

# PROTOCOLOS TERAPEUTICOS\*

## DISTRESS RESPIRATORIO NEONATAL

X PASTOR

El distress respiratorio neonatal puede ser una situación grave que lleve a poner en peligro la vida del recién nacido.

### 1) *Diagnóstico*

Es fundamentalmente clínico y se establece cuando el test de Silverman es superior a 2. La taquipnea aislada no es signo de distress respiratorio. Puede ser manifestación de:

- Síndrome de enfriamiento ( $t.^{\circ} < 36^{\circ} C$ )
- Compensación de acidosis metabólica (sufrimiento fetal, sepsis, acidemias orgánicas, etc.).

### 2) *Tipo de distress respiratorio y gravedad del mismo*

Se basa en la clínica y en tres exámenes complementarios elementales:

a) Anamnesis: interesan todos los antecedentes relativos a embarazo (edad gestacional, oligoamnios), parto (fiebre, amniorrexis, distocia, sufrimiento fetal, cesárea), postparto (inicio distress, cianosis, atragantamiento, etc.).

b) Exploración: detallada, completa, con inspección general, insistiendo en tres aspectos:

1. Vías respiratorias altas: permeabilidad de coanas, aspiración de mucosidades, posición de la lengua, laringoscopia indirecta, etc.

2. Tórax: observar el tipo de respiración (simetría, retracción xifoidea, morfología torácica). Y la auscultación

\* Corresponde al Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría (Hospital Clínico. Universidad de Barcelona). (Próxima publicación como monografía.)

respiratoria (intensidad, simetría, quejido, etc.).

3. Estado hemodinámico: con auscultación cardíaca, valoración de recaptarización, pulsos y tensión arterial.

c) Exámenes complementarios (sólo bastan 3 inicialmente):

1. Radiografía de tórax: procurar buenas características técnicas (centraje, penetración, etc.) y observar la ventilación pulmonar, diafragma, hilios, y campos pulmonares.

2. Gasometría (arterial o capilar arterializada).

3. Hemograma completo valorando la fórmula leucocitaria.

### 3) *Establecer tratamiento inicial*

- Colocar al recién nacido en incubadora de unidad intensiva neonatal.
- Calentarlo (si  $t.^{\circ} < 36^{\circ} C$ ) y colocarlo a temperatura ambiente neutra.
- Dieta absoluta hasta ver evolución e instaurar una perfusión inicialmente a 75 ml/kg/día. Si coexisten signos de shock se perfundirá plasma fresco a 10-15 ml/kg.
- Monitorizar la FC, FR,  $T.^{\circ}$ , TA y test de Silverman horarios, monitorización transcutánea de  $pO_2$  y  $pCO_2$  u oximetría capilar. Conviene registro ECG contínuo en pantalla.
- Administrar  $O_2$  ambiental (máximo hasta una  $FIO_2$  de 0,4) a la espera de establecer el diagnóstico nosológico.

- Practicar análisis complementarios secundarios (glucemia, ionograma, calcemia y BUN).

- Si coexisten otros antecedentes de riesgo de infección o el RN es prematuro, se deberá proceder a la práctica de cultivos centrales (hemocultivo, urinocultivo, cultivo de LCR) e iniciar cobertura antibiótica (según protocolo de cada centro).
- Si se trata de un pretérmino con peso inferior a 1.500 g se recomienda intubación precoz.

### 4) *Controles evolutivos y tratamientos específicos*

Se debe evaluar la tendencia de las constantes (evolución clínica) de las gasometrías y radiología.

a) Enfermedad de la Membrana Hialina: la característica fundamental es la hipoventilación. En RN de peso superior a 1.500 g iniciar presión positiva continua (PPC) de 6 cm de  $H_2O$  con lentillas nasales, que puede irse aumentando según requerimientos hasta un máximo de 12 cm de  $H_2O$ . En caso de precisar mayor agresividad, pasar a ventilación controlada. Actualmente se ensaya el tratamiento mediante surfactante humano endotraqueal, con éxito.

b) Pulmón húmedo: iniciar restricción hídrica y administrar  $O_2$ . Si la  $pCO_2$  supera 70 mmHg, iniciar ventiloterapia.

c) Bronconeumonía: suele requerir ventiloterapia enérgica desde el primer momento. Atender a las complicacio-

nes derivadas de la infección y administrar el tratamiento adecuado.

d) Aspiración de meconio: Elevado riesgo de fuga aérea por disminución asimétrica de la "compliance" pulmonar y de síndrome de persistencia de la

circulación fetal por hipertensión pulmonar secundaria a la anoxia.

Otros problemas respiratorios más específicos no se tratan con detalle. Consultar bibliografía para profundizar al respecto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Goldsmith JP y Karotkin EH, eds. "Assisted ventilation of the neonate", 1<sup>a</sup> ed., W. B Saunders Co., 1982. Philadelphia.