciones de O₂ superiores al 40% para mantener SatO₂ >90%.
- Generalmente se mantienen en régimen 0 las primeras hrs si la taquipnea es \geq a **70 rpm**.



Cuadro comparativo

SDR	Inicio	Antecedentes	Clínica	Rx. tórax
TT	< 6 hrs	Cesárea	Taquipnea	Hiperinsuflación, infiltrado bilateral, cisura (+)
SAM	< 6 hrs	LA con meconio Postmaduro/asfixia	SDR grave Impregnación meconio	Heterogenicidad ATL, relleno alv, hiperinsuflación
Neumonía	> 6 hrs	Infección materna VM	Sepsis SDR moderado a severo	Relleno alveolar bilateral
MH	< 6 hrs	Diabetes Depresión neonat. EG 34-37 sem	Retracción Quejido	Disminución del volumen pulmonar

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

- **Historia Clínica:** Datos del parto, antecedentes maternos, inicio y evolución de los síntomas.
- **Examen Físico:** Evaluación de signos clínicos de dificultad respiratoria y síntomas asociados.
- **Pruebas Complementarias:**
 - Radiografía de tórax
 - Ecocardiograma
 - Gasometría arterial
 - Cultivos y pruebas de laboratorio

The background of the slide features a photograph of two women, likely healthcare professionals, looking down at a baby lying in a hospital bed. The woman on the right is smiling. The scene is brightly lit, suggesting a clinical or hospital setting. The text is overlaid on a semi-transparent yellow box in the center of the image.

CONCLUSIONES

Importancia del Diagnóstico Diferencial

Un diagnóstico preciso permite un tratamiento específico y mejora el pronóstico del neonato.

Manejo y Tratamiento

Basado en la causa subyacente identificada, el manejo puede variar desde soporte respiratorio hasta terapias específicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Berríos, D. (2020a) 'Síndrome de Dificultad Respiratoria', in GUÍAS CLÍNICAS DE NEONATOLOGÍA. 4th edn. Santiago: Hospital Santiago Oriente - Dr Luis Tisné, pp. 249-251.
- Navas, F.A., Arriagada, J.P. and Bravo Urzúa, T. (2020) Guías Neonatología 2020. Hospital La Serena. , vsip.info. Available at: <https://vsip.info/guias-neonatologia-2020hospital-la-serena-oficial-pdf-free.html> (Accessed: 12 July 2024).
- Mühlhausen Muñoz, G. and González Bravo, A. (2016) Guía de práctica clínica. Unidad de neonatología. Hospital San José., Síndrome de Dificultad Respiratorio del Recién Nacido. Available at: http://www.manuellosses.cl/BNN/gpc/Manual%20Neo_H.SnJose_2016.pdf (Accessed: 11 July 2024).
- Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología (SENEO). AEP 2023.
- Coto Cotallo, GD et al. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología