

Diagnóstico diferencial de SDR del RN

Int. Florencia Bahamonde
Tutor: Dr. Donoso
Internado Pediatría 2026



Definición de Distrés Respiratorio

¿Qué es el SDR Neonatal?

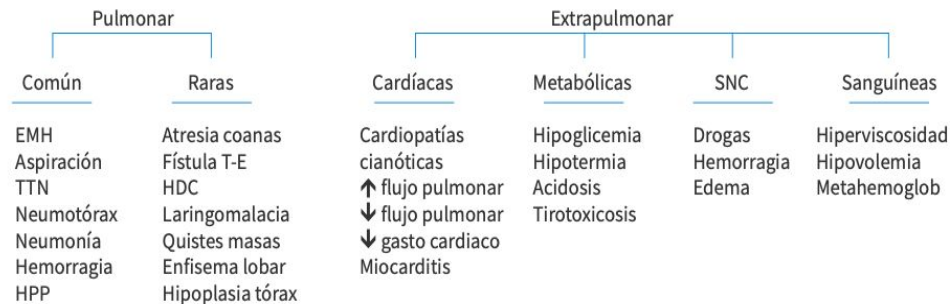
Conjunto de **signos clínicos de compromiso respiratorio** secundario a diversas patologías pulmonares o extrapulmonares, manifestado en las **primeras horas de vida** del recién nacido.

Relevancia Clínica

- **Insuficiencia respiratoria aguda** y paro cardíaco neonatal.
- **Principal causa** de ingreso a UCIN neonatal.
- **15%** de RNT y **30%** de RNPT tardíos ingresados (**↑ en RNPT < 34 sem**).

Etiología y Factores de Riesgo Asociados

Clasificación de Causas (Pulmonar vs Extrapulmonar)



Población de riesgo

- **RN Prematuros (<34 sem):**
Enfermedad de Membrana Hialina (EMH)
- **Corioamnionitis / RPM:**
Bronconeumonía neonatal (BRN)
- **Meconio en líq. amniótico:**
Síndrome de Aspiración Meconial (SAM)
- **Hernia Diafragmática Congénita (HDC)**
- **Hipertensión Pulmonar (HPP)**

Manifestaciones Clínicas y Evaluación

Cuadro Clínico Neonatal

Signos Principales:

- **Taquipnea** (>60 rpm)
- **Aleteo nasal** (esfuerzo respiratorio)
- **Retracciones** (intercostales/subcostales)
- **Quejido espiratorio**
- **Cianosis** (central o periférica)
- **Taquicardia**
- **Rechazo alimentario**



Evaluación Médica Inmediata

Monitorización continua de saturación, frecuencia cardíaca y dificultad respiratoria mediante escalas validadas.

Escala de Silverman-Andersen

Evaluación clínica de la dificultad respiratoria neonatal (0 a 2 puntos por parámetro).

Parámetro	0 Puntos	1 Punto	2 Puntos
Mov. Toracoabdominal	Sincronizado	Tórax inmóvil	Disociación
Tiraje Intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción Xifoidea	Ausente	Discreta	Acentuada
Aleteo Nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido Espiratorio	Ausente	Audible w/ fonendo	Audible a distancia

Interpretación de la Gravedad Total:

1 - 3 Puntos

Dificultad Leve

Soporte respiratorio mínimo y observación continua.

4 - 6 Puntos

Dificultad Moderada

Requiere asistencia respiratoria intermedia.

> 6 Puntos

Dificultad Grave

Asistencia ventilatoria avanzada e ingreso a UCIN.

Etapas del Desarrollo Pulmonar Fetal y SDR Neonatal

Evolución anatómica y su impacto en la madurez respiratoria del recién nacido

1. Embrionaria

4 – 7 semanas



- Origen de la **yema pulmonar**.
- Inicio de **tráquea y bronquios principales**.
- Sin capacidad de intercambio gaseoso.

⚠ Importancia Clínica:

Riesgo de **malformaciones congénitas** estructurales graves que causan distres neonatal inmediato.

2. Pseudoglandular

5 – 17 semanas



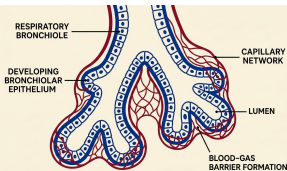
- Ramificación hasta **bronquiolos terminales**.
- Aspecto glandular histológico.
- **Sin estructuras funcionales** para intercambio gaseoso.

⚠ Importancia Clínica:

Pulmón **incompatible con la vida extrauterina**; inviabilidad por inmadurez extrema.

3. Canalicular

17 – 27 semanas



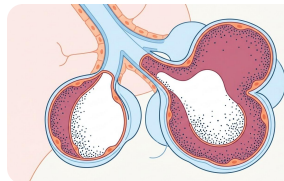
- Formación de **bronquiolos respiratorios** y acinos.
- Aumento de vascularización y neumocitos I/II.
- **Inicio de surfactante** (insuficiente).

🚑 Alto Riesgo de SDR:

Prematuros extremos sufren **déficit severo de surfactante** e inmadurez alveolocapilar.

4. Sacular

28 – 36 semanas



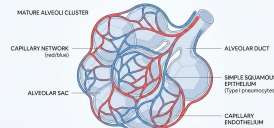
- Desarrollo de **sáculos terminales**.
- Adelgazamiento de barrera alveolocapilar.
- **Incremento progresivo de surfactante**.

🚑 Riesgo de SDR / Atelectasia:

Nacimiento prematuro causa **colapso alveolar, baja distensibilidad e hipoxemia**.

5. Alveolar

36 sem – Infancia

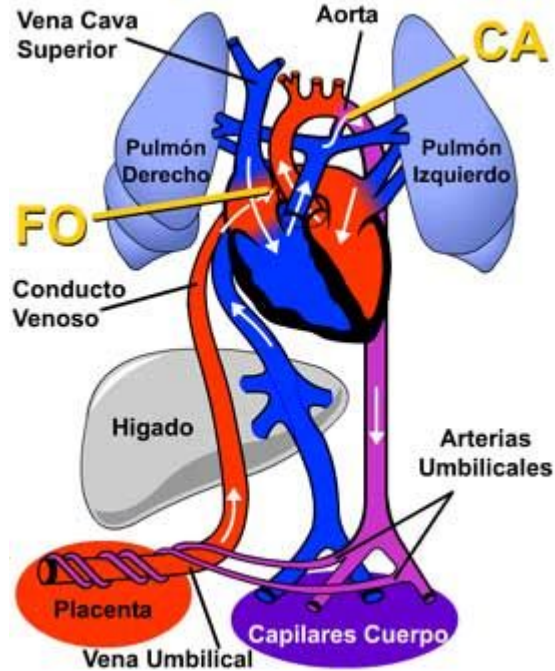


- Formación y proliferación de **alvéolos maduros**.
- Máxima superficie de intercambio.
- Maduración continua post-nacimiento.

💡 Evolución Postnatal:

La interrupción del desarrollo alveolar puede derivar en **displasia broncopulmonar (DBP)**.

Circulación y Función Pulmonar Intrauterina



Considerar..

- Los pulmones **no participan** en el intercambio gaseoso.
- Intercambio gaseoso → **placenta**.
- Los pulmones fetales están llenos de **líquido** en lugar de aire.

⚠ Resistencia Vascular:

Elevada resistencia vascular pulmonar debido al colapso alveolar y la vasoconstricción hipóxica fisiológica.

Mecanismos de Cortocircuito

1. Foramen Oval

Ubicación: Pasaje directo entre las aurículas (D→I).

Función: Permite que la sangre oxigenada de la VCI pase directo al lado izquierdo del corazón.

2. Conducto Arterioso

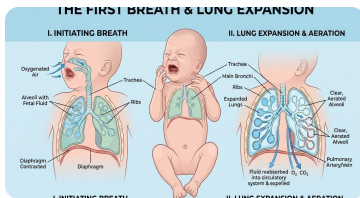
Ubicación: Arteria pulmonar → Aorta

Función: Desvía el flujo desde la arteria pulmonar hacia la aorta descendente

Circulación Postnatal

Adaptación cardiorrespiratoria inmediata y establecimiento de la circulación definitiva

1. Segundos Después de Nacer: Hitos Iniciales



Entrada de aire a los alvéolos

Los pulmones se expanden por primera vez; el RN requiere **presiones inspiratorias elevadas** para vencer el líquido pulmonar y la tensión superficial.

Absorción del líquido alveolar

Eliminado principalmente por **vasos linfáticos y capilares pulmonares**. La liberación de **catecolaminas** durante el trabajo de parto favorece activamente este proceso.

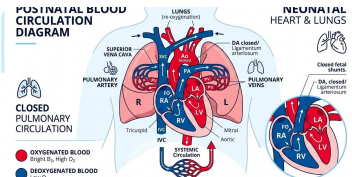
Disminución de la presión arterial pulmonar

La expansión pulmonar dilata las arteriolas, **reduciendo drásticamente la resistencia vascular pulmonar (RVP)**.

Eventos Clave de la Transición

- **Inspiración inicial:** Genera presión negativa para desplazar el líquido.
- **Efecto del parto:** El estrés del parto estimula catecolaminas esenciales.
- **Caída de RVP:** Permite la llegada de flujo sanguíneo masivo a los pulmones.

2. Periodo Postnatal: Circulación Definitiva



Pulmones con Aire & O₂

Alvéolos llenos de gas que permiten el intercambio gaseoso inmediato. El aumento de PaO₂ mantiene vasodilatación sostenida.

Cierre de Shunts y Adaptación Definitiva

- **Aumento de PaO₂:** La oxigenación sistémica favorece el cierre funcional de los cortocircuitos fetales.
- **Cierre del Ductus Arterioso:** El aumento de O₂ suspende el flujo entre arteria pulmonar y aorta (cierre funcional en horas/días).
- **Disminución sostenida de RVP:** Arteriolas pulmonares dilatadas.

Circulación Posnatal Normal

La sangre desoxigenada llega al **pulmón**, se oxigena, retorna al **corazón izquierdo** y es eyectada hacia todo el cuerpo.

Resultado: Separación completa de la circulación sistémica y pulmonar en serie.

Enfrentamiento del RN con SDR

Abordaje sistemático, evaluación clínica y orientación diagnóstica inicial



1. Evaluación y Estabilización

- **Evaluación ABC:** Vía aérea, respiración y circulación.
- **Monitorización:** FC, FR, SatO₂ y temperatura.
- **Soporte Respiratorio:** Estabilizar y administrar según necesidad.

2. Anamnesis Dirigida

- **Recién Nacido:** Edad gestacional y peso al nacer.
- **Tipo de Parto:** Vaginal o cesárea.
- **Antecedentes:** Perinatales y obstétricos.
- **Factores Riesgo:** Prematurez, RPM, fiebre, meconio.

3. Examen Físico

- **Signos de Distrés:** Taquipnea, quejido, retracciones y aleteo nasal.
- **Auscultación:** Ventilación pulmonar y soplos/estertores.
- **Silverman-Andersen:** Cuantificar gravedad del distrés.

4. Estudio Complementario

 **Radiografía de Tórax:** Fundamental para determinar el patrón pulmonar (reticulogranular, hiperinsuflación, infiltrados).

 **Lab Básico:** Gasometría (arterial/capilar) y glicemia.

 **Perfil Infeccioso:** Hemograma, PCR y hemocultivos si hay sospecha de sepsis/neumonía.

5. Orientación Diagnóstica

 **Integración Tríada:** Combinar Edad Gestacional + Antecedentes + Clínica + Radiografía.

Diferenciar Principales Etiologías:

- **TTRN:** Término/cesárea, autolimitado.
- **EMH:** Pretérmino, déficit surfactante.
- **SAM / Neumonía:** Meconio / riesgo infeccioso.

Diagnósticos diferenciales



1. Taquipnea Transitoria del RN (TTRN)

Patogenia & Etiología

- **40% de los casos de SDR:** Principal causa de dificultad respiratoria neonatal.
- **Mecanismo:** Reabsorción tardía o ineficiente del líquido pulmonar fetal, retrasando la adaptación extrauterina.

Factores de Riesgo

- RNT o pretérmino tardío (34–37 sem) con taquipnea precoz.
- Cesárea sin trabajo de parto (falta de estímulo hormonal).
- Madre diabética u obesa.
- Macrosomía fetal.
- Parto precipitado.

Hallazgos Radiográficos



- **Imágenes difusas perihiliares:** Apariencia de "pulmón húmedo".
- **Volumen pulmonar:** Normal o con hiperinsuflación.
- **Signos adicionales:** Presencia visible de líquido intersticial y cisuras.

Taquipnea Transitoria del RN: Tratamiento

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 intercurrentia de ****escape aéreo**** o ****proceso infeccioso****.

Régimen Cero & Fleboclisis

- Alimentación oral: Si el paciente está estable
- **Vía 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

2 . Enfermedad por déficit de surfactante

Patogenia y Fisiopatología

- **Etiología Principal:** Prematuros (inmadurez estructural).



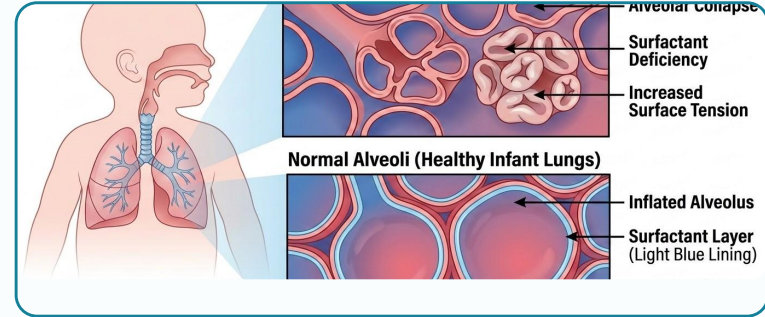
Deficiencia de Surfactante: desarrollo completo a las 34–35 semanas → **Colapso alveolar**

Factores de Riesgo e Incidencia

- **Grupos de Mayor Susceptibilidad:**
 - Recién nacidos prematuros.
 - Gestaciones múltiples.
 - Hijos de madres diabéticas.

Edad gestacional inversamente proporcional a incidencia

Cuadro Clínico



- **Inicio mas tardío:** Primero se consume reserva de surfactante
- **Signos Clásicos:** Polipnea, quejido auditivo, tiraje intercostal/subcostal y aleteo nasal.
- **Oxigenoterapia:** Cianosis con escasa respuesta al O₂ suplementario.
- **Auscultación:** Disminución del murmullo pulmonar bilateral con crépitos basales.

2 . SDR: Diagnóstico y Prevención

Diagnóstico: Historia + Ex Físico



• Radiografía de Tórax:

- Bajo volumen pulmonar
- **Patrón reticulogranular o de vidrio esmerilado.**
- Broncograma aéreo.

En casos severos: atelectasias masivas ("**pulmón blanco**").

Prevención Antenatal

- **Estrategia Principal:** Uso de corticoides antenatales (**betametasona** o **dexametasona** IM).
- **Esquema:** betametasona 12 mg 2 dosis cada 24 horas o dexametasona 6 mg 4 dosis, cada 12 horas .
- **Indicación:** Amenaza de parto prematuro en gestaciones < **34 semanas**.
- **Mecanismo:** Induce maduración pulmonar al traspasar la barrera placentaria.

Efecto del Corticoide Antenatal

Acelera la maduración pulmonar fetal y la producción de surfactante, **reduciendo drásticamente la incidencia y gravedad del SDR.**

Maduración completa: > 24 horas y < 7 días

Tratamiento Protocolo NEO HPM

1. Soporte Inicial y CPAP

CPAP Nasal Precoz

- **6–8 cmH₂O** desde sala de parto + estimulación del RN
- **Objetivo:** Mantiene alvéolos abiertos y disminuye colapso.

Criterios uso Surfactante:

- FiO₂ > 30%
- SatO₂ 90–94%
- Distrés mod. / severo

Técnicas Administración:

- **LISA (Elección):** Catéter delgado, resp. espontánea + CPAP. Evita VMI.
- **INSURE:** Intubar + Surfactante + Extubar a CPAP.

2. Surfactante y Fármacos

Dosis de Surfactante

- **Curosurf:** 200 mg/kg (2,5 ml/kg)
- **Survanta:** 100 mg/kg (4 ml/kg)

Apoyo Complementario:

• Cafeína Precoz (Apneas):

- Carga: 20 mg/kg
- Mantención: 5–10 mg/kg

• Corticoides PN:

Prematuros con alto riesgo de displasia, en VMI más de una semana.

3. Soporte General

→ **Termorregulación Estricta**

→ **Nutrición Parenteral Inicial**

→ **Monitorización Hemodinámica**

Intubación (Fracaso CPAP)

- **FiO₂ > 50%** pese a CPAP
- **Prematuro extremo** < 26 sem.
- Asfixia | Sepsis
- Necesidad de inotrópicos
- Maduración pulmonar ausente / incompleta
- Anomalías congénitas
- **Gases alterados:**
pH <7,3 | PaO₂/FiO₂ <218
PaCO₂ >53 mmHg

4. Laboratorio / Metas

GASES

HGT y ELP

Radiografía de tórax

Objetivos Clínicos:

- Control estricto de equilibrio ácido-base.
- Monitoreo continuo de glicemia y electrolitos.
- Evaluación radiológica periódica del volumen pulmonar.

3. Síndrome de aspiración meconial

RNT y RN
post T

**Dificultad respiratoria en RN expuesto a LA
con meconio**

¿ Qué ocurre?

Obstruccion

**Neumonitis
química**

**Desplazamiento
del surfactante**

Factores de riesgo

- Gestaciones a término o postérmino.
- Presencia de tinte meconial en líquido amniótico.
- Eventos de asfixia o sufrimiento fetal agudo.
- Dificultades en la transición y adaptación cardiopulmonar extrauterina.

**Sufrimiento fetal agudo →
aumenta peristaltismo
intestinal → meconio en
LA**

Clinica

- **Inicio precoz y progresiva**
- Tener tinción de meconio en piel, uñas y cordón
- Tórax hiperinsuflado (en tonel) → efecto valvula
- Distrés grave: taquipnea, quejido, retracciones

Radiografía

- Infiltrados de aspecto grueso y distribución heterogénea.
- Opacidades parches en ambos campos pulmonares.
- Zonas alternantes entre focos atelectásicos e hiperinsuflación.
- Aumento del volumen del tórax.
- Complicaciones como neumotórax o fugas de aire



Fig. 1. Radiografía torácica anteroposterior del recién nacido en la primera hora de vida con ventilación no invasiva. Observamos un tórax hiperinsuflado en el que se aprecian 8-9 espacios intercostales, diafragmas aplanados así como costillas horizontalizadas. En el parénquima pulmonar se aprecia exudado aligodonoso bilateral (en panal de abeja). La silueta cardíaca es normal y no se observan escapes aéreos.

Manejo

Manejo general	• UCI y vigilancia estricta • Lab: RxTx, GAS, hemograma, PBQ, ELP • Alimentacion enteral • Sospecha de ICN → ATB 1era linea • Surfactante: No disminuye mortalidad→ reduce la necesidad de ECMO
Manejo respiratorio	• Aporte alto de O2 para sat 92-95% • Evitar uso de VMNI
Complicaciones	• Escape aereo: Asociado a VM • HTP

4. NEUMONÍA CONNATAL

Incidencia: < 1% en RN de término vs. > 10% en RN prematuros

Infección del tracto respiratorio inferior que afecta al RN , comprometiendo el parénquima pulmonar. Causa importante de morbilidad neonatal, tanto en el RN a término como en el pretérmino.

Tipo de Neumonía	Vía / Momento de Adquisición	Agentes Etiológicos
Transmisión Vertical	Adquirida por vía transplacentaria	Virus: Rubéola, CMV, varicela-zoster, VHS, VIH, adenovirus, enterovirus. Bacterias: <i>L. monocytogenes</i> , <i>M. tuberculosis</i> , <i>T. pallidum</i> .
Vía Ascendente o Intraparto	Vía ascendente o durante el parto	Frecuentes: SGB, enterobacterias Gram (-) (<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i>). Bacterias atípicas: <i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealyticum</i> (más tardías).
Transmisión Horizontal / Nosocomial	Adquiridas en el hogar o intrahospitalarias	Virales: VRS, influenza, parainfluenza. Bacterianas: <i>Klebsiella</i> , <i>Serratia</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Proteus</i> , <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> . Fúngicas: <i>C. albicans</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. tropicalis</i> .

FACTORES DE RIESGO Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO



Factores de Riesgo

- **RPM y Corioamnionitis**

Corioamnionitis materna.

- **Colonización Canal del Parto**

Por SGB, Listeria o Neisseria.

- **Trauma Instrumental**

Sobre la vía aérea por intubaciones reiteradas o prolongadas.

- **Uso Previo de ATB**

Uso sostenido de ATB de amplio espectro.



Clínica y Diagnóstico

- **Inicio y Apneas:** Similar a EMH al inicio. Apneas precoces en prematuros < 35 sem.
- **Clínica Precoz:** Sepsis inespecífica con dificultad respiratoria.
- **Compromiso Sistémico:** Inestabilidad térmica, letargia, rechazo alimentario, apnea o acidosis metabólica.



Cianosis



Apnea respiratoria



Aleteo nasal



Ronquidos



Movimiento
respiratorio inusua

Radiología de torax

- Inicialmente, indistinguible de enfermedad por déficit de surfactante.
- Relleno alveolar bilateral: opacidades algodonosas difusas.
- Broncograma aéreo: en zonas de consolidación.
- Derrame pleural: 10-25% de los casos.

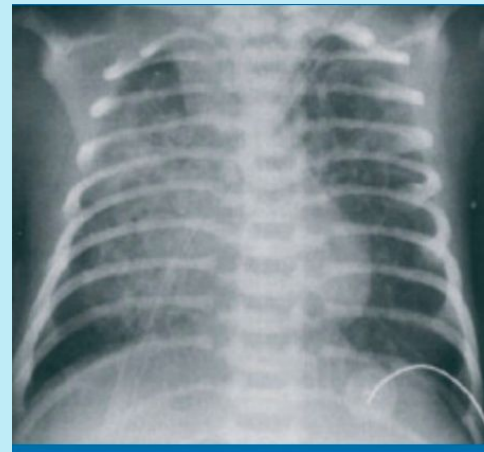
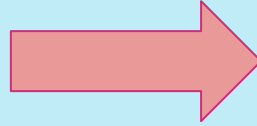


Figura 4. Neumonía neonatal por estreptococo del grupo B. Infiltrados difusos bilaterales, reticulonodulares y confluentes

Soporte Ventilatorio: CPAP-NRC, Ingreso precoz a VMI ante shock séptico, HPPN o deterioro; considerar VAFO en falla severa.
Laboratorio inicial: hemograma, PCR, gases y HC

Escenario Clínico / Etiología	Esquema Antimicrobiano EV (1ª Línea)	Duración del Tratamiento
Sepsis / Neumonía Precoz (Gram +)	Ampicilina + Gentamicina	7 a 10 días
Neumonía Tardía IAAS / Gram (-)	Cloxacilina + Amikacina	10 a 14 días
Bacterias Atípicas	Macrólidos según protocolo	14 a 21 días
Virus Herpes Simple (VHS)	Aciclovir 60 mg/kg/día (fraccionado c/8 h)	21 días

5. Hipertensión Pulmonar Persistente del RN (HPPN)

Definición y Fisiopatología

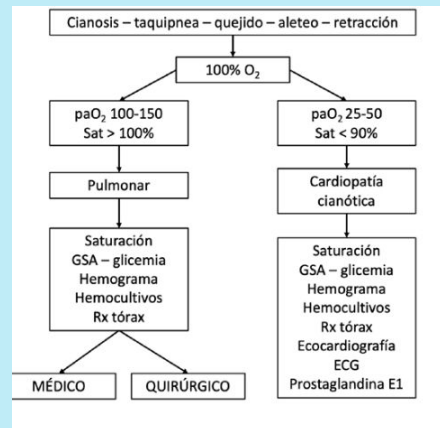
- **Presentación clínica:** Cuadro grave de hipoxemia severa y cianosis generalizada precoz.
- **Mecanismo (Shunt D-I):** por foramen oval y/o ductus arterioso.
- **Hemodinamia:** Presiones pulmonares elevadas e hipoperfusión pulmonar en un **corazón estructuralmente sano**.
- **Clasificación etiológica:**
 - Primaria: Idiopática.
 - Secundaria (+ frecuente): Asociada a SAM, neumonía, EMH o HDC.

Factores de Riesgo

- **Edad gestacional:** Predominio en RN de término o postérmino.
- **Hipoxia perinatal:** Asfixia o sufrimiento fetal agudo (con o sin meconio).
- **Riesgo infeccioso:** Sepsis materna, SGB (+) o RPM > 18 horas.
- **Fármacos antenatales:** Inhibidores de prostaglandinas / AINEs (indometacina, aspirina, ibuprofeno).
- **Anomalías congénitas:** Diagnóstico prenatal de Hernia Diafragmática Congénita (HDC).

- **Hipoxemia grave**
- **Dx con eco Doppler**
- **Manejo: Soporte general, hemodinamia, soporte de oxígeno VM**

6. Cardiopatías



Aspecto	Cardiopatía cianótica (CHD)	Enfermedad pulmonar
Historia	• Antecedente de hermano(s) con CHD • CHD diagnosticada en ecografía prenatal	• Cesárea sin trabajo de parto • Nacimiento pretérmino • Líquido amniótico con meconio • Fiebre materna
Examen físico	• Cianosis • Único segundo ruido cardíaco • Ritmo de galope • Pulsos de miembros inferiores débiles • Taquipnea leve	• Cianosis • Desdoblamiento del segundo ruido cardíaco • Retracciones • Inestabilidad de la temperatura • Estertores (crépitos), roncus
Radiografía de tórax	• Aumento del tamaño cardíaco • Forma cardíaca anormal • Vasculatura pulmonar anormal	• Tamaño cardíaco normal • Parénquima pulmonar anormal
Gases en sangre arterial	• Pao₂ normal o disminuida • Pao₂ disminuida	• Pao₂ aumentada • Pao₂ disminuida
Prueba de hiperoxia	• Pao₂ 50 a 150 mm Hg	• Pao₂ > 150 mm Hg
Ecocardiografía	• Corazón y vasos anormales	• Corazón y vasos normales

Test de hiperoxia

7. Hernia diafragmatica

Anomalía embrionaria → defecto en el cierre incompleto del canal pleuroperitoneal → 8-10 SDG

SDR

Hipoplasia
pulmonar

HPP

Compresion
mecanica PN

Diagnostico

- Prenatal: Ecografia → desviacion de mediastino y PHA
- Clinico: SDR, abdomen excavado, MP asimetrico/abolido, RHA en torax
- Confirmacion con RXTX: asas digestivas en torax, opacidad difusa ipsilat y desviación mediastino



Incidencia: 1/3000 NV,
90% izquierda, 95%
posterolateral

Manejo

IOT + SNG (NO
bolsa mascarilla)

Cirugía definitiva

Sospecha y
manejo
precoz!

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 límite 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 cardíacos	Hipoxemia Leve / mod.	Diagnóstica	-
Neumonía	++ +++	FR infección vertical o nosocomial	Séptica o de DR	Hipoxemia Acidosis mixta	Condensación o similar a otro DR	Ayudan PCR y hemograma
HPP	+++ +	A veces asfixia moderada Secundaria a enfermedad de base	A veces soplo suave (insuficiencia tricúspide o shunts)	Hipoxemia refractaria	Casi siempre normal Hipovascularización pulmonar	DD con CC difícil
Cardiopatía congénita	+ +++	-	Soplo Cardiomegalia ICC	CO ₂ N ó ↓ Hipoxemia variable	Puede orientar el diagnóstico	ECG y ECO-C suelen ser diagnósticos

Factores de riesgo

Enfermedad respiratoria	Factores de riesgo
Taquipnea transitoria	Cesárea, PT tardío, sedación o medicación materna, distrés fetal, diabetes gestacional
Neumonía neonatal	Portación SBHGB, corioamnionitis, fiebre materna, RPO, depresión perinatal, prematurez
EMH	Prematurez, diabetes gestacional, sexo masculino, gestación múltiple
SAM	Líquido amniótico con meconio, gestación postérmino, sufrimiento fetal, raza afroamericana
Hipoplasia pulmonar	OHA, displasia o agenesia renal, obstrucción vía urinaria, RPO, HDC, patología neuromuscular

Resumen FR

Enfermedad respiratoria	Factores de riesgo
Taquipnea transitoria	Cesárea, PT tardío, sedación o medicación materna, distrés fetal, diabetes gestacional
Neumonía neonatal	Portación SBHGB, corioamnionitis, fiebre materna, RPO, depresión perinatal, prematurez
EMH	Prematurez, diabetes gestacional, sexo masculino, gestación múltiple
SAM	Líquido amniótico con meconio, gestación postérmino, sufrimiento fetal, raza afroamericana
Hipoplasia pulmonar	OHA, displasia o agenesia renal, obstrucción vía urinaria, RPO, HDC, patología neuromuscular

Marco legal: GES 40 Síndrome de dificultad respiratoria neonatal

- **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.**

¿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)

Diagnóstico y Tratamiento



Conclusiones

- **La edad gestacional orienta fuertemente el diagnóstico.**
- **La radiografía es útil, pero debe interpretarse junto con la clínica.**
- **La hipoxemia grave exige considerar HPPN y cardiopatías críticas.**
- **Las infecciones pueden imitar otras enfermedades respiratorias.**
- **La evolución y la respuesta al soporte inicial aportan información diagnóstica.**
- **La estabilización precede a la confirmación etiológica cuando existe compromiso grave.**

Bibliografía

- 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
- 1. Martín, R. J. (s. f.). Overview of neonatal respiratory distress and disorders of transition. UpToDate. Recuperado el 22 de octubre de 2026, de <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-neonatal-respiratory-distress-and-disorders-of-transition>
- 2. Johnson, K. E. (2026, 16 de enero). Transient tachypnea of the newborn. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/transient-tachypnea-of-the-newborn>
- 1. Iñiguez, F., & Sánchez, I. (2008). Desarrollo pulmonar. Neumología Pediátrica, 3, 148–155. <https://cursos.tmpi-pimt.com/wp-content/uploads/2023/01/DesarrolloPulmonar.pdf>
- 2. Moreno, M., & Linares, M. (2023). Fisiología respiratoria: El pulmón al momento de nacer. Neumología Pediátrica, 18(2), 32–36. <https://www.neumologia-pediatica.cl>
- 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>
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). Guía clínica AUGÉ: Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido (2.ª ed.). Gobierno de Chile
- Alonso Cadenas, J. A., Andina Martínez, D., Arroyas Sánchez, M., Benavent García, N., Carrascosa García, P., Corredor Andrés, B., Hernanz Lobo, A., Lillo Díaz, C., & Toledo del Castillo, B. (2024). Manual CTO de medicina y cirugía: Pediatría (14.ª ed.). CTO Editorial.
- Tapia, J. L., Toso, P., Kattan, J., Escalante, M. J., & Pérez, C. (2024). 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..