

# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina

UNIDAD I

**PEDIATRIA**

RESUMENES SDR TIPO I

ALUMNO:

**ALAN DE JESÚS MORALES DOMÍNGUEZ**

DOCENTE

**DR. JEFFERY ANZHONY CRUZ ROBLES**

**MEDICINA HUMANA**

SEXTO SEMESTRE "A"

# SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO

## - DEFINICION

El síndrome de aspiración de meconio se manifiesta con distres respiratorio y es producido por la aspiración de líquido amniótico teñido con meconio intraútero o intra parto. Constituye una causa de morbilidad en el RN, principalmente en el niño a término y posttérmino.

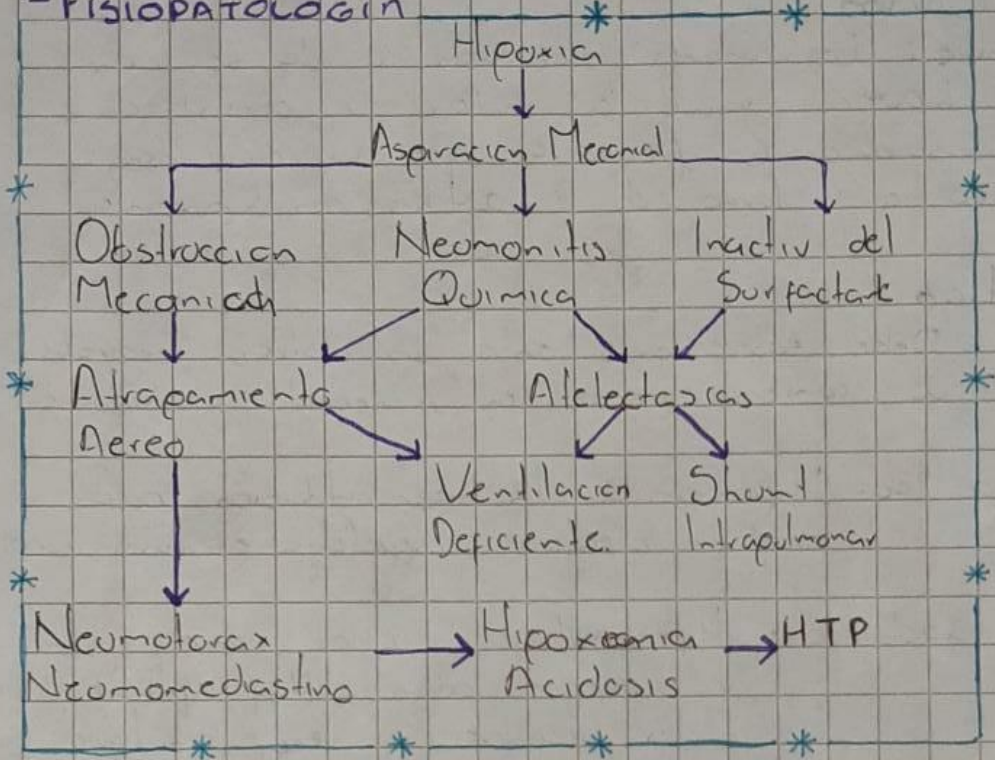
## - INCIDENCIA

En el 5-20% de los nacimientos puede observarse que el líquido amniótico está teñido de meconio, pero el síndrome ~~pero~~ solo suele afectar solamente a los recién nacidos a término o posttérmino (1-0.4% de los RN vivos) siendo muy raro que ocurra en recién nacidos pretérmino (Si aparece en pretérmino se debe excluir infección por listeria).

## - FACTORES DE RIESGO

- 1- Hipoxia Aguda intraparto
- 2- Hipoxia perinatale crónica
- 3- Anomalías de la FCF.
- 4- RN con baja talla para la EG
- 5- Perfil biológico EG
- 6- Historia Materna
  - a) Embarazo prolongado
  - b) Preclampsia - eclampsia
  - c) Hipertensión materna
  - d) DM Gest
  - e) Toxicomanías

# - FISIOPATOLOGIA



## A) Evacuación del meconio in utero:

La asfixia y otras formas de estrés intrauterino pueden causar un aumento del peristaltismo intestinal, con relajación del esfínter anal externo y evacuación de meconio.

## B) Aspiración de Meconio:

Después de la evacuación de meconio en el líquido amniótico, las respiraciones fútiles del feto asfixiado, ya sea in utero o durante el trabajo de parto, pueden determinar la aspiración del líquido amniótico teñido con meconio hacia las vías aéreas grandes del pulmón.

## - Cuadro Clínico

Es variable. Los signos dependen de la severidad de la lesión hipoxica y de la cantidad y consistencia del meconio aspirado. Es frecuente que su inicio sea poco a poco, progresivo a lo largo de 12 a 24 hrs, con hipoxemia.

## - Diagnóstico

- Clínico: Debe sospecharse ante un distress respiratorio de comienzo precoz en un neonato con hipoxia.

- Estudios de lab: Hipoxemia, la hiperventilación puede producir alcalosis respiratoria en casos leves.

- Estudios radiológicos: Hiperinsuflación de los campos pulm y diafragma elevados. Hay infiltrados focales irregulares y gruesos, con líquido pulmonar aumentado alternado con zonas hiper aereadas.

## - Tratamiento

- Leve: • Si el RN presenta buen estado se colocara en incubadora en posición Trendelenburg y realizara fisioterapia epizoa.

• Alimentación oral o por SNG si la FC  $< 60$ , si  $> 60$  suspender via oral, instalar SNG y ventilar.

- Grave: • Oxigenación. Determinar BH, fisioterapia, Trendelenburg.

• Mantener temperatura constante.

• Tratar acidosis, hipoglucemia e hipocalcemia si las hay.

• Aspiración endotraqueal.