

Manejo Síndrome de distress respiratorio (SDR) en R. Nacido prematuro < 32 semanas y/o < 1.500 g

OBJETIVO:

- Estandarizar manejo de SDR

RESPONSABLE: Pediatra - neonatólogo. Matrona

EJECUTOR: Pediatra - neonatólogo. Matrona

≤ 26 SEMANAS

- Intubar, administrar Survantá 4 ml/kg y conectar a ventilación mecánica.
- Todos en atención inmediata

> 26 SEMANAS

- Intubar, administrar Survantá® 4 ml/kg y conectar a ventilación mecánica si:
 - Se requiere intubación para reanimar en atención inmediata
 - $FiO_2 > 0,60$ en CPAP nasal
- Instalar CPAP nasal si requiere $FiO_2 > 0,21$ lo más precoz posible

MANEJO EN PREMATURO QUE REQUIERE VENTILACIÓN MECÁNICA

META DE SATURACIÓN

- Mantener saturación 91 – 95 %.
- Alarmas 90 – 96 %
- Mantener pH > 7.25, con $PaCO_2 < 60$ mm Hg.
- Gases c/ 6-8 hrs
- PIM suficiente para mover tórax. PEEP 5 cms de H₂O; TI 0,35, FR 40 - 60 por min

SEDACION

- < 28 SEMANAS:
 - SIEMPRE EN PRIMERAS 72 hr, si fuese necesario para acoplar al Ventilador
 - Midazolam 0,1 mg/kg e.v. en bolos cada 4- 6 hrs. (0,1 mg en < 1000 grs).
 - En caso de procedimientos dolorosos: morfina 0,1 mg/kg ev
 - > 72 hrs.:
 - Sedación SOS.
 - Alternar Morfina 0,1 mg/kg y Midazolam 0,1 mg/kg
- ≥ 28 SEMANAS: Si $FiO_2 \geq 0,50$ y SOS,
 - Midazolam 0,1 mg/kg e.v. en bolos cada 4- 6 hrs. (0,1 mg en < 1000 grs.).
 - > 72 hrs.: Sedación SOS. Alternar Morfina 0,1 mg/kg y Midazolam 0,2 mg/kg

REPETIR SURVANTA

- A las 6 - 12 hrs. Si $FiO_2 > 0,50$

EXTUBAR A CPAP

- Si cumple los siguientes criterios :
- $FiO_2 < 0,25$
- FR del ventilador < 20 por minuto y PIM < 16 cm H₂O
- Sin drogas vasoactiva
- Gases: pH > 7.25 con PaCO₂ < 60 mm Hg
- Dosis de carga de aminofilina administrada

MANEJO EN PREMATURO QUE REQUIRIÓ CPAP NASAL

META DE SATURACION

- Mantener saturación 91 – 95%. Alarmas 90 – 96%
- Mantener pH > 7.25 . Gases c/ 8 hrs.
- Mantener Peep 5 cm H₂O
- Aminofilina

CONECTAR A VM Y SURVANTA

- Si $FiO_2 > 0,60$ o gases con pH < 7.20 y PCO₂ > 65 mm Hg
- Uso de drogas vasoactivas
- Si requiere conexión a ventilador por apneas no usar Survanta®

RETIRO CPAP NASAL

- < 72 hrs.: $FiO_2 < 0,25$ por 12 hrs. saturando $> 86\%$ y sin apneas por 12 hrs,
- ≥ 72 hrs.: $FiO_2 < 0,25$ por 12 hrs. y sin apneas por 12 hrs, satO₂ $> 86\%$, 4-6 cmH₂O
- Ventanas de hasta 15 min bien toleradas*
- Instalar Cpap ciclado si presentan apneas

CRITERIOS DE ESTABILIDAD PARA RETIRO DE CPAP EN PREMATUROS 2012

- Todos los criterios presentes por más de 12 horas
- Menores de 4 días:
- CPAP 4-6 cm H₂O
- Requerimiento de O₂ 25% o menos y en descenso (menor de 30% en > 4 días)
- Frecuencia respiratoria < 60 x minuto
- Sin retracción torácica ni esternal significativa
- Menos de 3 apneas cortas (< 20 seg), auto limitadas en las últimas 6 horas
- Saturación promedio sobre 86%
- Sin tratamiento actual de ductus arterioso ó sepsis
- Retiros de CPAP breves bien tolerados (hasta 15 minutos)

CRITERIOS DE FALLA DE RETIRO DE CPAP EN PREMATUROS (AL MENOS 2)

- Aumento del trabajo respiratorio (retracción intercostal) con FR > 75 x minuto
- Aumento de apneas /bradicardia y o desaturación ,sobre 2 por hora en últimas 6 horas
- Aumento del requerimiento de oxígeno sobre 25% para saturar sobre 86%
- pH $< 7,2$
- PaCo₂ > 65 mm Hg

- **Apneas intensas que hayan requerido reanimación**
- **Tomado de : David A Todd et al,Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed July 2012 Vol 97 No 4**