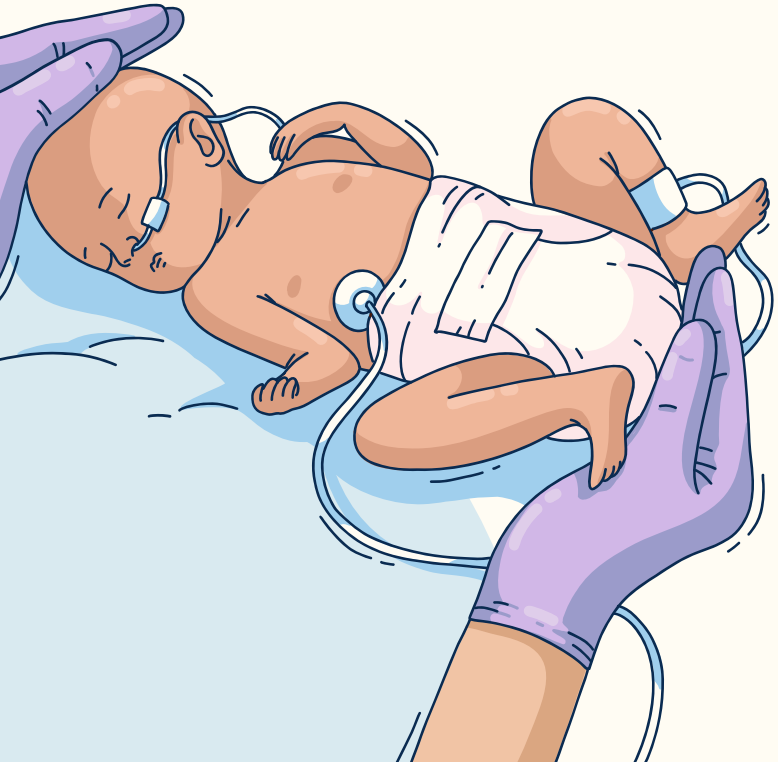


Diagnóstico diferencial SDR

Interna Natasha Costa Vargas
Tutor: Dr Rodrigo Donoso

Internado pediatría - noviembre 2026

Introducción

Es un cuadro que se presenta en el **recién nacido** y está caracterizado por **taquipnea, cianosis, quejido, retracción subcostal** y grados variables de compromiso de la oxigenación. Habitualmente se inicia en las primeras horas de vida y tiene varias posibles etiologías

Afecta a ~5–7% de todos los RN y es la **primera causa de hospitalización neonatal**

Enfermedad de Membrana Hialina, afecta aproximadamente al 60% de los niños menores de 1.500 g

Mortalidad por causas respiratorias en los RN vivos no asociada a prematurez es de 10 a 15% de la mortalidad neonatal,

Etiología

Cianosis – retracción – quejido – taquipnea

Pulmonar

Común

EMH
Aspiración
TTN
Neumotórax
Neumonía
Hemorragia
HPP

Raras

Atresia coanas
Fístula T-E
HDC
Laringomalacia
Quistes masas
Enfisema lobar
Hipoplasia tórax

Extrapulmonar

Cardíacas

Cardiopatías cianóticas
↑ flujo pulmonar
↓ flujo pulmonar
↓ gasto cardiaco
Miocarditis

Metabólicas

Hipoglicemia
Hipotermia
Acidosis
Tirotoxicosis

SNC

Drogas
Hemorragia
Edema

Sanguíneas

Hiperviscosidad
Hipovolemia
Metahemoglob

Manifestaciones clínicas

Taquipnea

Retracciones

Quejido espiratorio

Aleteo nasal

Disociación toracoabdominal

Cianosis central

Apnea/bradipnea

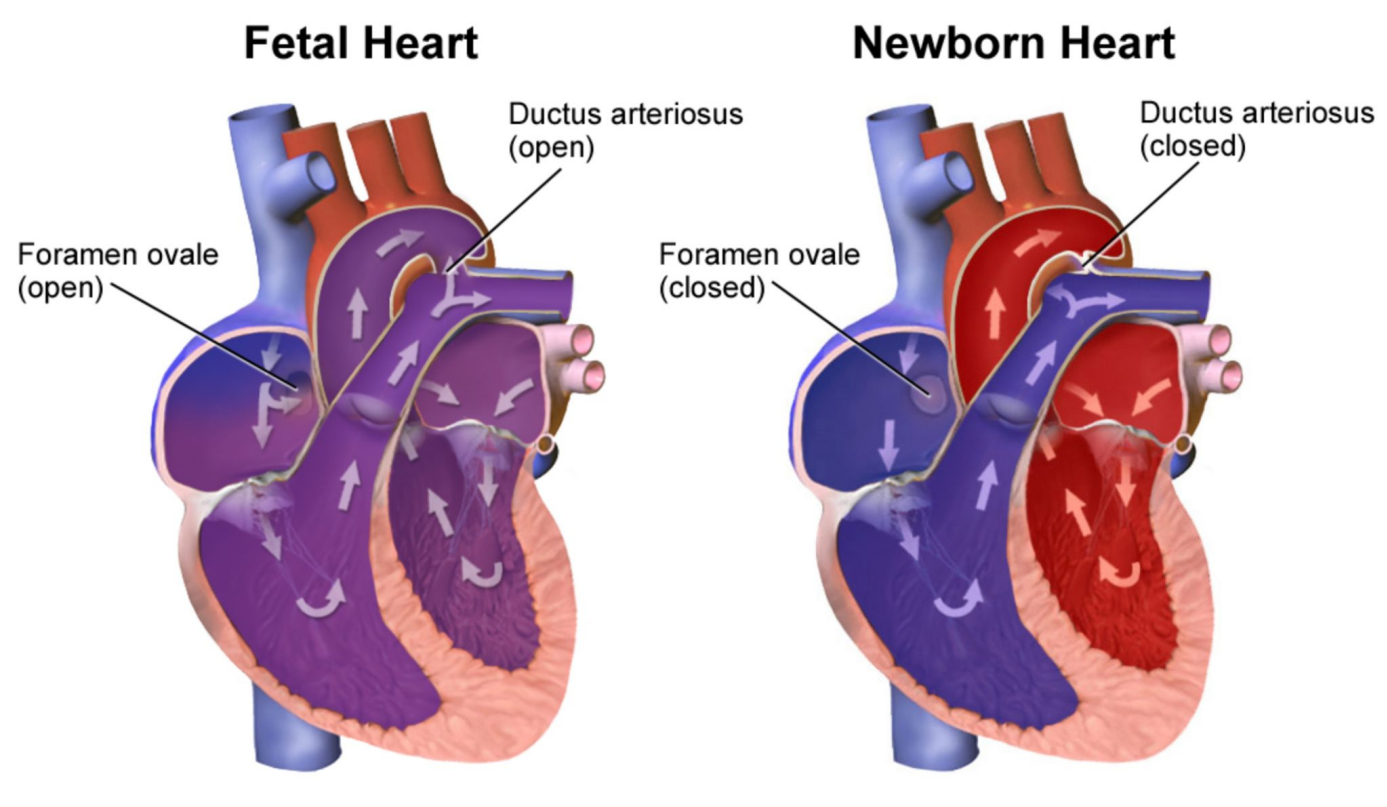
Etapas del desarrollo pulmonar

Semanas 4-7	Semanas 7 - 17	Semanas 17 - 26	Semanas 26- 36	Semanas 36 hasta la niñez
Periodo embrionario Brote pulmonar a partir del intestino anterior Se origina la tráquea y bronquios principales	**Periodo pseudoglandular** Pulmón parece glándula exocrina Se forman los bronquios terminales, no hay alvéolos ni capilares	**Periodo canalicular** Los bronquiolos terminales se dividen en respiratorios Los capilares comienzan a aproximarse al epitelio **24 sem aparacen neumocitos II**	**Periodo sacular** Se forman sacos terminales Aumenta la producción de surfactante, especialmente 34-36 sem	**Periodo alveolar** Formación de alveolos verdaderos Maduración de la membrana alveolo-capilar

Periodo prenatal

En el feto, el **intercambio gaseoso** no ocurre en los pulmones, sino que en la **placenta**, a través del cordón umbilical

Pulmones	Pulmones fetales están llenos de **líquido pulmonar** fetal
Circulación	Pulmones no funcionales, por lo que la sangre evita pasar por ellos, existen **shunts fetales,** por consecuencia la sangre oxigenada llega rápidamente a circulación sistémica.
Vasos pulmonares	La resistencia vascular pulmonar (RVP) es alta. Las arteriolas pulmonares están contraídas


Fetal Heart
Ductus arteriosus
(open)
Foramen ovale
(open)
Newborn Heart
Ductus arteriosus
(closed)
Foramen ovale
(closed)

Segundos después de nacer

Entrada de aire a los alvéolos	Los pulmones se expanden y entra aire por primera vez. Para lograr expansión inicial, el RN debe generar presiones inspiratorias elevadas debido a la presencia de líquido pulmonar y la tensión superficial alveolar.
Absorción de líquido alveolar	El líquido que estaba en los alvéolos se elimina principalmente por vasos linfáticos y capilares pulmonares. Durante el trabajo de parto se liberan catecolaminas, que favorecen la reabsorción del líquido pulmonar
Disminución de presión de arteria pulmonar	Al expandirse los pulmones, las arteriolas pulmonares se dilatan, baja la resistencia vascular pulmonar y disminuye la presión en la arteria pulmonar.

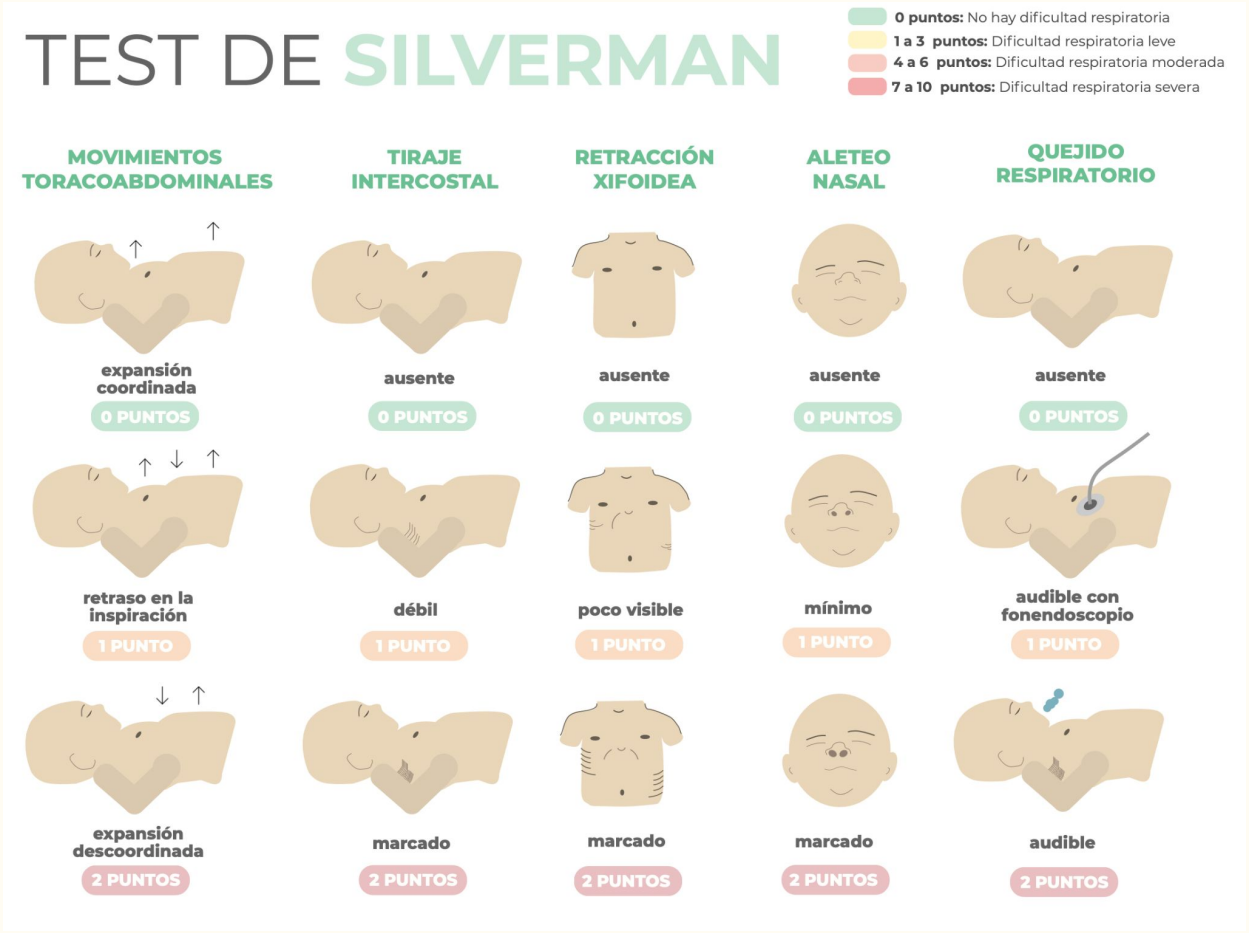
Periodo post natal

Pulmones con aire	Los alvéolos quedan llenos de aire y comienza el intercambio gaseoso.
Disminución RVP	Las arteriolas pulmonares permanecen dilatadas → sigue baja la resistencia vascular pulmonar.
Cierre de ductus arterioso	El aumento de oxígeno provoca el cierre del ductus arterioso. El cierre funcional suele ocurrir en las primeras horas o días de vida, aunque el cierre anatómico completo puede tardar más tiempo.

Enfrentamiento SDR

Evalución inicial	Estado general, tono, respiración/llanto, FC y T°
Antecedentes	Edad gestacional, antecedentes perinatales
Exámen físico	Signos de dificultad respiratoria, cianosis, abdomen excavado, etc.
Exámenes complementarios	Laboratorio, gasometría, radiografía de tórax

Enfrentamiento SDR



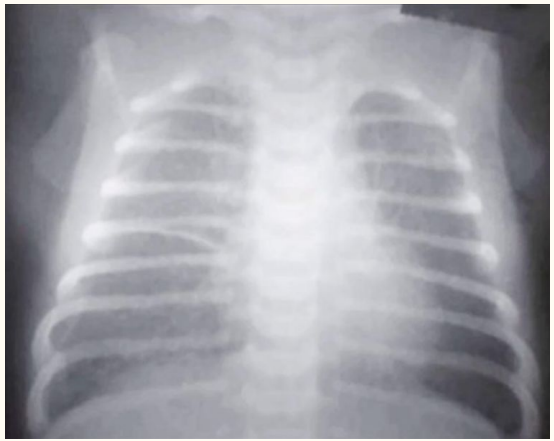
Diagnostico diferencial

Taquipnea transitoria del RN

Trastorno respiratorio neonatal benigno causado por un r**etraso en la reabsorción del líquido pulmonar fetal,** que produce taquipnea y aumento del trabajo respiratorio, generalmente de inicio precoz y evolución autolimitada

Factores de riesgo:

- Cesárea sin TDP
- EG 37-38 sem y prematurez tardía
- DMG
- Sexo masculino



Imágenes difusas perihiliares: Apariencia de "pulmón húmedo".

Sostén Respiratorio y Oxigenoterapia

- Oxigenoterapia: SpO2 > 90-95%
- CPAP, en recién nacido FiO2 % > 40% o esfuerzo respiratorio significativo.

Reduce la duración de la taquipnea, en comparación con el oxígeno solo.
En caso de requerir VM, es indispensable descartar intercurrencia de escape aéreo o proceso infeccioso

Régimen Cero y Fleboclisis

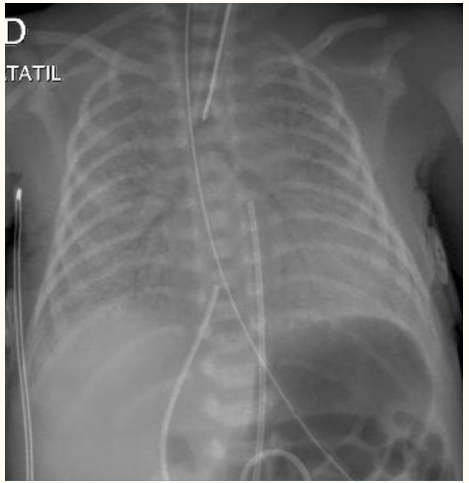
- Alimentacion oral: Si el paciente está estable
- Via oral: Si el paciente está estable
- Utilizar SNG o fleboterapia: > FR 60-80 rpm o trabajo respiratorio aumentado o en caso de hospitalización

Evolución autolimitada: resolución dentro de las 24-48 hrs

Enfermedad por déficit de surfactante

Hallazgos clínico:

- Inicio mas tardio: Primero se consume reserva de surfactante
- Oxigenoterapia: Cianosis con escasa respuesta al O2 suplementario.
- Auscultación: Disminución del murmullo pulmonar bilateral con crépitos basales.



Factores de riesgo:

- Prematurez
- Ausencia de corticoides antenatales
- DMG

Signos de vidrio esmerilado y broncograma aéreo

Antenatal: embarazada con riesgo de parto prematuro corticoides

- Betametasona 12 mg IM c/ 24 horas por dos dosis
- Dexametasona 6 mg IM c/ 12 horas por cuatro dosis.

Objetivo: **acelerar la maduración pulmonar fetal** → disminuir la incidencia y gravedad del SDR. Considera maduración completa con parto >24 h y <7 días después de la última dosis.

Oxigenoterapia: **Iniciar CPAP lo más pronto posible**
Objetivo de SatO2 entre 90% - 94%

Iniciar aprox PEEP 6 cmH_2O. Puede aumentar hasta 8 cmH_2O según respuesta.

Oxígeno titulado según saturación y edad gestacional.

EDS leve: puede continuar con CPAP

EDS moderada/severa + aumento de requerimientos de O_2 → **surfactante precoz.**

Surfactante

Poractant (Curosurf):
- 1° dosis: 200 mg/kg = 2,5 mL/kg
- 2° dosis: 100 mg/kg = 1,25 mL/kg

Beractant (Survanta)
- 100 mg/kg = 4 mL/kg

Si persiste la indicación, puede repetirse surfactante a las 6–12 horas, hasta una tercera dosis.

Criterios de uso de surfactante:
- FiO2 > 30%
- SaO2 90-94%
- Distres moderado/severo

Formas de administración

Respiración espontánea + estabilidad:
LISA/MIS: administración mínimamente invasiva de surfactante mientras permanece con CPAP

Si está inestable o necesita intubación
INSURE: Intubar + Surfactante + Extubar a CPAP

Criterios de intubación

FiO2 > 50%
Prematuro extremo < 26 sem (13)
Presencia de asfixia
Necesidad de inótropos
Sin maduración pulmonar o incompleta
Presencia de sepsis
Anormalidades congénitas
Exámenes:

- Hematocrito < 40%
- GASA: pH < 7,3, PaO2/FiO2 < 218 o pCO2 > 53 mmHg

Terapia complementaria

Termorregulación.

Cafeína citrato: disminuye las apneas del prematuro, bloqueando los receptores A1 y A2A de adenosina → estimula el centro respiratorio bulbar

- Dosis Carga: 20 mg/kg
- Mantención: 5-10 mg/kg.

Iniciar cuando el paciente presenta buena tolerancia enteral.
Control Hemoglobina

Síndrome de aspiración meconial

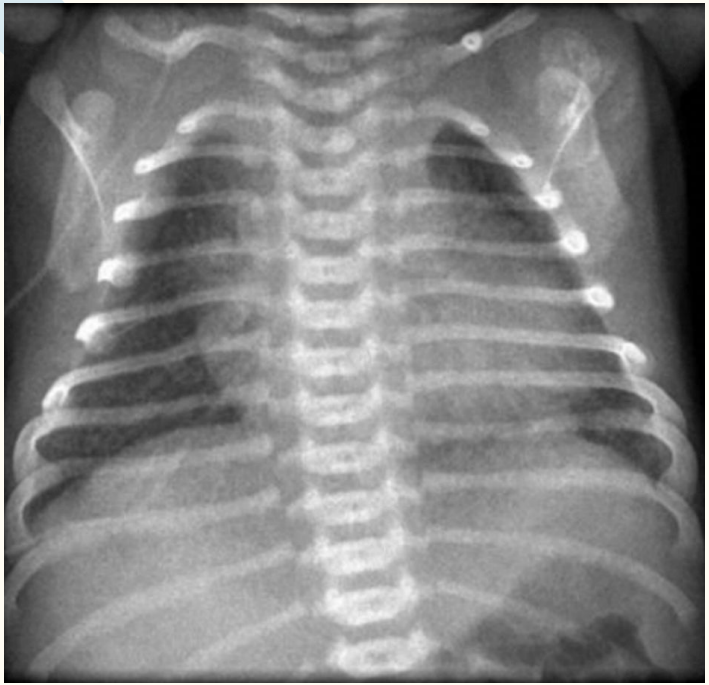
DR en RN con líquido amniótico meconial y evidencia compatible de aspiración, sin otra causa que explique el cuadro

Factores de riesgo:

- Postérmino
- Hipoxia fetal
- Líquido meconial espeso, RCIU, preeclampsia, oligohidroamnio

Mecanismo:

1. Obstrucción completa: atelectasia
2. Obstrucción de la válvula: atrapamiento y neumotórax
3. Neumonitis química/inflamación
4. Inactivación del surfactante



Infiltrados de aspecto grueso y distribución heterogénea.
Opacidades parches en ambos campos pulmonares.

Manejo

Soporte ventilatorio:
- Objetivo de SatO2 entre 90% - 95% + pH mayor a 7.25
- Si falla: VMI

En algunos casos será necesario emplear ventilación de alta frecuencia

ATB si hay factores de riesgo de infección: **Ampicilina + gentamicina** (profilácticos)

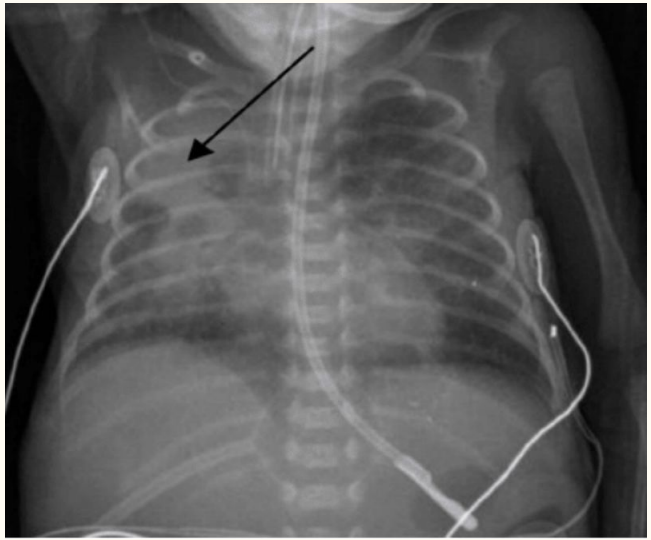
Neumonía connatal

Infección del tracto respiratorio inferior que afecta al RN, comprometiendo el parénquima pulmonar

Clínica:
- Fiebre/hipotermia
- Compromiso de perfusión
- Letargo
- Apnea

Factores de riesgo:
- Corioamnionitis
- RPM prolongada (> 18 h)
- Fiebre materna > 38°

Agentes posibles:
- **Precoz (< 72 h)**: Streptococo Grupo B E. Coli Listeria Monocytogenes Haemophilus Influenzae no tipificado Enterococo Ureaplasma Ureolyticun
- **Tardío:** estafilococo aureus y coagulasa (-); gram (-); hongos y otros.



Relleno alveolar bilateral
Opacidades difusas
Focos de condensación
Broncograma aéreo.

Manejo:

1. Estabilizar
2. HC, hemograma, PCR y gases
3. ATB: **Ampicilina + gentamicina por 7-10 días**. 2da línea: amikacina + cloxacilina/vancomicina + cefotaxima
4. Soporte: oxigenoterapia, VMI, DVA

Hipertensión pulmonar persistente

Incapacidad de disminuir normalmente la resistencia vascular pulmonar tras el nacimiento

Clínica:

- Cianosis, que no mejora con O2 en concentraciones altas.
- Disociación entre grado de dificultad respiratoria y cianosis.
- Signos de dificultad respiratoria de diferente magnitud
- SaO2 preductal > que postductal

Diagnóstico:

- Rx de tórax
- Gases venosos: hipoxemia a pesar de FiO2 100%
- Ecocardiografía: Permite confirmar diagnóstico y diferenciar con cardiopatía congénita estructural

Manejo:

- Hospitalización en UCI
- Corrección de hipoxia e hipercapnia alveolar
- Corregir y/o evitar acidosis
- Corregir y/o evitar hipotensión sistémica
- Medidas que disminuyen RVP

Disminución RVP:

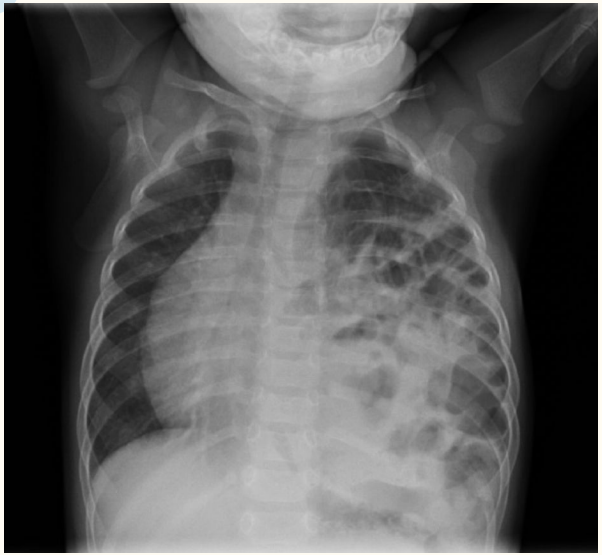
- Ventilación de alta frecuencia oscilatoria
- Óxido nítrico inhalatorio: Recomendado en RN con HPP severa
- ECMO: En aquellos casos muy severos

Hernia diafragmática

Defecto embrionario en que falla el cierre del canal pleuroperitoneal entre la semana 8 a 10 de gestación

Incidencia:
- 1 en 3.000 RN vivos
- 90% de HDC son izquierdas
- 95% tipo Bochdalek (posterolateral), 5% tipo Morgagni (anterior)
- 40% de los RN con HDC presentan otras malformaciones asociadas

Cuadro clínico:
- Dependerá del grado de hipoplasia pulmonar e HPP
- insuficiencia respiratoria severa al nacer
- abdomen excavado

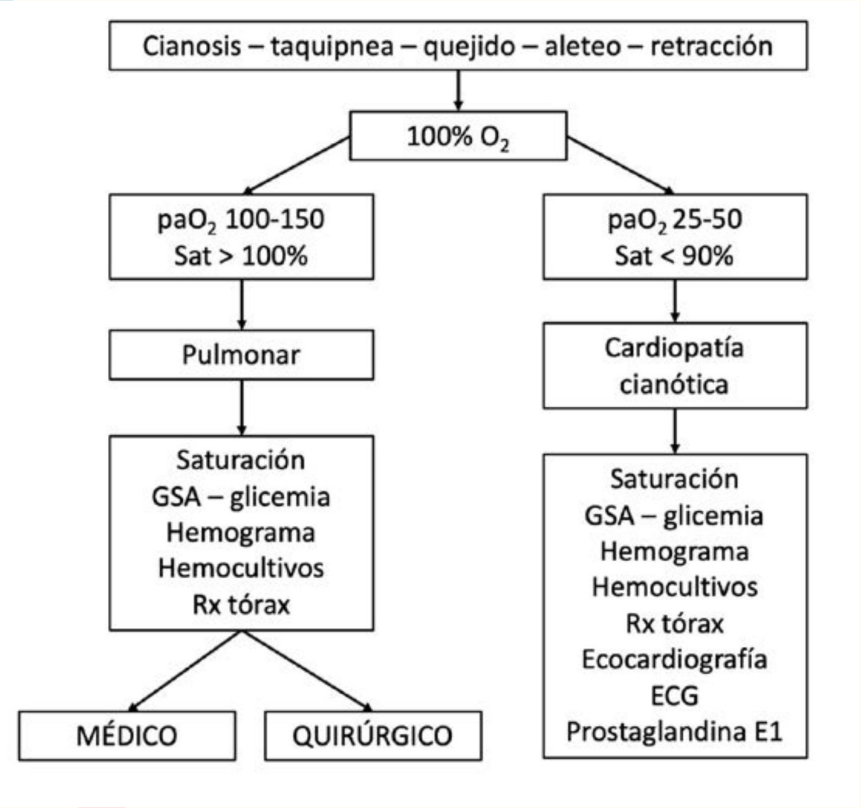


Manejo:

- Intubación endotraqueal, evitando la ventilación con mascarilla y bolsa,.
- Sonda nasogástrica doble lumen a aspiración continua suave.
- Evaluación hemodinámica y cardiaca precoz para evaluar posible cardiopatía congénita asociada
- Radiografía de tórax AP y lateral, para confirmar diagnóstico
- Control de calcemia en las primeras 6 horas, luego cada 24 horas hasta lograr estabilidad

Cirugía: Se debe considerar **una vez estabilizado el paciente** desde el punto de vista hemodinámica y respiratorio

Cardiopatías congénitas



Cardiopatías dependiente de ductus:

- Atresia pulmonar
- Estenosis pulmonar crítica
- Atresia tricuspidea
- Tetralogía de fallot extrema
- Anomalía de Ebstein grave
- Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico
- Coartación aórtica crítica

GES

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

PROBLEMA DE SALUD 40

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO/A



¿Quiénes pueden acceder?

Recién nacidos/as con sospecha o confirmación diagnóstica de síndrome de dificultad respiratoria.
¿Cuándo? Desde la sospecha realizada por una médica/o.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la Norma Técnico Médico Administrativa (NTMA).

Enfermedad de membrana hialina.
Bronconeumonía connatal.
Bronconeumonía adquirida no connatal.
Síndrome de aspiración meconial.
Hernia diafragmática congénita.
Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.

La cobertura contempla integralmente:

Fármacos y terapia farmacológica.
Insumos y dispositivos médicos.
Resolución quirúrgica.
Exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes.



Caso clínico

Antecedentes perinatales:
- Primigesta, 29 años
- Embarazo de 26 sem controlado

Ingresa en trabajo de parto en podálica, por lo que recibe una dosis de corticoides y sulfato de Mg, se realiza cesárea de urgencia.

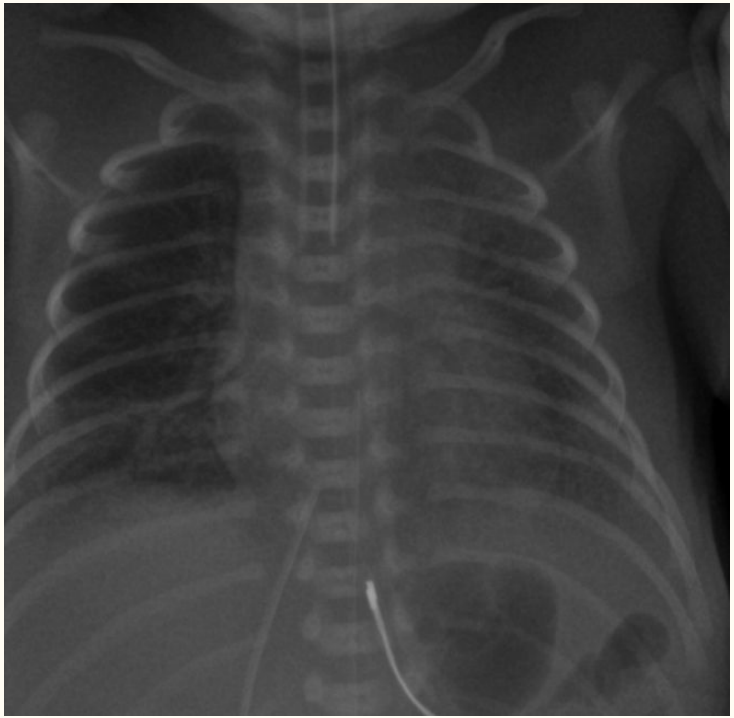
Se recibe RN con FC > 100' pero a los 30s disminuyen por lo que se corta cordón y se traslada a cuna radiante.
Sin esfuerzo respiratorio y en bradicardia, se inicia VPP 20/5 FiO2 en ascenso hasta 100%
Se intuba pero mantiene **desaturación 40-50% ...**

APGAR 2-4-7 | PN 1170 g | Talla 36 cm | CC 25.5 cm

Caso clínico

Manejo:

- Surfacur 2,3 ml a los 10 minutos de vida
- Mejora saturación, esfuerzo respiratorio y color. Se logra disminuir FiO2 a 40%
- Traslado a UCIN



Conclusiones

Importancia de enfrentar a un RN con SDR **según su contexto**

Hipoxemia grave y refractaria: pensar en HPP y cardiopatías

Prevención: corticoides antenatales, reduce severidad y mortalidad

Referencias

- 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, J. L., Toso, P., Kattan, J., Escalante, M. J., & Pérez, C. (2025). Dificultad respiratoria en el recién nacido. En C. Perret y C. Pérez (Eds.), Manual de pediatría (3.ª ed., pp. 148–161). Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Juan MG, Mita AM. Manejo de enfermedad por déficit de surfactante en el Servicio de Neonatología Hospital Puerto Montt [Internet]. Puerto Montt: Hospital Puerto Montt; s.f. Disponible en: http://www.neopuertomontt.com/Protocolos/Eds/Protocolo_EDS_1.pdf
- 3. Reuter, S., Moser, C., & Baack, M. (2014). Respiratory distress in the newborn. Pediatrics in Review, 35(10), 417–429. https://doi.org/10.1542/pir.35-10-417