

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Hospital General Docente "Ciro Redondo García", Artemisa. La Habana

Taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital General Docente "Ciro Redondo García". Artemisa 2009

Transitory tachypnea of the New Born One In The Educational General Hospital "Ciro Redondo García". Artemisa 2009

Maritza C. León Leal¹, Mileydis Viñas García², Fernando Ibáñez Cayón³, Amando Javier Ruiz Prieto⁴

¹MSc. Especialista Primer Grado en Neonatología. Instructor.

marileon@infomed.sld.cu

²MSc. Especialista Primer Grado en Cirugía Máxilofacial. Asistente. Vicedirectora Facultativa de Asistencia Médica. mileydisvg@infomed.sld.cu

³MSc. Especialista Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

⁴Especialista Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

RESUMEN

Entre 40-50 % de los casos con síndrome de dificultad respiratoria (SDR) evolucionan como una Taquipnea Transitoria (TTRN). Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, con el objetivo de conocer el comportamiento de la (TTRN) en la Unidad de Cuidados Especiales de Neonatología (UCEN) del Hospital General Docente "Ciro Redondo García", en el período comprendido enero 2008 hasta diciembre 2009. El universo fue 113 recién nacidos (RN) con SDR y 72 constituyeron la muestra con diagnóstico de (TTRN) por un muestreo no probabilístico. Se confeccionó un formulario y se recogieron variables relacionadas con el parto y examen físico del RN. Los datos se procesaron estadísticamente por el sistema Excel. Aproximadamente 3 de cada 4 RN con (TT) nacen por cesárea, a término, del sexo masculino, normopesos, conteo de apgar normal y tiempo de evolución inferior a 120 horas. Se concluye que el comportamiento de la TTRN en nuestro servicio resultó elevado.

Palabras clave: Síndrome de dificultad respiratoria (SDR), recién nacidos (RN), Taquipnea Transitoria del recién nacido (TTRN).

ABSTRACT

Among 40-50% of the cases with syndrome of breathing (SDR) they evolve like a transitory Taquipnea (TTRN). He/She was carried out a descriptive retrospective study, with the objective of knowing the behaviour of the TTRN in the Unit of Special Cares of Neonatology (UCEN) of the educational general Hospital "Ciro Redondo García", in the Period understood January 2008 until December 2009. The universe was 113 new born (RN) with SDR and 72 constituted the simple with diagnostic of TTRN for a sampling non probabilistic. A form was made and variables related with the childbirth and physical exam of the RN were picked up. The data were processed statistically by the system Excel. Approximately 3 of each 4 RN with (TT) they are born for caesarean operation, to term, of the masculine sex, norm weight, count of normal apgar and time of inferiority evolution at 120 hours. You conclude that the behaviour of the TTRN in our service is high.

Key Words: syndrome of breathing difficulty (SDR), new born (RN), transitory Taquipnea of the new born one (TTRN).

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Dificultad Respiratoria constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido.^{1, 2} La taquipnea transitoria del recién nacido es la persistencia del edema pulmonar del feto después del nacimiento y es una de las causas del síndrome de *distress* respiratorio del recién nacido.^{3,4} Este cuadro fue descrito por Avery en 1966.⁵ En la mayoría de los casos, la persistencia de líquido en los pulmones causa taquipnea, con una frecuencia respiratoria entre 60-120 por minuto.⁶ Los síntomas respiratorios por lo general resuelven por sí solos al cabo de 3 a 4 días después del nacimiento.⁷

El riesgo de una taquipnea transitoria del recién nacido es mayor en neonatos prematuros, aquellos que nacen por cesárea sin trabajo de parto y quienes nacen de madres diabéticas o que hayan recibido grandes cantidades de analgésicos durante el parto.⁶ Otros posibles factores de riesgo incluyen: Sexo masculino, hipoxia perinatal, Bajos puntajes de Apgar⁸ y Parto instrumentado.

Se realiza el presente estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de la TTRN en la UCEN del Hospital General Docente "Ciro Redondo García" y así incrementar los conocimientos sobre el tema, lo que permitirá la identificación de factores de riesgo en el RN para ofrecer una mejor calidad en la atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, que comprendió desde enero del 2008 hasta diciembre del 2009 con todos los recién nacidos (RN) con diagnóstico de síndrome de *distress* respiratorio (SDR) en la Unidad de Cuidados Especiales de Neonatología (UCEN) del Hospital General Docente "Ciro Redondo García".

Universo y muestra: El universo fue 113 RN con SDR y de estos, 72 RN constituyeron la muestra con diagnóstico clínico y radiológico de taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN).

Técnica y procedimientos: Se solicitaron en el Departamento de Archivo del Hospital todas las Historias clínicas (HC) de los recién nacidos (RN) que estuvieron en Cuidados especiales de Neonatología (UCEN) con el diagnóstico de síndrome *distress* respiratorio (SDR) en el período comprendido desde enero 2008 hasta diciembre 2009. Se revisaron y seleccionaron aquellas cuyo diagnóstico definitivo fue la Taquipnea Transitoria (TT). A todas las HC de los RN con TT se le registraron las siguientes variables: Vías del parto, Sexo, Edad gestacional, Peso, Conteo de apgar, Duración del *Distress*, Cianosis, Frecuencia Respiratoria, Conteo de Silverman y Hallazgos radiológicos.

Procesamiento estadístico: Se confeccionó un formulario y se creó una base de datos en el sistema Excel de Microsoft Office. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la TTRN dentro del SDR

RN con SDR	TTRN	%	Otros	%
113	72	63,7	41	36,3

Fuente: Registro de nacimientos e Historias Clínicas.

La Tabla 1 representa la elevada frecuencia del TTRN con 63.7%

Tabla 2. Distribución de la TTRN según vías del parto

Vías del parto	TTRN	%
Transpelviano	20	27,8
Cesárea	52	72,2
Total	72	100,0

En la Tabla 2, se evidencia que la vía del parto que guarda mayor relación con la aparición de la enfermedad, es la cesárea con 72,2%.

Tabla 3. Distribución de la TTRN según tiempo de duración de la misma

Duración (horas)	TTRN	%
<=18	20	27,8
19-36	19	26,4
37-53	12	16,7
54-72	10	13,9
>72	11	15,3
Total	72	100,0

Al observar la Tabla 3, puede verse que en 61 de los 72 RN con TT el período de evolución fue relativamente corto: menor o igual que 72 horas.

Tabla 4. Orden de presentación de la valoración de la intensidad de la TTRN por el Test de Silverman

Test de Silverman	Ingreso		A las 12 horas	
	TTRN	%	TTRN	%
<= 3 puntos	70	97,2	72	100,0
4-6 puntos	2	2,3	0	0
>6 puntos	0	0	0	0
Total	72	100,0	72	100,0

En la Tabla 4, se aprecia que 97,2% de los RN con TT fueron valorados con una puntuación <= a tres al ingreso, o sea, presentaban una dificultad respiratoria ligera y sólo 2 RN con TT fueron valorados con dificultad respiratoria moderada.

DISCUSIÓN

La incidencia de la TTRN dentro del DRG (Tabla 1) fue de 63.7% coincidiendo con estudio ² realizado en la UCEN del Hospital Ginecosbistétrico "Ramón González Coro", 2006, donde se registraron 133 neonatos con SDR, en los cuales se destacó la TTRN como la más frecuente, con un total de 92 casos para 69,2 %. No coincidiendo con estudio internacional ⁹ realizado en la UCEN del Hospital San Bartolomé en Perú, 2001, donde de 138 RN con DRG solo 8 presentaron TTRN para 5,8%, relacionado con la presencia de un mayor número de RN con Bronconeumonía 49 (35.5%), Sepsis 45 (32.6%) y Síndrome de aspiración meconial 17 (12.3%).

La vía del parto que guarda mayor relación con la aparición de la enfermedad es la cesárea, así lo demuestra la Tabla 2 donde 52 de los RN con TT fueron por esa vía. Este resultado evidencia la mayor frecuencia de esta patología, cuando falta la compresión torácica propia del paso del feto a través del canal del parto como

señalan varios autores.^{1,2,5-7,10} Aunque la causa precisa de la TTRN no está perfectamente aclarada, conocemos que cuando la madre es sometida a un parto distócico presenta un alto riesgo de que su hijo desencadene una TTRN, porque ocurre una demora en la reabsorción del líquido pulmonar normalmente presente en la vida fetal, dejando entonces más líquido en el pulmón al momento de nacer; lamentablemente en la actualidad el índice de cesárea ha crecido en forma considerable. Existen varios estudios que demuestran que la cesárea es un gran factor de riesgo en la actividad respiratoria del RN. López y colaboradores¹¹ compararon la prevalencia del SDR en neonatos nacidos por parto vaginal y por cesárea electiva, llegaron a la conclusión que los RN a término por cesárea programada presentan mayor riesgo (RR: 3,50) que los nacidos por parto normal. En estudios¹²⁻¹⁴ similares, que identificaron las causas principales del SDR en su Servicio, han coincidido que los partos distócicos son un gran factor predisponente.

Al observar la Tabla 3, puede verse que en los RN con TT el período de evolución fue relativamente corto: menor o igual que 72 horas en 61 de los 72 RN con TT. Es aceptado por algunos autores^{1,4-6,11} que la TTRN se caracteriza por presentar curso clínico habitualmente benigno con requerimientos de O₂ generalmente no progresivos (de no más de 50%) y de corta duración habitualmente de (24-48 hrs.) y menor de 5 días; esto último concuerda con resultado obtenido donde 1 de los RN con TT presentó los síntomas alrededor de 5 días.

En la Tabla 4, se aprecia que 70 RN con TT fueron valorados con una puntuación igual o inferior a tres al ingreso; o sea, presentaban una dificultad respiratoria ligera y sólo 2 RN con TT fueron valorados con dificultad respiratoria moderada. Algunos autores^{5,6,11} plantean, que además de la taquipnea, esta entidad puede acompañarse de retracción torácica y quejido espiratorio, lo que concuerda con lo observado en nuestro estudio al valorar el Test de Silverman. A las 12 horas, 100% de los casos tenía un Test de Silverman menor o igual 3. Estos resultados son similares a los que se recogen en otros estudios.^{4-6,10} Consideramos de gran importancia, realizar el Test de Silverman de forma evolutiva, pues esto nos resultaría de gran utilidad, para definir el diagnóstico de certeza de esta entidad y el diferencial con otras patologías.

Al analizar la morbilidad de la enfermedad en relación con el sexo, se observó una mayor incidencia en los pacientes del sexo masculino (57.7%), coincidiendo con estudios realizados^{2,14-16} que confirman que el sexo masculino es el más susceptible. La enfermedad predominó en los nacidos a término y normopesos; 68 casos para 94.4%. Coincidiendo con autores,^{2,12-14} quienes plantean que los RN a término con buen peso tienen más probabilidades de presentar una TTRN. Al ingreso en la UCEN, 93.1% de los RN con TT presentaba frecuencia respiratoria entre 60 y 80 por minuto y solo 5 RN con TT tenían frecuencia superior a 80 por minuto. Corresponde lo hallado en nuestro estudio con los autores^{1,4-6,11} revisados, quienes plantean que clínicamente la TTRN se caracteriza por presentar frecuencia respiratoria mayor de (60-120 x'), siendo el signo clínico más evidente.

CONCLUSIONES

1. El comportamiento de la TTRN en nuestro Servicio resulto elevado, y el período de evolución fue relativamente corto: menor o igual que 72 horas.
2. La morbilidad por TTRN fue mayor en los nacidos por cesárea, del sexo masculino, a término y normo pesos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avery ME. Diseases of the Newborn. 7^o edición, 1998.
2. Castro López FW, Labarrere Cruz Y, González Hernández G, Barrios Rentería Y. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2010 Mar 26]; 23(3).
3. Donoso BB, Vera GC, Carvajal J. Betametasona antenatal e incidencia de distress respiratorio después de cesárea electiva: estudio aleatorizado pragmático. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2006 [citado 2010 Mar 26]; 71(6): 437-439.
4. Valdés Armenteros R. Examen clínico al recién nacido. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003, p.169-170.
5. Ramírez Fernández R. Síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Publicación Noviembre 2001. 27 Edición Servicio Neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile. Capítulo 19, p. 140.
6. [MedlinePlus] (noviembre de 2007). «Taquipnea transitoria en el recién nacido». Enciclopedia médica en español. Consultado 25 de febrero de 2009.
7. Colin DR, Margaret K. Hostetter. Rudolph's Pediatrics (en inglés). Publicado por McGraw-Hill Professional. 2002; 179-181. ISBN 0-8385-8285-0.
8. NTakaya A, Igarashi M, Nakajima M, Miyake H, Shima Y, Suzuki S «Risk factors for transient tachypnea of the newborn in infants delivered vaginally at 37 weeks or later». Journal of Nippon Medical School = Nihon Ika Daigaku zasshi. 2008; 75 (5):p. 269_73. PMID 19023165.
9. Reinerío Cruz R, Ildauo Aquirre S, Sonia Villasante V, Francisco Mestanza M. Causas de dificultad respiratoria en recién nacidos hospitalizados en la UCI neonatal del Hospital Nacional Docente Niño San Bartolomé. Enferm. Torax. Sociedad Peruana de Neumología. 2004; 48 (1): 63-65.
10. Vega González N. Síndrome de Distress Respiratorio del Recién Nacido. En: Guías de diagnóstico y tratamiento en Neonatología. Marzo 2006; Servicio de Neonatología, Hospital San Juan de Dios La Serena-Chile: 2005. [Links].
11. López F, Meritano J, Da Representação C, Licudis M, Romano A, Valenti E. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal en recién nacidos de término. Rev Hosp Matern Infant Ramón Sarda. 2006; 25(3):109-11.
12. Cruz R, Aquirre I, Villasante S, Mestanza F. Causas de dificultad respiratoria en recién nacidos hospitalizados en la UCI neonatal del Hospital Nacional Docente Niño San Bartolomé. Enferm Torax. 2004; 48(1): 63-5. [Links].

13. Veira VC, Burkle AB, Coelho KC. Caracterização da Síndrome do Desconforto Respiratório no Hospital Santa Casa de Maringá. *Fisioter Mov.* 2004; 17(4): 11-6. [Links].

14. García Fernández Y, Fernández Ragi RM, Rodríguez Rivero M. Supervivencia en el recién nacido ventilado. *Rev Cubana de Pediatr.* 2006; 78(4).

15. Soto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, García López N, Campuzano Martín S. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Asociación Española de Pediatría. Protocolo de neonatología*; 2003. [Links].

16. Domínguez Dieppa F. El oxígeno en neonatología. II Jornada Científica Estudiantil Virtual. La Habana 2001. Facultad "Cmdte. Manuel Fajardo". Disponible en:
http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/neonatologia/oxigeno_en_neonatologia.htm