



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO**

---

**DOCENTE: Dr. Jeffery Anzhony Cruz Robles**

**ALUMNA: Diana Laura Abarca Aguilar**

**MATERIA: Pediatría**

**CARRERA: MEDICINA HUMANA**

**SEMESTRE: 6 "A"**

**FECHA: 14 de abril del 2021**  
**Comitán de Domínguez, Chiapas**

## TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es una alteración transitoria en la adaptación del sistema respiratorio del neonato, caracterizado por presentar clínicamente una frecuencia respiratoria mayor a 60 respiraciones por minuto, siendo este de curso corto y autolimitado en los primeros 24-72 horas. En algunos casos se puede presentar cianosis, requiriendo concentraciones de oxígeno no mayores de 10%. Generalmente el cuadro se resuelve en los primeros 24 horas, aunque puede persistir hasta 72 horas en los casos más graves.

### EPIDEMIOLOGÍA

Ocurre en 1 a 2% de los neonatos, lo que representa el 30% de los cuadros de dificultad respiratoria.

### ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

No son claras las causas de esta patología, sin embargo existen factores que incrementan su aparición. Los RN de sexo masculino tienen casi el doble de riesgo de desarrollar TTRN, y la cesárea duplica el riesgo de padecerla. Los neonatos con macrosomía fetal tienen 4 veces más riesgo de desarrollarla, y finalmente la exposición de la madre a alguna enfermedad, entre ellas la más frecuente a las infecciones urinarias, y asma materno son un factor considerable.



## FISIOPATOLOGÍA.

La TIRN se debe al retardo al eliminar el líquido pulmonar durante el nacimiento. Esta eliminación se lleva a cabo por mecanismos de transporte de membrana, que en la vida fetal producen el líquido pulmonar y cuando culmina la gestación, por estímulos hormonales que modifican los mecanismos celulares, se produce la absorción.

## DIAGNÓSTICO.

Se realiza a través del examen físico, es decir un dx clínico. La frecuencia respiratoria oscila entre 60-80 rpm, y en general los pacientes evolucionan bien con mínimo apoyo respiratorio, recuperándose en 48 a 72 horas (máximo 5 días). La Rx de tórax puede ayudar a encontrar otras patologías asociadas y en caso de la TIRN puede encontrarse una imagen casi normal o podría apreciarse congestión parahiliar tipo radiante simétrico ("horizonte pedo"), leve radiopacidad y sobredistensión pulmonar.

## TRATAMIENTO

La mayoría de los lactantes no necesitan ningún tipo de soporte respiratorio, de otro modo tiene que ser a una concentración de menos del 10%, hasta por 2-3 días. Sin embargo hay niños que necesitan



concentración inspirada de hasta el 100% y una ventilación con presión positiva en los casos más graves. Sin embargo no se recomienda la presión positiva continua debido al aumento teórico de neumotorax.

La alimentación nasogástrica debe ser retenida hasta que la FP se restablezca. Se recomienda adm. antibióticos a todos los lactantes como profiláctico y si a los 48 hrs de vida el px se recupera clínicamente se puede suspender siempre y cuando los resultados de laboratorio sean negativos. Los diuréticos no se recomiendan como tx de la TIRN.