

Diagnóstico d i f e r e n c i a l SDR

Internado Pediatría 2025

Interno: Rafael Oyarzún

Docente: Dra. Patricia Álvarez

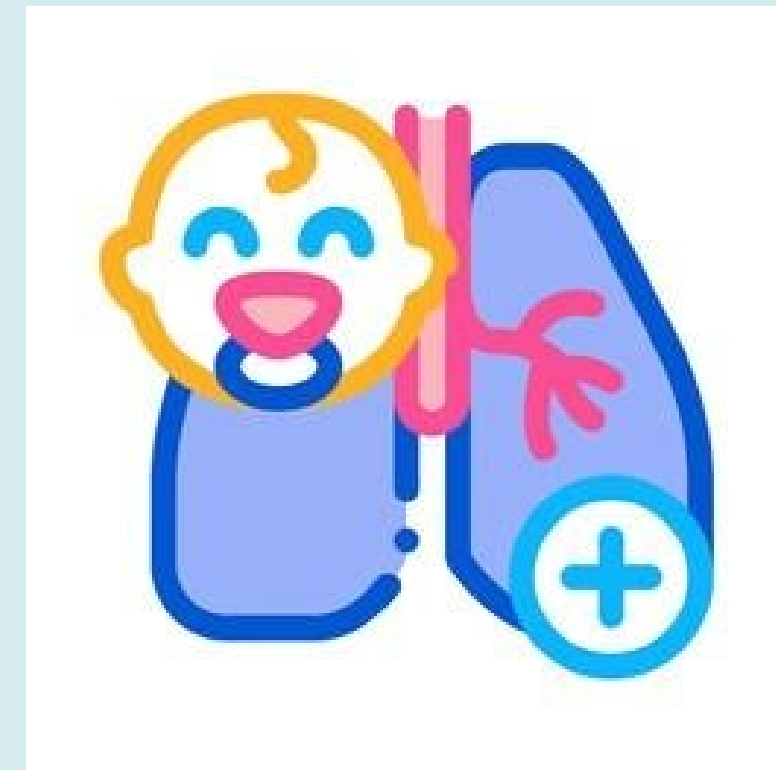
Hoja de ruta

1. Introducción
2. Desarrollo pulmonar embrionario
3. Clínica
4. Etiología
5. Diagnóstico y enfrentamiento
6. Enfermedad por déficit surfactante
7. Neumonía neonatal
8. Taquipnea transitoria
9. Síndrome de aspiración meconial

Introducción

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), abarca patologías que se manifiestan con clínica respiratoria, pudiendo tener un origen pulmonar o extrapulmonar.

Corresponde a la causa más frecuente de morbimortalidad neonatal y de admisión en UCI / UTI neonatal, y su gravedad está asociada a su etiología.



Desarrollo pulmonar embrionario



Periodo embrionario

- 26 días de gestación -> Primer esbozo del pulmón fetal.
- 33 días de gestación -> Comienza la ramificación pulmonar, formándose los futuros bronquios principales.

Etapa pseudoglandular

- **5°-16° SDG** -> Se produce la ramificación posterior, desde los bronquios segmentarios hasta los bronquiolos terminales.

Etapa canalicular

- **16°-25° SDG** -> Transición hacia un pulmón potencialmente viable, en la medida que se forman los bronquiolos y conductos alveolares.
- **20° SDG** -> Las células epiteliales comienzan a diferenciarse en neumocitos tipo II (producción surfactante)

Etapa sacular

- **24° SDG** -> Comienza la formación de alveolos, teniendo potencial de viabilidad debido al intercambio gaseoso.

Clínica

Taquipnea (FR > 60 rpm)



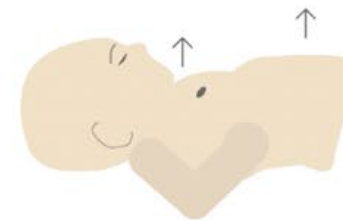
Signos de dificultad respiratoria:

- Retracción costal
- Aleteo nasal
- Quejido
- Cianosis
- Apnea

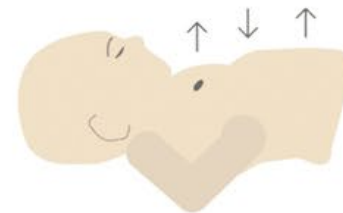
TEST DE SILVERMAN

0 puntos: No hay dificultad respiratoria
1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve
4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada
7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

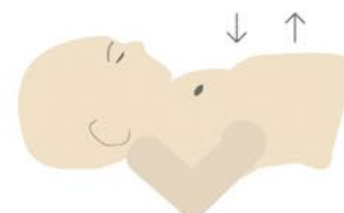
MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES



expansión coordinada
0 PUNTOS



retraso en la inspiración
1 PUNTO



expansión descoordinada
2 PUNTOS

TIRAJE INTERCOSTAL



ausente
0 PUNTOS



débil
1 PUNTO



marcado
2 PUNTOS

RETRACCIÓN XIFOIDEA



ausente
0 PUNTOS



poco visible
1 PUNTO



marcado
2 PUNTOS

ALETEO NASAL



ausente
0 PUNTOS



mínimo
1 PUNTO



marcado
2 PUNTOS

QUEJIDO RESPIRATORIO



ausente
0 PUNTOS



audible con fonendoscopio
1 PUNTO



audible
2 PUNTOS

Etiología

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.

Diagnóstico y enfrentamiento

Antecedentes Maternos:

- Salud previa al embarazo
- Ecografías prenatales
- Enfermedades del embarazo
- Propias del parto (líquido amniótico, sangramiento, tiempo de parto)

Antecedentes del RN:

- Condición la nacer
- Necesidad de reanimación
- APGAR
- Signos vitales
- Progresión durante las horas

Examen físico:

- Estado nutricional
- Meconio
- Cianosis
- Color de la piel
- Signos dificultad respiratoria

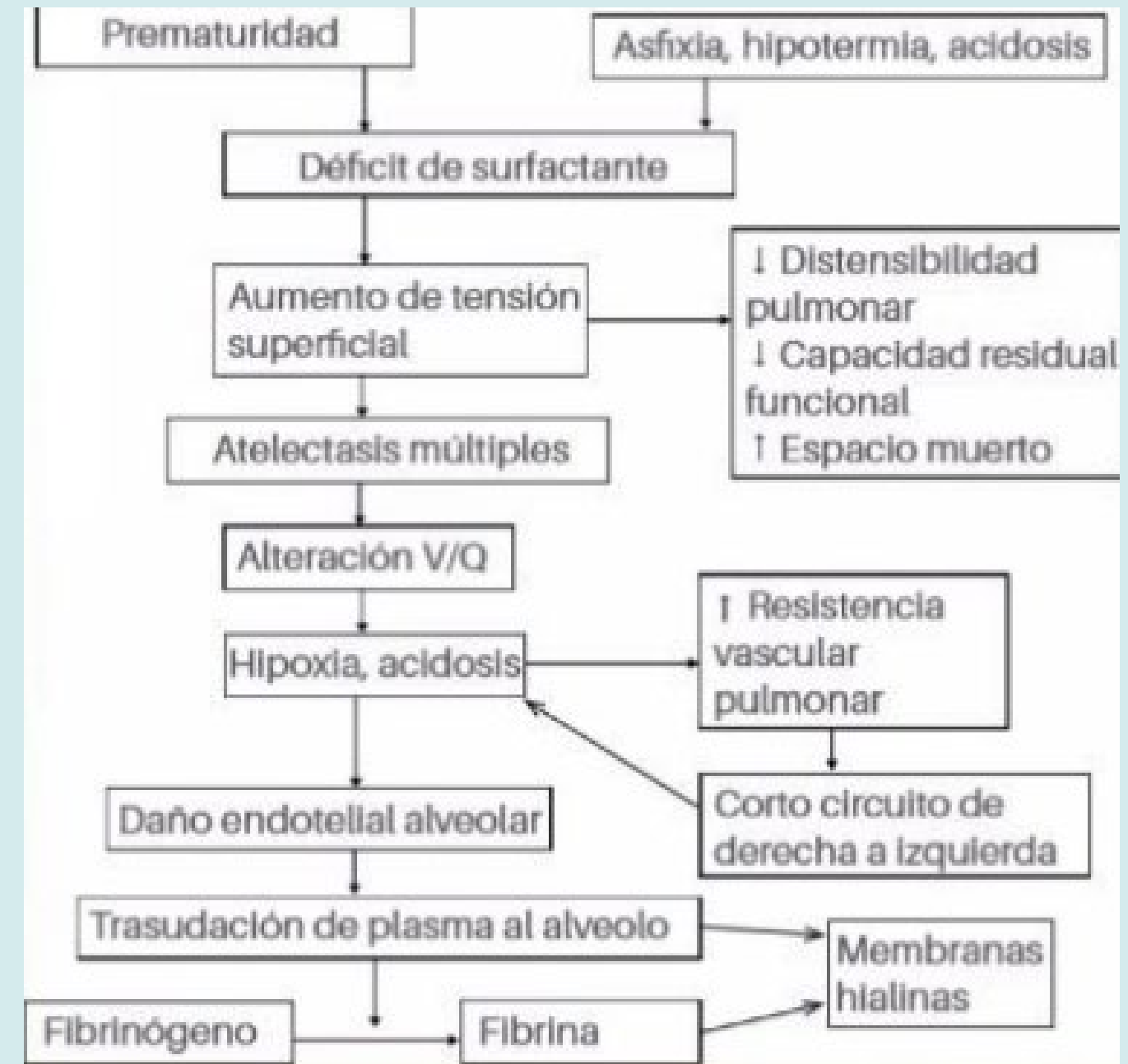
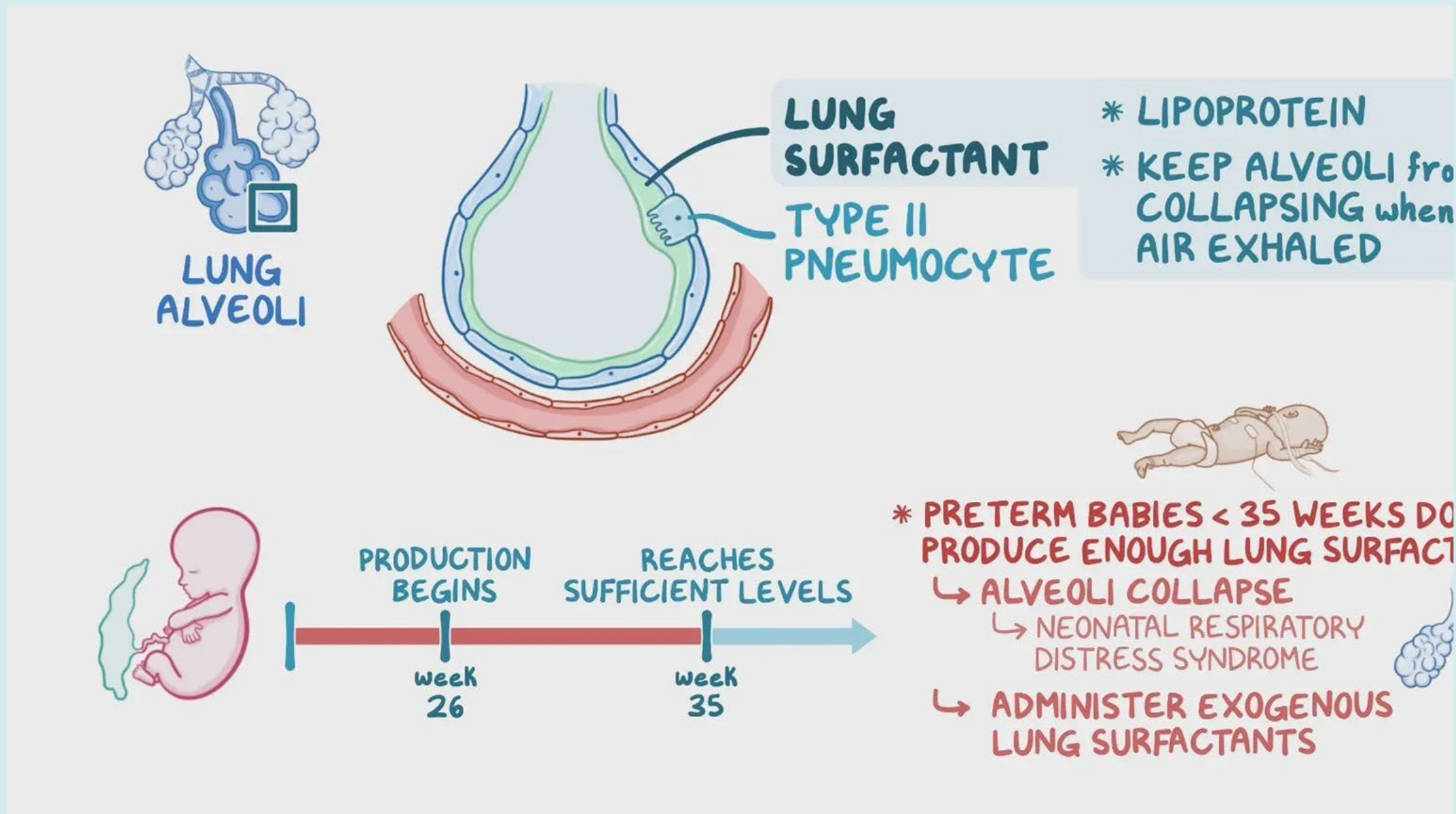
Exámenes:

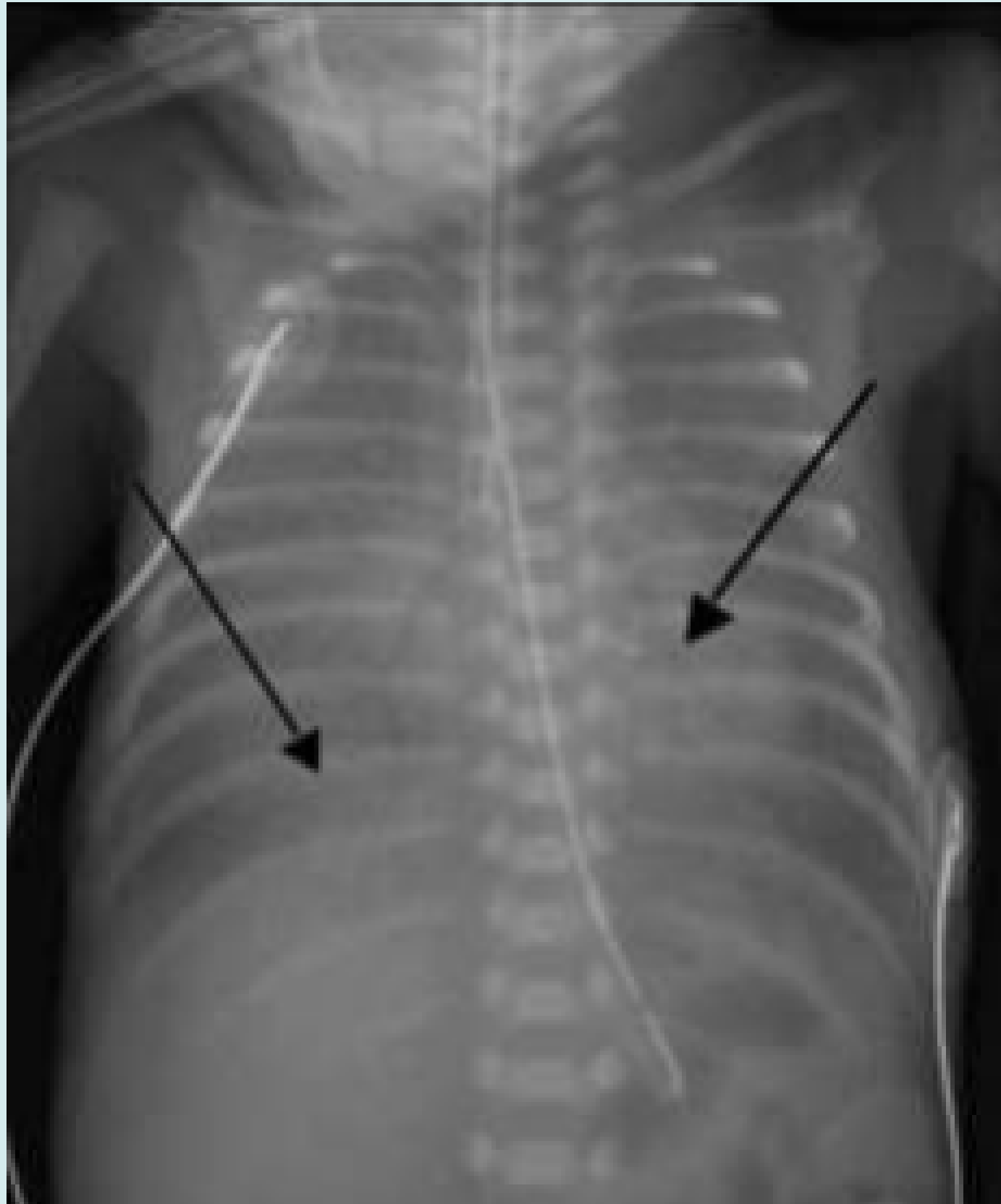
- Hemograma
- Glicemia
- Gases
- Rx tórax
- Test de hiperoxia

Enfermedad por déficit de surfactante

Dificultad respiratoria progresiva, con líquido amniótico claro y en quien se descarta la infección

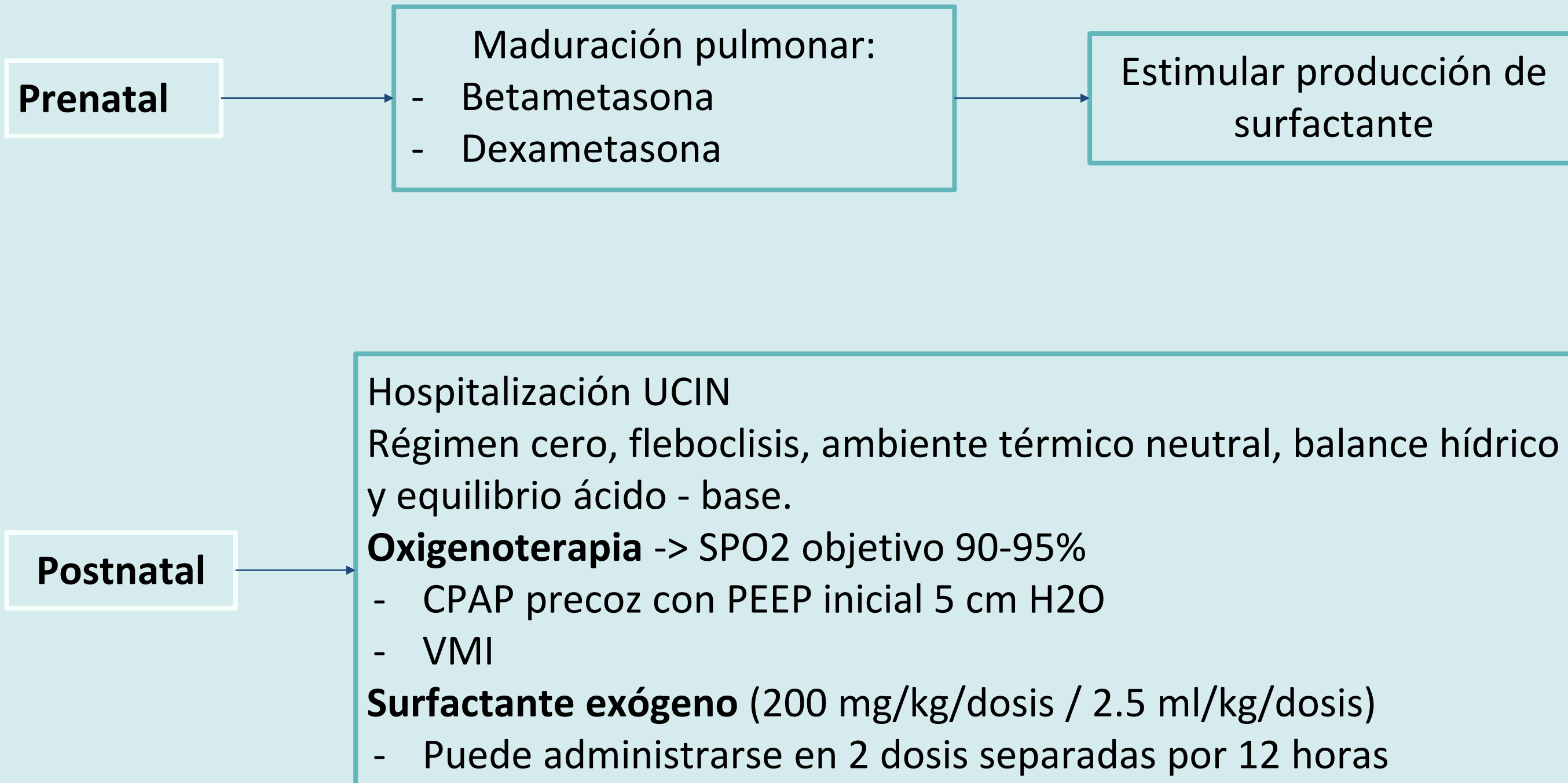
Principal FR -> **Prematuridad**





Gases -> PaO₂ baja, PaCO₂ alta y pH bajo

Tratamiento



Neumonía neonatal

Cuadro de dificultad respiratoria causado por un agente infeccioso

Inicio temprano / Primeras 72 hrs -> Aspiración LA infectado, transmisión vertical, secreciones vaginales infectadas

Inicio tardío / Después de 72 hrs -> Intrahospitalario o al alta

Neumonía precoz	Neumonía Nosocomial
Ruptura prolongada de membranas (>18 horas)	Ventilación mecánica prolongada
Corioamnionitis materna	Prematurez/bajo peso de nacimiento
Parto prematuro	Hospitalización prolongada
Taquicardia fetal	Pobre lavado de manos del personal de salud
Fiebre materna intraparto	Pacientes multinvadidos

Principales agentes etiológicos:

- S. grupo B (agalactiae)
- E. Coli
- Listeria monocytogenes
- Klebsiella
- Chlamydia

Clínica con otros síntomas:

- Letargia
- Inestabilidad térmica
- Apnea
- Rechazo alimentario

Laboratorio -> Hemograma, PCR, gases, HC, PVR y CSB



Tratamiento

Inicio temprano -> Ampicilina y gentamicina (50 mg/kg/día EV + 2.5 mg/kg/día) / Amikacina en resistencia local a gentamicina (7,5 mg/kg cada 12 hrs)

Inicio tardío -> Cefotaxima (100-200 mg/kg/día) / Cloxacilina (50 -100 mg/kg/día), y Amikacina (7,5 mg/kg cada 12 hrs)

Viral -> Aciclovir (60 mg/kg/día, en tres dosis, por 21 días)

Duración -> 7 días en infecciones evidentes sin germen demostrado, entre 10-14 días para neumonías no complicadas con germen identificado y entre 14 a 21 días cuando además se asocia infección de SNC

Soporte ventilatorio:

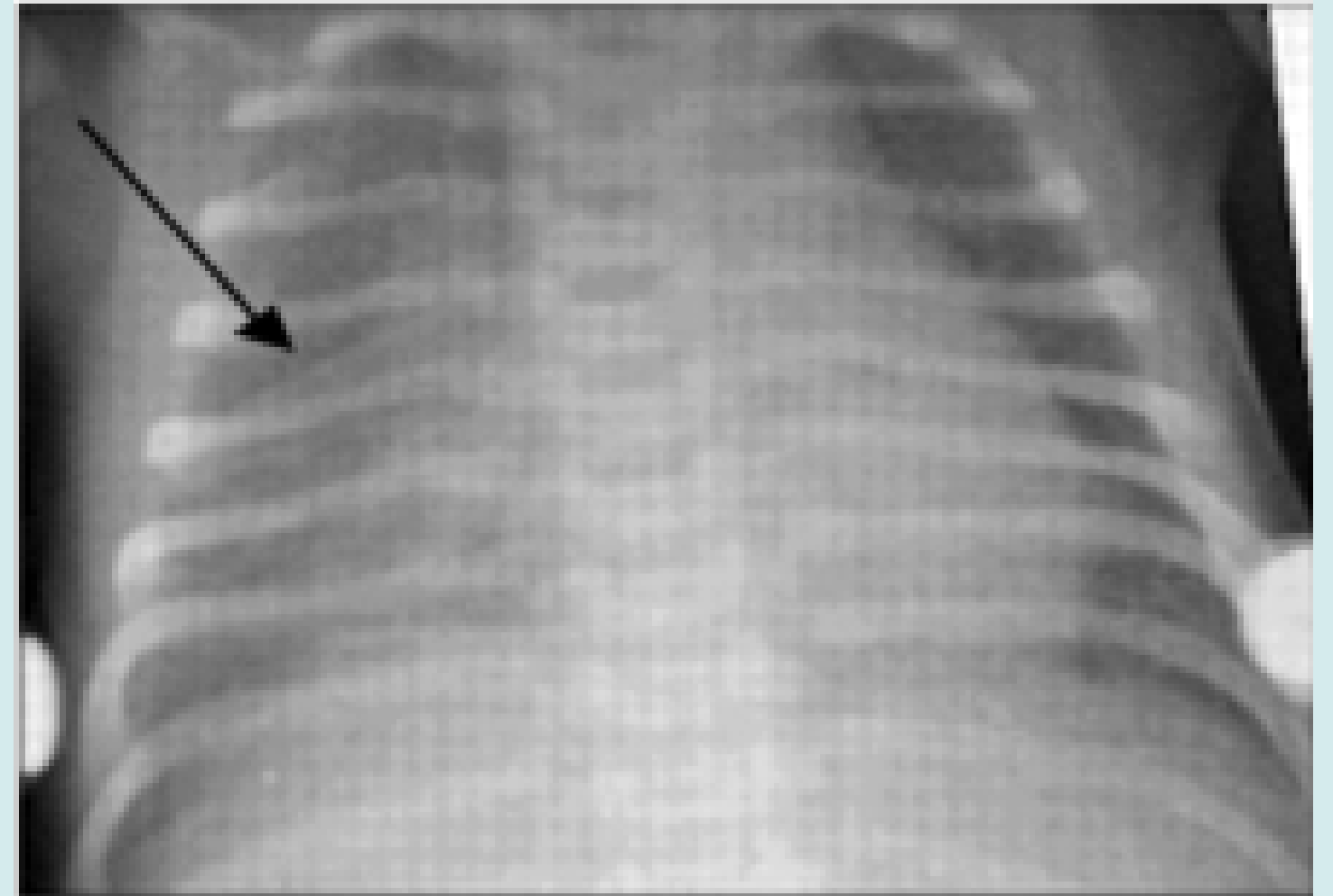
- Evolución rápidamente progresiva
- Hipertensión pulmonar asociada
- Shock séptico
- Falla respiratoria -> saturación <90%/PaO₂ <60 mmHg con FiO₂ >0,5 - PaCO₂ >55- 60 mmHg, con pH <7,25

Taquipnea transitoria del RN

Trastorno del parénquima pulmonar caracterizada por edema pulmonar resultante del retraso en la reabsorción del líquido alveolar fetal

Inicia en el momento del nacimiento y durante las dos horas después del parto

FR -> Cesárea, asfixia perinatal, DG



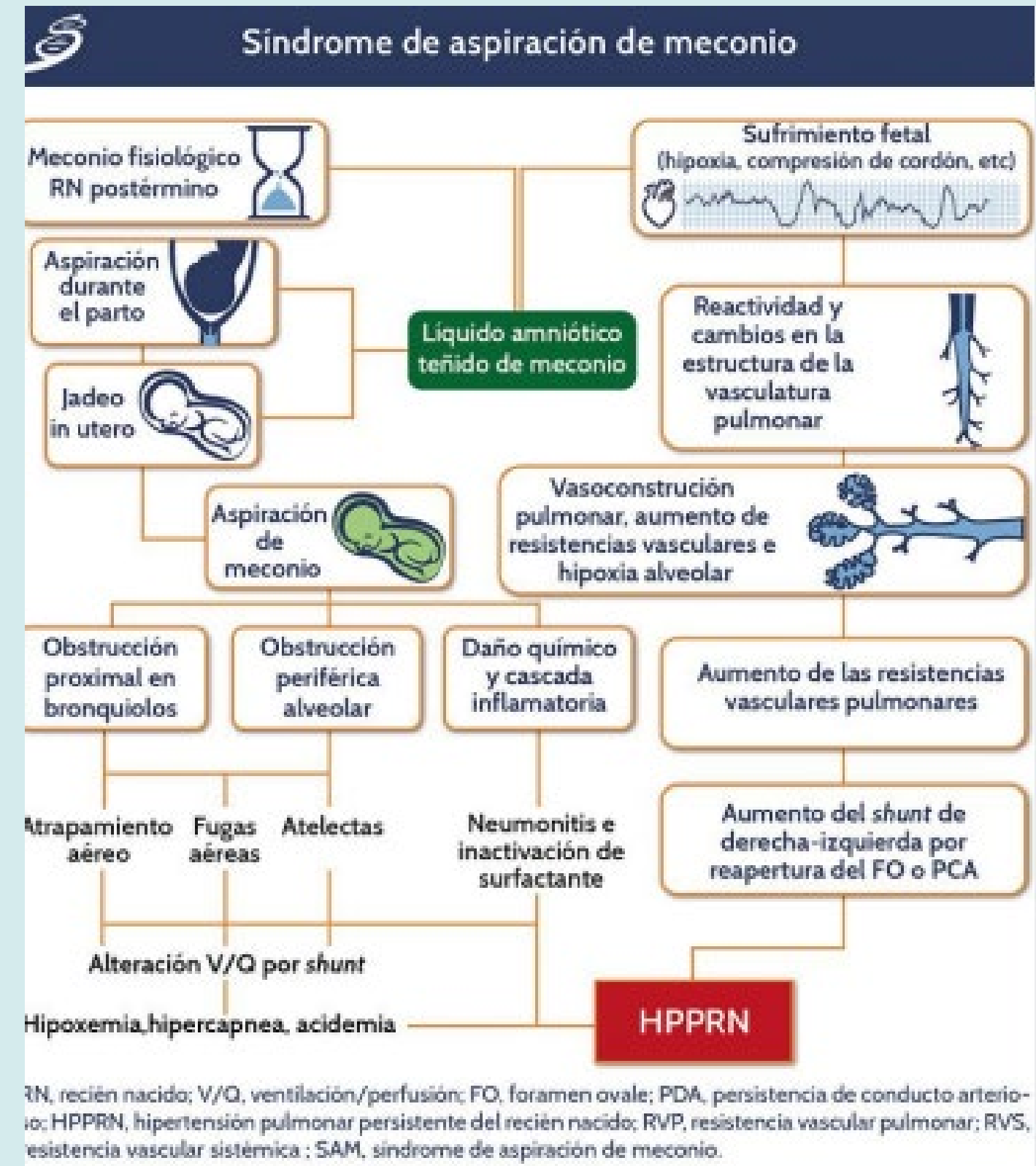
Tratamiento -> Oxigenoterapia y soporte

Síndrome de aspiración meconial

Dificultad respiratoria en un RN con LA teñido de meconio y que sus síntomas no se expliquen por otra causa

Más frecuente en RNPT, especialmente PEG

FR -> **Sufrimiento fetal** -> HTA materna DM, eclampsia, hipoxia perinatal crónica y aguda intraparto



- SDR intenso que se manifiesta precozmente con taquipnea, retracciones, hipoxemia
- RN pálido, delgado, con cabello, uñas, piel y cordón con meconio
- Tórax en tonel

Manejo:

- Ingreso UCIN
- Oxigenoterapia para SatO₂ 90-95% y PaO₂ >50-60 mmHg
- Objetivo mantener pH >7,2-7,25
- Evitar CPAP nasal por riesgo de hiperinsuflación
- VM en caso de no responder a terapia inicial.
- VAFO (ventilación de alta frecuencia oscilatoria) + Óxido nítrico inhalado para vasodilatar, en caso de HTPP (+) surfactante
- ECMO en casos graves



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

Bibliografía

- UpToDate. (s/f). Uptodate.com. Recuperado el 24 de septiembre de 2025, de <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-neonatal-respiratory-distress-and-disorders-of-transition>
- UpToDate. (s/f-b). Uptodate.com. Recuperado el 24 de septiembre de 2025, de <https://www.uptodate.com/contents/respiratory-distress-syndrome-rds-in-preterm-neonates-clinical-features-anddiagnosis>
- Pérez, A., & Gómez, M. (2023). La investigación educativa en tiempos de transformación digital. Revista Cubana de Educación, 56(1), 31-45 Coto Cotallo, G. D., López Sastre, J., Fernández Colomer, B., Álvarez Caro, F., & Ibáñez Fernández, A. (2008). Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Asociación Española de Pediatría
- Sweet D, et al. EuropeanConsensusGuidelinesontheManagement ofRespiratoryDistressSyndrome. Neonatology.2019;115(4):432-450.
- Guía de Práctica Clínica en Pediatría. Ed VIII. Hospital Clínico San Borja Arriarán 2018
- Hospital San José. (Año). Guía de atención neonatal [PDF]. NeoPuerto Montt. http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_34.pdf
- Saludininfantil.orghttp://www.saludininfantil.org/pregrado_pediatria/internado_Neo_2024/Repoitorio_internos/13.-%20Distres_respiratorio_Neo.pdf