

# Guías Nacionales de Neonatología

## Ministerio de Salud - Chile

2005

---

### **SÍNDROME ASPIRATIVO MECONIAL.**

- **Cuadro de dificultad respiratoria secundario a la aspiración de meconio a la vía aérea ocurrido antes o durante el nacimiento.**
- **La eliminación del meconio por el feto es consecuencia de un fenómeno hipóxico intrauterino.**
- **Habitualmente ocurre en neonatos de término o post-término.**

#### **Clínica:**

- **Signos generales de dificultad respiratoria.**
- **Tórax sobredistendido por hiperinsuflación.**
- **Abundante signología húmeda difusa.**
- **Frecuente asociación a infección connatal.**

#### **Radiología:**

- **Infiltrados difusos ó en focos múltiples asociados con áreas de hiperinsuflación.**

#### **Manejo inicial:**

- **Primariamente prevención de la hipoxia intrauterina.**
- **Frente a la presencia de líquido amniótico con meconio espeso, al emerger la**

**cabeza aspirar antes de la primera respiración, la boca, la orofaringe y las fosas nasales.**

- **Aspiración endotraqueal en presencia de líquido amniótico con meconio espeso, sólo si existe depresión respiratoria (hipotonía ó bradicardia) . La aspiración se realiza directamente de la tráquea idealmente conectando a aspiración central el tubo endotraqueal con un adaptador y aspirando en retirada.**

## **Tratamiento:**

- **Principios generales:**
  - **En general, debe ser agresivo y rápido evitando o corrigiendo precozmente la hipoxia y/o acidosis que predisponen a la complicación más grave que es la hipertensión pulmonar.**
  - **El manejo ventilatorio es controversial.**
    - **Una tendencia es evitar la conexión a ventilación mecánica y hacerlo si cursa con deterioro clínico rápidamente progresivo o FiO<sub>2</sub> máxima por Hood no logra mantener PaO<sub>2</sub> ≥ 50 mm Hg o saturación > 87% a pesar de alcalinización, sedación y medidas hemodinámicas instauradas o acidosis pH < 7,25 con PaCO<sub>2</sub> mayor de 60 mm Hg.**
    - **La otra alternativa es considerar la conexión a CPAP nasofaríngeo o IMV en caso de FiO<sub>2</sub> cercana a 0.60.**
    - **El uso de VAF en RN con SAM masivo e hipertensión pulmonar persistente ha mejorado su pronóstico , especialmente si se asocia a iNO.**
- **Manejo específico:**
  - **Oxigenoterapia: Iniciar rápidamente aporte alto de oxígeno por hood. Una vez lograda adecuada saturación (95-97%), ir disminuyendo pausadamente la FiO<sub>2</sub>.**
  - **Corregir precozmente la acidosis y tender a alcalinizar. Manejo metabólico cuidadoso.**
  - **Aportar precozmente volumen. Iniciar con solución fisiológica, para asegurar volemia y presión arterial adecuada.**
  - **Apoyo vasoactivo en caso de tendencia a hipotensión o labilidad en la**

**saturación. Asegurar buena contractilidad miocárdica.**

- **Sedación:**
  - **Paciente no conectado a ventilación mecánica usar midazolam 0,1-0,2 mg/kg por dosis infundido lentamente (2 a 5 minutos) o fentanilo en bolos 1-2 mcg/kg/dosis vía EV.**
  - **Pacientes conectados usar fentanilo en infusión continua a 1-5 mcg/kg/hora.**
- **Considerar uso de catéter umbilical arterial ó línea arterial periférica para monitorización gasométrica y de presión arterial sistémica continua.**
- **Ver norma de hipertensión pulmonar.**
- **Usar siempre antibióticos de primera línea por la frecuente asociación con infección connatal.**

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. **Eichenwald E. Aspiración de meconio. En Cloherty J.: Manual de cuidados neonatales. Ed. Masson. 3° ed. 1999, 441-445.**
2. **Eichenwald E. Ventilación mecánica en SAM. En Cloherty J.: Manual de cuidados neonatales. Ed. Masson. 3° ed. 1999, 391.**
3. **Wiswell TE. Meconium in the delivery room trial group: delivery room management of apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter collaborative trial. Pediatrics. 2000; 105: 1-7.**
4. **Miller M., Fanaroff A. Respiratory disorders in preterm and term infants. En Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant. Ed. Mosby. 7° Ed. 2002.1025-1049.**