

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN  
AL RECIEN NACIDO CON SÍNDROME  
DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

# **PROTOCOLO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

## **INTRODUCCION**

Los fallecimientos de recién nacidos, o neonatos, constituyen el 37% de las defunciones de niños menores de cinco años. La mayoría de las muertes de neonatos (el 75%) se producen durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas. Según la encuesta Endesa 2013.

Las causas principales de las muertes de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las defunciones en este grupo de edad.

El síndrome de dificultad respiratoria ocupa tanto el grupo de la prematuridad como el bajo peso al nacer por lo que es necesario conocer y estandarizar su manejo.

### **1. OBJETIVO**

Estandarizar el diagnóstico y tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido para disminuir las complicaciones.

### **2. EVIDENCIA**

Campos A., Cortes V., Domínguez L. et al. Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/Cata->

### **3. USUARIOS DEL PROTOCOLOS**

Médicos Generales, Médicos Especialistas en neonatología, en Emergenciología, en Medicina Familiar y Enfermeras

### **4. POBLACION DIANA**

Niños o niñas recién nacido con dificultad para respirar.

### **5. DEFINICION**

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso. Se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento adecuado.

### **6. CLASIFICACION CLINICA.**

#### **Estadio I. Forma leve**

- Imagen reticulogranular muy fina.
- El broncograma aéreo es muy discreto, no sobrepasa la imagen cardiotímica.
- Transparencia pulmonar conservada.
- Podría en ocasiones pasar como una radiografía normal.

Ver Anexo fig. 1

### **Estadio II. Forma moderada**

- La imagen reticulogranular se extiende a través de todo el campo pulmonar.
  - El broncograma aéreo es muy visible y sobrepasa los límites de la silueta cardiaca.
  - La transparencia pulmonar esta disminuida.
  - Hay disminución del volumen pulmonar.
  - Esta es la forma clásica.
- Ver anexo, fig. 2

### **Estadio III. Forma grave.**

- Infiltrado retículo granular muy difuso, los nódulos tienden a hacerse más confluentes.
  - Mayor visibilidad del broncograma aéreo, pueden verse ya ocupados bronquios del segundo y tercer orden.
  - La transparencia pulmonar esta disminuida pero todavía se distinguen los límites de la silueta cardiaca.
  - Hay disminución del volumen pulmonar.
- Ver anexo fig. 3.

### **Estadio IV. Forma muy grave.**

- La opacidad del tórax es total.
  - No se observa la silueta cardiaca, ni los límites de los hemidiafragmas.
  - Pulsos periféricos normales, braquiales amplios, todos amplios.
  - Índice cardiorácico,  $< 0.50$ ,  $0.50-0.60$ ,  $> 0.60$
  - Total ausencia de aire pulmonar.
  - Pudiera observarse broncograma aéreo.
- Ver anexo fig. 4

## 7. HISTORIA CLINICA.

### **Anamnesis.**

Recopilar todos los datos de la historia materna, antecedentes de diabetes o prematuridad y asfixia al nacimiento.

Investigar qué tiempo duro el nacimiento, si fue parto o cesárea, todos los datos, como el apgar, peso, si fue necesario reanimación superficial o profunda, utilización de medicamentos.

### **Signos y síntomas**

Los neonatos que desarrollan una enfermedad de membrana hialina son casi siempre Prematuros, en que puede haber:

#### **Prematuros, en que puede haber:**

- Dificultad respiratoria progresiva evaluada con la escala de Silverman/ Andersen:
- Aleteo nasal
- Quejido espiratorio
- Tiraje intercostal
- Disociación toraco-abdominal
- Retracción xifoidea
- Cianosis
- Polipnea

Éste se debe al cierre de la glotis para mantener el volumen pulmonar e intercambio gaseoso. La evolución más frecuente, de no mediar tratamiento con reposición de surfactante, es hacia un aumento progresivo de los requerimientos de oxígeno, hasta las 48 a 72 horas de vida en que la producción de surfactante endógeno se recupera y remite el cuadro clínico.

### **Examen físico.**

Se realizara un examen físico completo por sistemas, haciendo hincapié en el sistema respiratorio para determinar el grado de dificultad respiratoria presente según la escala del Silverman – Anderson (ver anexos #1), determinar la presencia de malformaciones.

### **Análisis de laboratorio, exámenes complementarios y de imágenes:**

- Hemograma
- Proteína C. Reactiva (PCR)
- Glicemia
- Gases Arteriales
- Radiografía de Tórax

## **8. DIAGNOSTICO**

Dificultad respiratoria del recién nacido

- Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Otras dificultades respiratorias del recién nacido
- Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada

## **9. INGRESO Y MANEJO**

En el área de atención a la que será admitido el usuario (emergencia, hospitalización de baja complejidad [sala común], de alta complejidad Unidad Cuidados Intensivos (UCI), de recuperación, de atención quirúrgica).

### **9.1 Manejo en sala de partos.**

- Recibimiento del recién nacido.

- Aspirado y secado de secreciones
- Mantener eutermico al recién nacido.
- Valorar grado de dificultad respiratoria.
- Administrar oxígeno.
- Se usara PPC (presión positiva continua) en mayores de 1500gr y que presenten dificultad respiratoria.
- Intubación traqueal en aquellos recién nacidos (RN) que presenten dificultad respiratoria progresiva.
- Traslado a Unidad cuidados intensivos neonatales. (UCIN).

## **9.2 Manejo en la emergencia.**

- Evaluar al paciente
- Estabilización de los signos vitales.
- Canalización permeable.
- Determinar grado de dificultad respiratoria.
- Administración de oxígeno (PPC, Intubación)
- Traslado a Unidad cuidados intensivos neonatales (UCIN).

## **9.3 Ingreso en la UCIN (Unidad de cuidado intensivo Neonatal)**

- Mantener eutermico (incubadora)
- Canalización permeable.
- Administración de líquidos.
- Oxígeno por casco cefálico o Presión positiva continua vía nasal (CPAP nasal).
- Monitorizar paciente.
- Rx de tórax.
- Gases arteriales.
- Intubación traqueal si dificultad respiratoria no mejora.

- Surfactante exógeno.
- Ventilación mecánica.
- Uso de Medicamentos (aminofilina, beractan, buprenorfina, dexametasona, dobutamina, dopamina, epinefrina, fentanilo, furosemida, teofilina)
- Interconsulta Cardiología Pediátrica.
- Interconsulta Neurología Pediátrica.
- Interconsulta Neumología Pediátrica.

## 10. MANEJO FARMACOLOGICO

Medicamentos indicados en el tratamiento síndrome de dificultad respiratoria.

Beractan ampollas	100mgr/kg/dosis (4cc/kg.)
Aminofilina amp.	1-2mgr/kg/dosis impregnación 5-6mgr/kg/día mantenimiento.
Dexametasona	0.3-0.5 mgr/kg/dosis cada 12hrs.
Dobutamina	2.5-20 microgramos/kg/min.
Fentanilo	1-3 microgramos /kg/dosis bolos cada 6 – 8 hrs.
Furosemida	1-3 mgr/kg/dosis cada 8 – 12 hrs.
Morfina	20-50 microgramos/kg/dosis cada 2-6hrs. En bolos



## **11. MANEJO NO FARMACOLOGICO**

- Reanimación sala de partos.
- Aspirado de secreciones.
- Mantener eutermico.
- Oxígeno cánula nasal, PPC (presión positiva continua)
- Intubación traqueal.
- Ventilación Mecánica.
- Gases arteriales.
- Radiografía de tórax.

## **12. CRITERIO DE EGRESO**

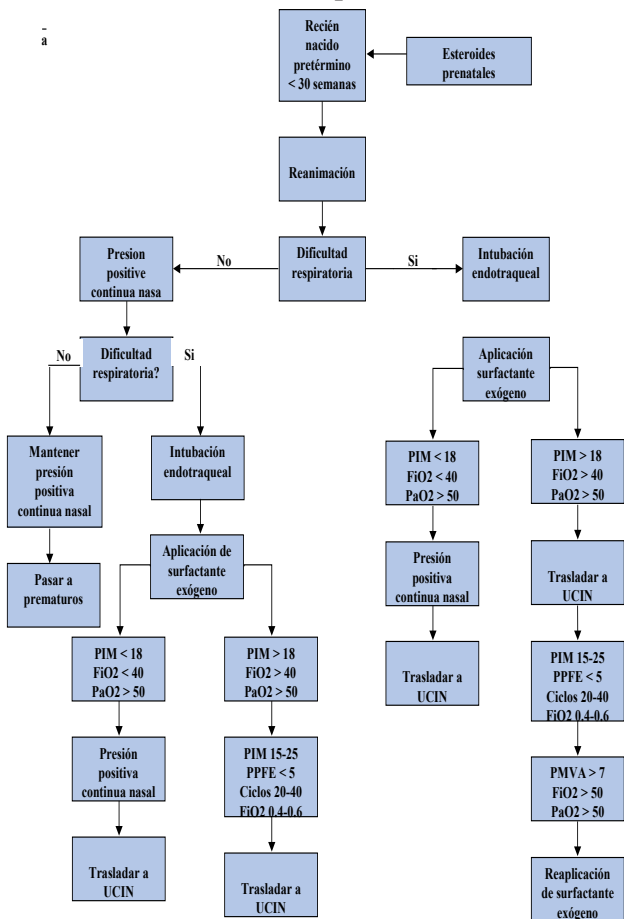
- Cuando haya desaparecido la dificultad respiratoria.
- No tenga requerimientos de oxígeno.
- Este tolerando la alimentación a libre demanda.
- Rx de tórax normal.
- Resolución de todas las complicaciones.

## **13. INFORMACION A PADRES Y FAMILIARES**

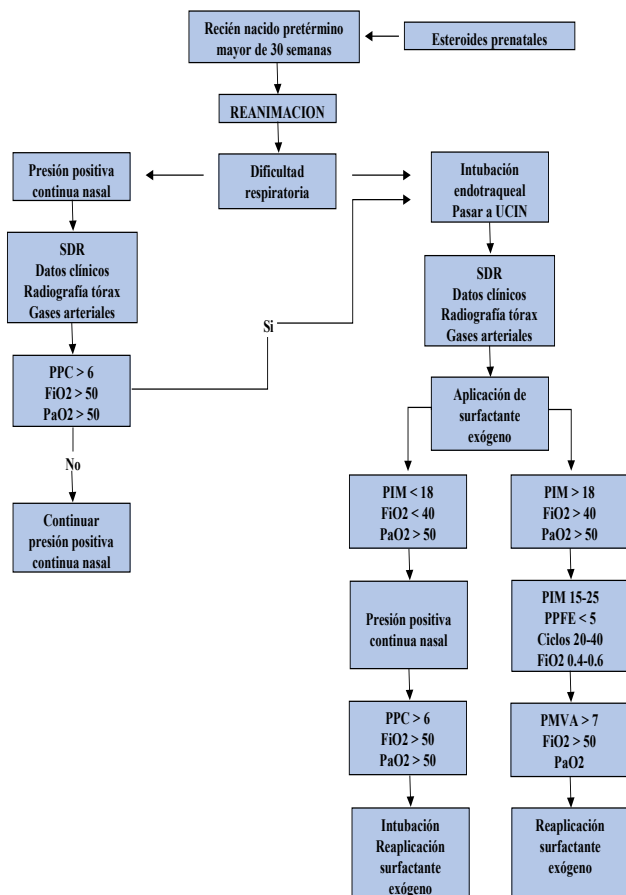
- Se le dará información sobre la patología y sus complicaciones, como se maneja en la sala de recién nacidos y su pronóstico.
- Información sobre los estudios a realizar, las causa por la cual se realiza el procedimiento o la atención.
- Información sobre cuidados generales a observar por el usuario.
- Información sobre signos de alarma
- Información sobre las observaciones nutricionales, farmacológicas, posturales, y de independencia en las actividades diarias a seguir por el usuario.
- Información sobre la próxima atención o cita médica.

## 14. FLUJOGRAMAS O ALGORITMO

### 1. Tratamiento de SDR en el pretérmino < 30 semanas



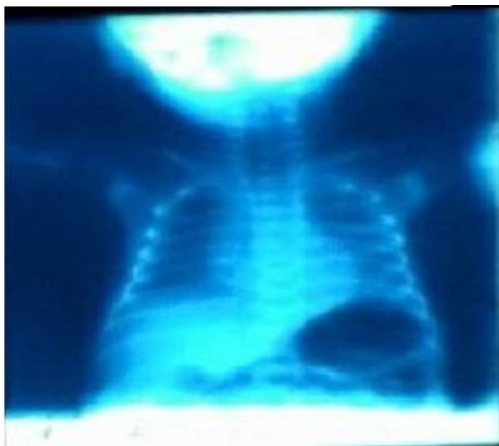
## 2. Algoritmo 2. Tratamiento de SDR en el pretérmino > 30 semanas



### 13. BIBLIOGRAFIA

1. Campos A., Cortes V., Domínguez L. et al. Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/137\\_GPC\\_SINDROME\\_DIF\\_RESP/IMSS\\_137\\_08\\_EyR\\_SINDROME\\_DIF\\_RESP.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/137_GPC_SINDROME_DIF_RESP/IMSS_137_08_EyR_SINDROME_DIF_RESP.pdf)
2. Ministerio De Salud De Colombia. Guía Práctica Clínica del Recién nacido con Trastorno Respiratorio. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/ABBA33D9-4BBC-4C63-AB23-828DBB207AB1/FinalDownload/DownloadId-EF21FDB036A-68C3483A1852AFE6D30C3/ABBA33D9-4BBC-4C63-AB23-828DBB207AB1/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Prof\\_Sal\\_Respi.pdf](http://www.minsalud.gov.co/ABBA33D9-4BBC-4C63-AB23-828DBB207AB1/FinalDownload/DownloadId-EF21FDB036A-68C3483A1852AFE6D30C3/ABBA33D9-4BBC-4C63-AB23-828DBB207AB1/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_Respi.pdf)

## ANEXOS



**Fig. 1 Estadio 1**



**Fig. 2 Estadio 2**

## ANEXOS



**Fig. 3 Estadio3**



**Fig. 4 Estadio 4**

## Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman)

SIGNOS	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

## ANEXOS