

# Taquipnea Transitoria del RN



Int. Sonia Miranda

Esta entidad fue descrita por primera vez en **1966** por Avery y cols.

Se denominó también “pulmón húmedo”, “distrés respiratorio inexplicable del RN”, “taquipnea neonatal”, “síndrome del distrés respiratorio tipo II” , “maladaptación pulmonar”, **“síndrome del líquido pulmonar fetal retenido”**.

## Definición

“Trastorno del parénquima pulmonar caracterizada por edema pulmonar resultante del retardo en la reabsorción del líquido alveolar fetal”

Coto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología (2008).

Suzanne Reuter, Chuanpit Moser and Michelle Baack. Respiratory Distress in the Newborn. Pediatrics in Review 2014;35;417.

# Esiopatología

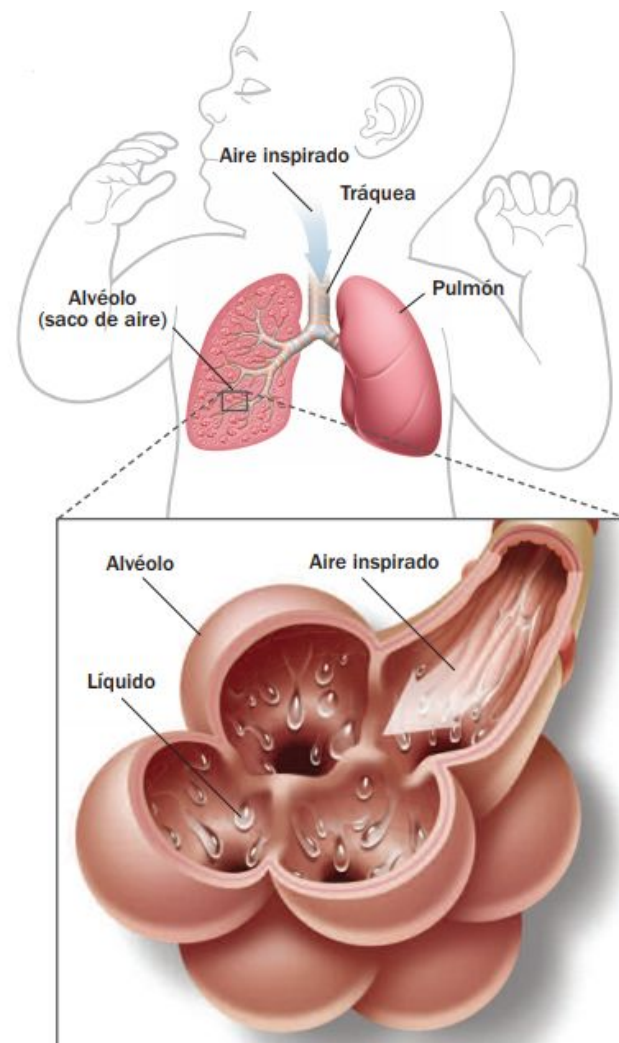
Normalmente en el útero → espacios aéreos llenos de líquido.

Intercambio efectivo → **líquido debe eliminarse.**

**Mejora capacidad epitelio para el transporte de Na** y aumenta la expresión del gen del canal de sodio en el epitelio alveolar.

Suzanne Reuter, Chuanpit Moser and Michelle Baack. Respiratory Distress in the Newborn. Pediatrics in Review 2014;35;417.

Dr. Germán Mühlhausen M. TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO. Manual de Neonatología.



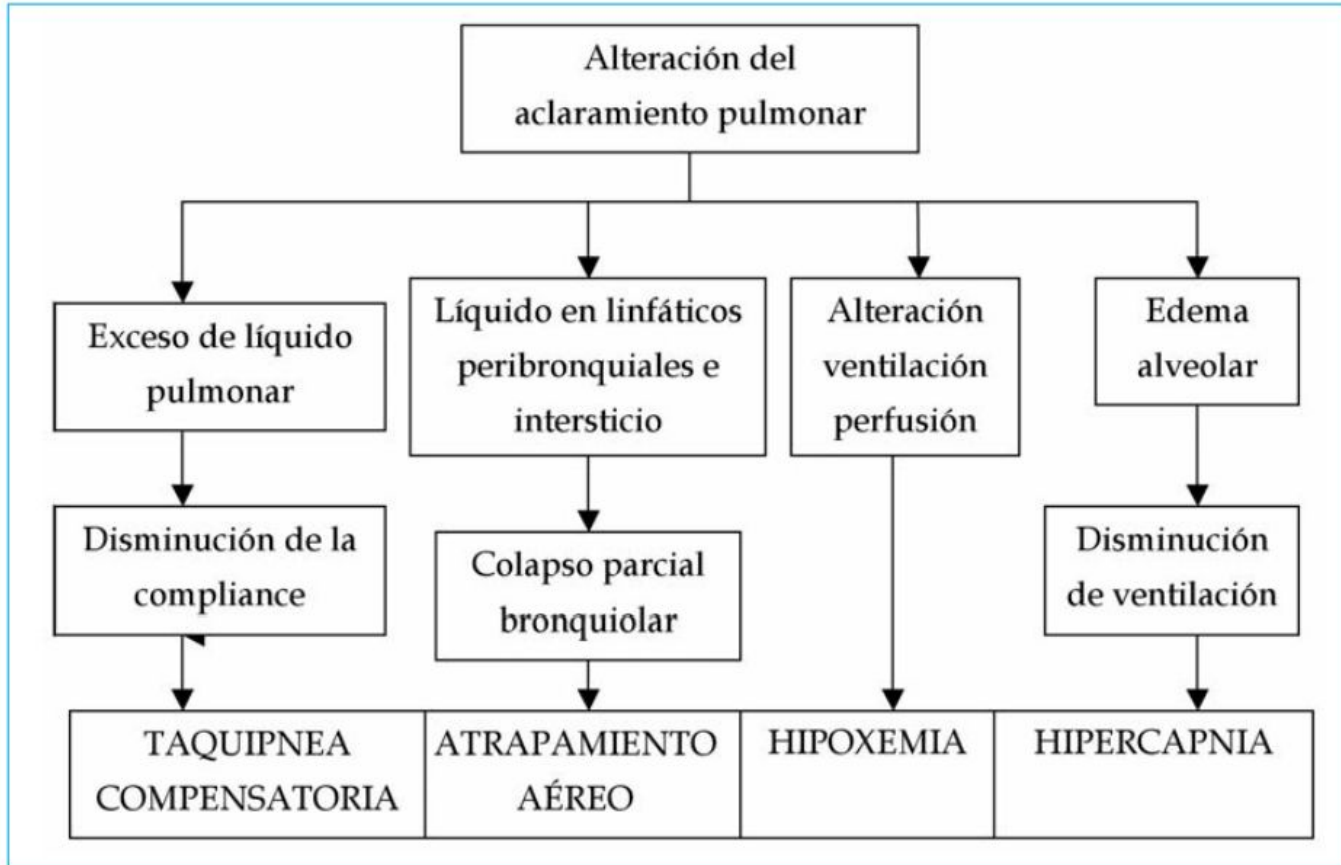
**Distensión de los espacios intersticiales** por el líquido pulmonar que da lugar al atrapamiento del aire alveolar y el **descenso de la distensibilidad pulmonar**.

**Retraso de la eliminación del líquido**

**Aumento del líquido inspirado** en cuadros de aspiración de líquido amniótico claro.

**Inmadurez leve** del sistema de surfactante.

Líquido llena los espacios de aire y se mueve hacia el intersticio, donde se acumula en los tejidos perivasculares y fisuras interlobulares → finalmente eliminado por los vasos linfáticos o por los vasos sanguíneos pequeños.



**Figura 1.** Fisiopatología de la taquipnea transitoria del RN

Aclaramiento del líquido pulmonar:

- **Corticosteroides** prenatales
- **Compresión del tórax** fetal con contracciones uterinas
- Liberación de **adrenalina fetal** durante el trabajo de parto, lo que mejora la absorción de los fluidos pulmonares.

## **Factores de Riesgo**

Parto antes de las **39 semanas de gestación, parto precipitado, sufrimiento fetal, sedación materna y diabetes materna.**

# Clínica

**Dificultad respiratoria** presente desde el nacimiento o en las 2 **horas** posteriores,

## Taquipnea

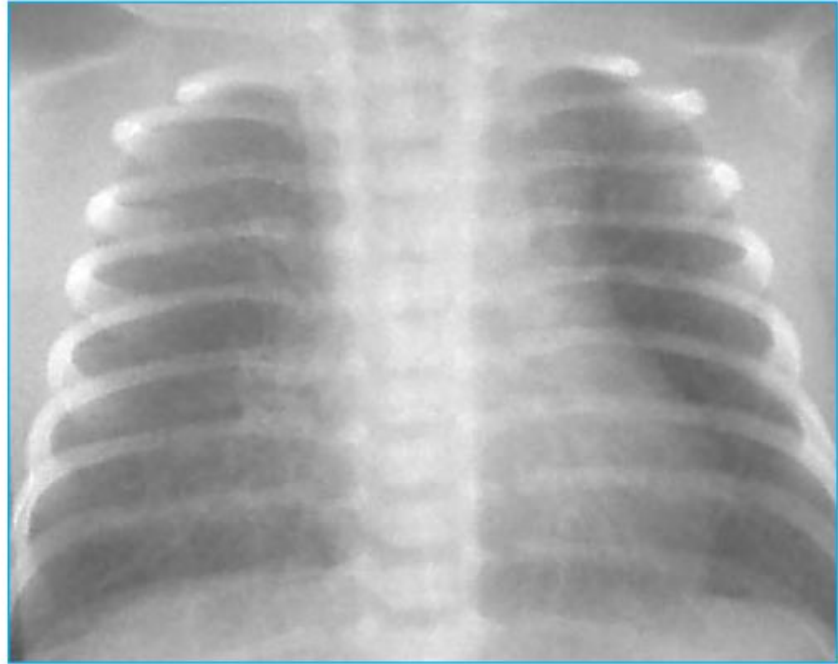
Quejido, cianosis y retracciones (poco común)

Puede agravarse en las primeras 6-8 h → estabilizarse → 12-14 h **rápida mejoría** (puede persistir taquipnea con respiración superficial durante 3-4 días).

La persistencia del cuadro → **Diagnóstico diferencial**

# Radiografía

- Normal
- Refuerzo de la trama broncovascular hilar
- Derrame pleural
- Cisuritis
- Hiperinsuflación
- Patrón reticulogranular



**Figura 2.** Traquipnea transitoria. Refuerzo de la trama broncovascular, hiperinsuflación y cisuritis.



Clínica y la radiología son inespecíficas.

Hemograma, PCR y cultivos + inicio tto ATB (amplio espectro) → Descartar diagnóstico diferencial.

Una evolución desfavorable invalida el diagnóstico.

## Tratamiento

Es autolimitada

Asistencia respiratoria.

- Generalmente **no son necesarias [O2] > al 40%** para Sat > 90%.
- Presión positiva continua en las vías respiratorias (**CPAP**)

Diuréticos

- Furosemida (no afecta el curso clínico)

# Caso Clínico

Una niña de 3,2 kg se da a luz por **cesárea** a las 38 semanas de edad gestacional sin una prueba de trabajo de parto. Sus puntajes de Apgar son 9 y 9 a 1 y 5 minutos, respectivamente. Desarrolla **taquipnea y retracciones subcostales con aleteo nasal a la 1 hora de vida**. La temperatura es 97.9 ° F (**36.6 ° C**), el pulso es de 165 latidos por minuto, y la frecuencia respiratoria es de 74 respiraciones por minuto. Además del aumento del trabajo respiratorio, los hallazgos de su **exploración física son normales**.

Suzanne Reuter, Chuanpit Moser and Michelle Baack. Respiratory Distress in the Newborn. Pediatrics in Review 2014;35;417.



Suzanne Reuter, Chuanpit Moser and Michelle Baack. Respiratory Distress in the Newborn. *Pediatrics in Review* 2014;35:417.

Ella **requiere oxígeno** suplementario a través de la cánula nasal con una fracción de oxígeno inspirado (FiO<sub>2</sub>) de **0.3 durante 36 horas**. Ella entonces se retira al aire de la habitación. Su frecuencia respiratoria es de 35 respiraciones por minuto, y no tiene un mayor trabajo de respiración.

Suzanne Reuter, Chuanpit Moser and Michelle Baack. Respiratory Distress in the Newborn. Pediatrics in Review 2014;35;417.

# Bibliografía

1. Coto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología (2008).
2. Suzanne Reuter, Chuanpit Moser and Michelle Baack. Respiratory Distress in the Newborn. Pediatrics in Review 2014;35;417.
3. Dr. Germán Mühlhausen M. TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO. Manual de Neonatología.