



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.52-60

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/982>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 52-60



Traquipnea transitoria del recién nacido

Transient tachypnea of the newborn

Taquipneia transitória do recém-nascido

**Kevin Jair Peña Sornoza¹; Lady Maena Chancay Marcillo²; Gema Monserrate Cevallos Mendoza³;
Johanna Marisela Mendoza Macías⁴**

RECIBIDO: 15/09/2022 **ACEPTADO:** 20/11/2022 **PUBLICADO:** 01/02/2023

1. Licenciado en Enfermería; Hospital de Especialidades Portoviejo; Portoviejo, Ecuador; kevinpena259@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2131-3845>
2. Licenciada en Enfermería; Hospital de Especialidades Portoviejo; Portoviejo, Ecuador; maenachancay@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6372-0302>
3. Licenciada en Enfermería; Hospital de Especialidades Portoviejo; Portoviejo, Ecuador; gta_995@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5803-0531>
4. Licenciada en Enfermería; Hospital de Especialidades Portoviejo; Portoviejo, Ecuador; jmmmmmary@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2863-8116>

CORRESPONDENCIA

Kevin Jair Peña Sornoza

kevinpena259@gmail.com

Portoviejo, Ecuador

RESUMEN

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN), conocida también como retraso de la eliminación del líquido pulmonar. A pesar de ser un proceso benigno requiere el ingreso del recién nacido y, en algunos casos, se asocian complicaciones, además hay estudios que sugieren que la TTRN incrementa el riesgo del neonato a desarrollar sibilancias en la primera infancia. Los recién nacidos prematuros, y/o en aquellos que nacen sin trabajo de parto previo, no tienen oportunidad de eliminar tempranamente el líquido pulmonar, por lo que comienzan su vida extrauterina con un exceso de líquido en sus pulmones. A través de una metodología descriptiva se realiza un estudio bibliográfico de los aportes académicos significativos que aportan a la construcción global de conocimiento y actualización de la Traquipnea Transitoria Neonatal. La investigación sugiere que para prevenir la traquipnea transitoria neonatal es necesario disminuir la incidencia de partos por cesárea. Paradójicamente las cesáreas electivas han ido en aumento también por un tema preventivo de complicaciones en el embarazo de la población femenina y la salud del recién nacido. Sin embargo, ahora se recomienda plantearlas cumplidas al menos 39 semanas de gestación o en el mejor de los casos esperar que comience el trabajo de parto. Los ensayos clínicos han demostrado que una buena oxigenación revierte la vasoconstricción del lecho vascular pulmonar disminuyendo la resistencia vascular pulmonar, aumentando el flujo del pulmón y se logra a través de la Administración de oxígeno, la Asistencia Ventilatoria, Terapia con Salbutamol Inhalado y la Restricción de líquidos son las medidas de tratamiento efectivas para superar efectivamente la TTN.

Palabras clave: Traquipnea Transitoria Neonatal, Proceso Benigno, Líquido Pulmonar, Riesgo del Neonato, Recién Nacidos Prematuros, Cesárea.

ABSTRACT

Transient tachypnea of the newborn (TTN), also known as delayed clearance of lung fluid. Despite being a benign process, hospitalization of the newborn is required and, in some cases, complications are associated. In addition, there are studies that suggest that TTN increases the risk of the newborn developing wheezing in early childhood. Premature newborns, and/or those born without prior labor, do not have the opportunity to eliminate lung fluid early, so they begin extrauterine life with excess fluid in their lungs. Through a descriptive methodology, a bibliographical study of the significant academic contributions that contribute to the global construction of knowledge and updating of Neonatal Transient Trachypnea is carried out. Research suggests that to prevent neonatal transient trachypnea it is necessary to decrease the incidence of cesarean deliveries. Paradoxically, elective caesarean sections have also been increasing due to a preventive issue of complications in the pregnancy of the female population and the health of the newborn. However, it is now recommended to raise them after at least 39 weeks of gestation or, in the best of cases, wait for labor to begin. Clinical trials have shown that good oxygenation reverses vasoconstriction of the pulmonary vascular bed by decreasing pulmonary vascular resistance, increasing lung flow, and is achieved through Oxygen Administration, Ventilatory Support, Inhaled Salbutamol Therapy, and Restriction of Fluids are the effective treatment measures to effectively overcome TTN.

Keywords: Neonatal Transient Trachypnea, Benign Process, Lung Fluid, Neonatal Risk, Premature Newborns, Cesarean Section.

RESUMO

Taquipneia transitória do recém-nascido (TTN), também conhecida como depuração retardada do líquido pulmonar. Apesar de ser um processo benigno, a hospitalização do recém-nascido é necessária e, em alguns casos, são associadas complicações. Além disso, existem estudos que sugerem que o TTN aumenta o risco de o recém-nascido desenvolver sibilância na primeira infância. Os recém-nascidos prematuros, e/ou os nascidos sem parto prévio, não têm a oportunidade de eliminar o líquido pulmonar precocemente, pelo que começam uma vida extra-uterina com excesso de líquido nos seus pulmões. Através de uma metodologia descritiva, é realizado um estudo bibliográfico das contribuições acadêmicas significativas que contribuem para a construção global do conhecimento e atualização da Traquipneia Transitória Neonatal. A investigação sugere que para prevenir a traquipneia transitória neonatal é necessário diminuir a incidência de partos cesáreos. Paradossalmente, as cesarianas electivas têm também vindo a aumentar devido a uma questão preventiva de complicações na gravidez da população feminina e na saúde do recém-nascido. No entanto, recomenda-se agora criá-las após pelo menos 39 semanas de gestação ou, no melhor dos casos, esperar pelo início do trabalho de parto. Ensaios clínicos demonstraram que uma boa oxigenação inverte a vasoconstricção do leito vascular pulmonar, diminuindo a resistência vascular pulmonar, aumentando o fluxo pulmonar, e é conseguida através da Administração de Oxigénio, Apoio Ventilatório, Terapia com Salbutamol Inalado, e Restrição de Fluidos, são as medidas de tratamento eficazes para superar eficazmente a TTN.

Palavras-chave: Traquipneia Transitória Neonatal, Processo Benigno, Fluido Pulmonar, Risco Neonatal, Recém-nascidos Prematuros, Secção de Cesariana.

Introducción

El niño como cualquier ser vivo debe adquirir todas las capacidades necesarias para sobrevivir en el medio lo más rápidamente posible. En esta adquisición hay dos procesos determinantes, el crecimiento (aumento de tamaño corporal) y el desarrollo (aumento de complejidad funcional), ambos serán muy importantes en el primer año de vida. Crecimiento y desarrollo hacen que el niño presente unas características propias y diferenciales en cuanto a morfología, fisiología, psicología y patología. Estas diferencias se acentúan, cuanto menor sea la edad, siendo máximas en el neonato y lactante (especialmente en el neonato pretérmino), para hacerse mínimas a partir de los 12 años (García Górriz & Munar Bauzá, 2012)

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN), conocida también como retraso de la eliminación del líquido pulmonar, fue descrita por Avery y colaboradores en 1966. Fisiopatológicamente podría explicarse por un edema pulmonar transitorio, secundario al retraso en la eliminación del líquido pulmonar fetal. Se caracteriza por presentarse en recién nacidos de término y casi a término de 35-36 semanas con sufrimiento respiratorio de comienzo temprano, transitorio y leve con evolución a la mejoría al cabo de 2 a 5 días. La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es una de las causas más frecuentemente encontradas dentro de la morbilidad respiratoria asociada al nacimiento por cesárea. (Bazán & Sosa, 2012)

A pesar de ser un proceso benigno requiere el ingreso del recién nacido y, en algunos casos, se asocian complicaciones, además hay estudios que sugieren que la TTRN incrementa el riesgo del neonato a desarrollar sibilancias en la primera infancia (Royo, y otros, 2015)

Los recién nacidos prematuros, y/o en aquellos que nacen sin trabajo de parto previo, no tienen oportunidad de eliminar tempranamente el líquido pulmonar, por lo

que comienzan su vida extrauterina con un exceso de líquido en sus pulmones. (Bazán & Sosa, 2012)

Se hace necesaria la exposición de los conocimientos descritos sobre esta afección en función de considerar su incidencia estrechamente ligada a los partos por cesárea que muestran un vertiginoso aumento a nivel mundial y por supuesto local.

Metodología

A través de una metodología descriptiva se realiza un estudio bibliográfico de los aportes académicos significativos que aportan a la construcción global de conocimiento y actualización de la Traquipnea Transitoria Neonatal.

Se construye una base de datos bibliográfica digital con validez y reconocimiento académico, el cual, una vez analizados según su vigencia y relevancia se ordenan y presentan en un documento completo y conciso que expone el tema desde su etiología hasta los estudios ensayos probados para la efectividad de los tratamientos a aplicar.

Resultados

Los Neonatos se identifican según edad desde el nacimiento hasta el mes de vida; neonatos pretérmino o prematuros son aquellos de menos de 37 semanas de gestación; prematuro moderado de 31 a 35 semanas de gestación y prematuro extremo de 24 a 30 semanas de gestación. (García Górriz & Munar Bauzá, 2012)

La edad gestacional límite de viabilidad va descendiendo conforme progresa la neonatología, así actualmente se plantea reanimar fetos de más de 22 semanas de gestación, con las implicaciones que ello conlleva (éticas, religiosas, económicas). Hay que tener en cuenta que 24-26 semanas de gestación corresponden a fetos con un peso de alrededor de los 500 grs. con una supervivencia media del 50% y de éstos un 50% padecerán secuelas. Este grupo de edad se caracteriza por la extrema inmadurez funcional, con una gran sensibilidad a to-

dos los depresores del sistema nervioso y cardiovascular. Tienen patologías características, como la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intracraneal, el síndrome de la membrana hialina, etc., que requerirán en algunas ocasiones tratamiento quirúrgico. (García Górriz & Munar Bauzá, 2012)

Uno de los mayores cambios que enfrenta el recién nacido después del nacimiento por cesárea es la tarea de hacer una buena transición hacia el medio exterior, esta tarea se complica debido a que los pulmones del feto están llenos de líquido y debe ser resuelto rápidamente para permitir el intercambio de gases. La morbilidad respiratoria debido a falta del aclaramiento del líquido pulmonar es frecuente, dadas las elevadas tasas de cesárea en los Estados Unidos y en todo el mundo, el impacto económico y de salud pública es considerable en este grupo. Considerando que problemas como la asfixia perinatal, trauma obstétrico y aspiración de meconio se reduce con la cesárea, el riesgo de dificultad respiratoria secundaria a taquipnea transitoria del recién nacido se ha incrementado. (Vásquez Shimajuko, 2014)

Epidemiología.

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es la causa más común de distrés respiratorio en el neonato. La TTRN es una alteración en el intercambio gaseoso debido a la retención de líquido amniótico en el parénquima pulmonar. (Palacios Revilla & Cateriano Alberdi, 2018)

Se presenta con mayor frecuencia en neonatos a término, o pretérminos tardíos, constituyendo una de las principales causas de dificultad respiratoria durante la etapa neonatal, con una incidencia de 5,7 casos por cada 1000 nacidos. (Martínez Lemus & Pérez González, 2021)

Según la Academia Americana de Pediatría (AAP), los principales factores de riesgo son el parto por cesárea, el parto pretérmino y la diabetes gestacional (Palacios Revilla &

Cateriano Alberdi, 2018) Se le suma el nacimiento por cesárea sin trabajo de parto previo, debido a los efectos hormonales beneficiosos que se desencadenan en el pulmón fetal durante el trabajo de parto, que favorecen el aclaramiento del líquido pulmonar. También se ha reportado mayor incidencia de esta afección en nacidos producto de un parto precipitado, en macrosómicos, gemelares, hijos de madre que han recibido sedación y neonatos asfícticos. Se ha reportado que otros factores relacionados son el sexo masculino y los antecedentes familiares de asma bronquial, principalmente en la madre, cuyos mecanismos no están totalmente aclarados, pero pueden estar relacionados con una sensibilidad alterada a las catecolaminas, así como la presencia de alteraciones genéticas en los receptores beta adrenérgicos de los neumocitos tipo II. (Martínez Lemus & Pérez González, 2021)

Estudios diagnósticos

El diagnóstico se basa en la clínica y debido a que la misma es inespecífica se lo realiza por exclusión y con la ayuda de exámenes complementarios, como la radiografía de tórax, en la actualidad se ha descrito a la ecografía pulmonar como prueba diagnóstica y seguimiento de elección de patología respiratoria neonatal. (Pastuña Toapanta & Crespo Vallejo, 2022)

Una radiografía de tórax muestra hiperexpansión con ocho a nueve espacios intercostales visibles, horizontalización de parrilla costal y aplanamiento de los hemidiagramas; cardiomegalia e infiltrado intersticial parahiliar por aumento de la vascularidad pulmonar ("corazón peludo").

La Gasometría: Muestra acidosis respiratoria e hipoxemia leves. (González-Garay, 2011)

Ilustración 1. Representación gráfica de la formación y eliminación del líquido pulmonar



Fuente: Adaptado de Taquipnea transitoria del recién nacido de Udaeta E, Alfaro M, Neonatología Clínica. 1ª ed. México: McGraw-Hill, 2003;9:233-40. Tomado de Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido, González-Garay, Alejandro, 2011, Acta Pediátrica de México.

La imagen a la izquierda de la línea punteada representa la formación del líquido pulmonar durante la gestación, donde se observa el flujo de Cl a través del ENaC a la luz alveolar. A la derecha de la línea punteada se representa la eliminación del líquido pul-

monar durante el trabajo de parto, donde se observa el paso de Na de la luz alveolar al espacio intersticial a través del ENaC, para ser reabsorbido por el capilar pulmonar. (González-Garay, 2011)

Tabla 1. Cuadro Diagnóstico diferencial de Traquipnea Transitoria

Tipo de Dificultad Respiratoria	Edad	Inicio	Antecedentes	Exploración	Gasometría	Rx De Tórax	Comentarios
TTRN	< 6 horas	>6 horas	Cesárea frecuente	Taquipnea	Hipoxemia leve derrame en cisuras	Hiperinsuflación en RNAT	Lo más frecuente
SAM	+++	-	Aspiración meconial Pos madurez	Meconio en tráquea	Hipoxemia moderada - grave	Patrón en panal de abejas	Diagnostico por historia clínica
NT/NM	++	+	Hipoxia reanimación enfermedad pulmonar	↓ murmullo vesicular ↓ ruidos cardiacos	Leve - Moderada	Diagnostica	
Neumonía	++	+++	FR infección vertical o nosocomial	Séptica o DR	Hipoxemia acidosis mixta	Condensación o similar a otro DR	Ayudan PCR y Hemograma
HPP	+++	+	A veces asfíxia moderada	A veces soplo suave	Hipoxemia Refractaria	Casi siempre normal	DD con CC difícil
Cardiopatía Congénita	+	+++	-	Soplos cardiomegalia a ICC	Hipoxemia variable	Puede orientar el diagnostico	ECG y ECO-G suelen ser diagnósticos

RNAT: Recién Nacido A Termina; FR: Factores de Riesgo; DD: DiagnosticoDiferencial; CC: Cardiopatía Congénita; ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva; ECG: Electrocardiograma; ECO C: Ecocardiograma.

Fuente: Tomado de Cuidados de enfermería en el neonato con taquipnea transitoria del recién nacido de J. Huamani, 2018, Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Para Sánchez & Reyes (2020 citado por Pastuña y Crespo, 2022) por lo general la evolución es benigna y autolimitada en 24 a 72 horas; sin embargo, el manejo debe considerarse para mantener la capacidad funcional pulmonar del pequeño, y que se facilite o mejore la reabsorción del líquido pulmonar. El tratamiento para la TTN corresponde a medidas de asistencia ventilatoria oportunas manteniendo la expansión del parénquima pulmonar con una vía aérea permeable en todos sus niveles mediante el adecuado suministro de oxígeno y la presión correspondiente. Este puede ser según la necesidad mediante bolsa/mascarilla, cánula nasal o campana de oxígeno, incluyendo la cánula nasal a alto flujo, presión positiva continua de las vías aéreas (siendo esta la más eficaz para estimular la reabsorción del líquido alveolar residual), ventilación con presión positiva intermitente nasal, en casos remotos puede requerir apoyo ventilatorio invasivo. Manteniendo como objetivo una saturación entre 90 – 95% ya que por debajo del 90% aumenta el riesgo de mortalidad neonatal. (Denisse Alicia Sánchez Escobar, 2020)

Cabe mencionar que existen estudios que en la actualidad mencionan a la restricción hídrica y al salbutamol como uno de los tratamientos que disminuyen la estancia hospitalaria. (Pastuña Toapanta & Crespo Vallejo, 2022)

Asistencia Ventilatoria

Según Goicochea (2019, citado por Pastuña y Crespo, 2022) el objetivo de la asistencia a la ventilación es aumentar la dilatación de los capilares pulmonares y la presión de la vía aérea; para que el aire desplace al líquido al intersticio y pueda ser absorbido en los capilares pulmonares; mediante la administración de oxígeno suplementario:

Administración de oxígeno:

Tiene por objetivo mantener saturaciones de oxígeno medidas por oximetría de pulso entre 90 y 95%. Una buena oxigenación revierte la vasoconstricción del lecho vascular

pulmonar disminuyendo la resistencia vascular pulmonar, aumentando el flujo a través de éste, disminuyendo el cortocircuito y aumentando la PaO₂. (Goicochea, 2019, p.32, citado por Pastuña y Crespo, 2022)

La presión positiva continua de la vía aérea O CPAP (siglas en inglés) se logra con la aplicación de presión con muy pocos cmH₂O. Este consiste en mantener una presión supra atmosférica durante la espiración en un paciente que respira espontáneamente. El CPAP óptimo es el que permite la máxima entrega de oxígeno a los tejidos sin que disminuya el gasto cardíaco ofreciendo efectos benéficos en el recién nacido como: Aumentar el volumen pulmonar, aumentar el volumen pulmonar residual, mejora el intercambio gaseoso, aumenta la PaO₂ y disminuye la PCO₂, prevenir el colapso alveolar durante la espiración, preserva el surfactante endógeno, reduce el desequilibrio entre ventilación/perfusión, mejora la oxigenación, mejora la compliancia pulmonar disminuyendo la resistencia de la vía aérea, reduce el trabajo respiratorio, estabiliza el patrón respiratorio. Se deberá iniciar asistencia mecánica a la ventilación en el recién nacido diagnosticado como Taquipnea Transitoria del Recién Nacido que la taquipnea no remite en forma progresiva dentro de las 48 a 72 horas posteriores al nacimiento, presenta dificultad respiratoria de moderada a grave, gases arteriales con baja de PaO₂, aumento de CO₂ y acidosis respiratoria o mixta.

Terapia con Salbutamol Inhalado

Se realizó un estudio prospectivo en el Departamento de Neonatología del Hospital Universitario Assuit El Azhar y el Hospital Universitario Sohag, en este estudio, los resultados mostraron que el uso de salbutamol en el tratamiento de pacientes con TTN mejora los resultados clínicos, así como el inicio de la alimentación oral, reduce la necesidad de oxigenoterapia y reduce la necesidad de soporte respiratorio. (Amira M Hamed¹, 2022, citado por Pastuña y Crespo, 2022)

Se revisaron ensayos en el cual indica la dosis de salbutamol, se administrará mediante nebulización en dosis que oscilan entre 0,15 y 1 mg/kg de peso corporal. La evidencia concluyente sugiere que el salbutamol puede reducir la duración de la oxigenoterapia (en 19 horas en el grupo de salbutamol) y la duración del soporte ventilatorio. Existe alguna evidencia de que el salbutamol puede acortar la duración de la estancia hospitalaria. (Moresco L, 2021, citado por Pastuña y Crespo, 2022)

En el estudio realizado en Pakistán en el Hospital al Militar de los Emiratos de Pakistán Rawalpindi, concluyeron que el salbutamol, cuando se usa en combinación con furosemina, reduce la duración y la necesidad de dependencia de oxígeno. (Arshad Khushdil, 2022, citado por Pastuña y Crespo, 2022)

Restricción de líquidos

En TTN, el contenido de agua del intersticio pulmonar aumenta a medida que el líquido alveolar se absorbe a través del sistema linfático. Por lo tanto, restringir la ingesta de líquidos en las primeras 48 a 72 horas de vida puede acelerar el drenaje del líquido absorbido hacia el sistema vascular, lo que da como resultado un alivio más rápido de los síntomas y una oxigenoterapia y estancia hospitalaria más breves. (Gupta N, 2021, citado por Pastuña y Crespo, 2022)

Se realizó un ensayo controlado aleatorio estratificado, abierto, de manejo de líquidos restringido versus estándar en dos grupos paralelos en una unidad neonatal de clase III en el este de la India, demostró la seguridad y eficacia de la estrategia de restricción de líquidos para reducir la duración del CPAP en bebés prematuros tardíos con TTN (Sardara, 2020, citado por Pastuña y Crespo, 2022)

Nuevos Parámetros para predecir la severidad

Un aumento en los glóbulos rojos nucleados (NRBC) en respuesta a la hipoxia. Se encontró que los NRBC elevados estaban

asociados con la morbilidad y la mortalidad en la asfixia perinatal y los bebés prematuros. El volumen plaquetario medio (MPV), un marcador de la activación plaquetaria, se eleva en ciertas condiciones inflamatorias. Se encontraron valores más altos de MPV en el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) y la neumonía neonatal y se asociaron con condiciones clínicas graves. (ÇELİK, y otros, 2022, citado por Pastuña y Crespo, 2022) MPV es un parámetro de activación plaquetaria. Puede estar elevado durante la inflamación. Los NRBC se producen en la médula ósea como precursores de eritrocitos y aumentan en respuesta a la eritropoyetina en respuesta a las condiciones de hipoxia neonatal. (Pastuña Toapanta & Crespo Vallejo, 2022)

La taquipnea transitoria puede provocar hipoxia neonatal y aumento de la morbilidad, y la asfixia leve puede provocar el síndrome de fuga capilar pulmonar. Dos estudios que investigaron la asociación entre la asfixia y la TTN evaluaron los determinantes de la asfixia (lactato deshidrogenasa [LDH], lactato y albúmina modificada por isquemia [IMA]) para predecir la gravedad de la TTN. Se observó una correlación positiva entre la duración de la oxigenoterapia y los niveles de LDH en pacientes con TTN. En este estudio, los pacientes con TTN grave tenían un recuento de plaquetas más bajo que los pacientes con TTN leve, lo que puede ser consecuencia de la trombocitopenia y la asfixia. (Pastuña Toapanta & Crespo Vallejo, 2022)

El índice de masa plaquetaria (PMI), el recuento de plaquetas y el MPV se ven afectados según la gravedad de la TTN, ya que la TTN provoca hipoxia y dificulta la diferenciación de la TTN de la sepsis o la neumonía. Aunque el recuento bajo de plaquetas y el PMI bajo se asociaron con una mayor duración de la dificultad respiratoria, el soporte ventilatorio y la oxigenoterapia en pacientes con TTN, el PMI fue superior al recuento de plaquetas para predecir la TTN grave. (Ilhan, 2019, citado por Pastuña y Crespo, 2022)

Seguimiento de la Traquipnea Transitoria Neonatal:

En el trabajo de grado del 2018 “Cuidados de enfermería en el neonato con taquipnea transitoria del recién nacido” presentado en Lima, Perú, se expone una serie numerada de protocolo de cuidados de enfermería que resulta oportuno rescatar.

- a. Mantener la menor concentración de oxígeno necesaria para mantener una adecuada saturación entre 88 a 95%.
- b. Aportar los líquidos basales habituales o con discreta restricción por 24 a 48 horas. En trabajo reciente se demuestra que la restricción leve o moderado de líquidos, iniciando con 60ml/kg/día no causa problemas y puede disminuir el tiempo de estancia.
- c. Iniciar tempranamente el aporte nutricional suficiente si es posible por vía enteral, la succión debe ser cautelosa, dependiendo de los datos de dificultad respiratoria. Cuando la FR es mayor de 70pm es necesario usar sonda gástrica u orogástrica para alimentación.
- d. Cuando la dificultad respiratoria es moderada a grave se recomienda dejar en ayuno y dar aporte intravenoso.
- e. En casos de dificultad respiratoria importante a pesar de apoyo con CPAP, si requiere de ventilación mecánica o altas concentraciones de oxígeno, está recomendado una dosis de surfactante exógeno, los límites con SDR no siempre son precisos, puede haber niños con consumo importante de surfactante endógeno, que requiere de este suplemento.
- f. No se ha demostrado que los esteroides, diurético y algunos otros fármacos sean de utilidad para disminuir la gravedad ni el tiempo de evolución del padecimiento.
- g. En los casos habituales de TTRN con hipoxemia ausente o leve el manejo se hace con el uso de CPAP, con resultados adecuados.
- h. Cuando se ha complicado con hipertensión arterial pulmonar persistente con hipoxemia, se recurre a estrategias de ventilación, con ventilación mecánica, no agresiva y si es necesario, ventilación mecánica que con muy poca frecuencia puede ser necesario llegar a usar ventilación de alta frecuencia, óxido nítrico y/o sildenafil, de acuerdo a las medicaciones de hipoxemia y de las cifras de presión pulmonar que se pueden realizar por ecocardiografía.
- i. El propósito por lo general es benigno y en 24 a 48 horas puede disminuirse el apoyo y retirar el alta será en 72 a 96 hora de nacido el paciente.
- j. Las complicaciones más frecuentes de la TTRN son: neumonía, HPP, sepsis relacionada al catéter, hipoxemia persistente. En algunos casos se desarrolla un cuadro que por imagen radiológica sugiere un SDR, en ocasiones no se sabe si es la causa de su patología o el efecto del consumo del surfactante endógeno. (Huamani Castro, 2018, págs. 24-25)

Conclusiones

La investigación sugiere que para prevenir la taquipnea transitoria neonatal es necesario disminuir la incidencia de partos por cesárea. Paradójicamente las cesáreas electivas han ido en aumento también por un tema preventivo de complicaciones en el embarazo de la población femenina y la salud del recién nacido. Sin embargo, ahora se recomienda plantearlas cumplidas al menos 39 semanas de gestación o en el mejor de los casos esperar que comience el trabajo de parto.

Sin embargo, en la práctica médica, el diagnóstico correcto y oportuno sigue siendo de

vital importancia en la decisión certera de un tratamiento. La TTN no es la excepción de la regla.

Los ensayos clínicos han demostrado que una buena oxigenación revierte la vasoconstricción del lecho vascular pulmonar disminuyendo la resistencia vascular pulmonar, aumentando el flujo del pulmón y se logra a través de la Administración de oxígeno, la Asistencia Ventilatoria, Terapia con Salbutamol Inhalado y la Restricción de líquidos son las medidas de tratamiento efectivas para superar efectivamente la TTN.

Bibliografía

- Bazán, G. M., & Sosa, C. (2012). El trabajo de parto previo a la cesárea protege contra la taquipnea transitoria del recién nacido. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 83(1), 13-20. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492012000100004&lng=es&tng=es.
- García Górriz, M., & Munar Bauzá, F. (2012). Peculiaridades del Paciente Pediátrico. *Hospital Universitario Vall Hebrón*. Obtenido de http://scartd.org/arxius/pedia1_2012.pdf
- González-Garay, A. (2011). Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido. *Acta Pediátrica de México*, 32(2), 128-129. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640328010.pdf>
- Martínez Lemus, O., & Pérez González, J. (2021). Traquipnea transitoria del recién nacido. Fisiopatología y diagnóstico. *Universidad de Ciencias Médicas de Granma*. Manzanillo: El Congreso Internacional Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas en Granma CIBAMANZ-2021. Obtenido de <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/509/367>
- Palacios Revilla, C. D., & Cateriano Alberdi, M. P. (2018). Diabetes pregestacional y gestacional y su asociación con sufrimiento fetal agudo, taquipnea transitoria del recién nacido, sepsis neonatal y mortalidad neonatal en 2 hospitales de Lima (2000-2015). Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). doi:10.19083/tesis/624969
- Pastuña Toapanta, F. J., & Crespo Vallejo, D. V. (2022). Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido. *Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/10182/1/Pastu%20c3%b1a%20Toapanta%20F%282022%29%20Actualidades%20sobre%20la%20taquipnea%20transitoria%20del%20reci%20nacido%28Tesis%20de%20Pregrado%29Universidad%20Nacional%20de%20Chimbor>
- Royo, D., Curto, B., Fernández, C., Pinillos, S., Galve, Z., & Rite, S. (2015). Taquipnea transitoria del recién nacido: principales factores de riesgo, evolución y complicaciones. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón*, 45(3), 69-74.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Peña Sornoza, K. J., Chancay Marcillo, L. M., Cevallos Mendoza, G. M., & Mendoza Macías, J. M. (2023). Traquipnea transitoria del recién nacido. *RECIAMUC*, 7(1), 52-60. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.52-60](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.52-60)