

Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido. Hospital "Caranavi". La Paz, Bolivia. 2010- 2011

Respiratory Distress Syndrome of the newborn, Caranavi Hospital, La Paz, Bolivia, 2010 to 2011

Autores: MSc. Ramón Varela González*, MSc. Dania Faxas Rodríguez**, Dra. Yanailys Ortiz Lima***, MSc. Natacha Ortiz Avilés****, MSc. Gloria Marrero Lugones *****.

* Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Urgencias y Emergencias Médicas. Profesor auxiliar. Hospital General Docente "14 de junio", Jobabo, Las Tunas.

** Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Hospital General Docente "14 de junio", Jobabo, Las Tunas.

*** Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital General Docente "14 de junio", Jobabo, Las Tunas.

**** Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Instructor. Hospital General Docente "14 de junio", Jobabo, Las Tunas.

***** Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Instructor. Hospital General Docente "14 de junio", Jobabo, Las Tunas.

Correspondencia a:

MSc. Ramón Varela González

Correo-e: varela@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal, con el objetivo de conocer el comportamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) en el Hospital Regional "Caranavi" de La Paz, Bolivia, en el período comprendido entre enero de 2010 hasta diciembre de 2011. El universo estuvo constituido por 513 recién nacidos (RN) vivos y 135 constituyeron la muestra con diagnóstico de SDR. Se confeccionó un formulario y se recogieron las variables relacionadas con el parto y el examen físico del RN. Los datos se procesaron estadísticamente por Excel. Aproximadamente el 60% de los RN con SDR nació por cesárea, a término, del sexo masculino, peso adecuado, conteo de Apgar y

Silverman anormal. Se concluye que el comportamiento del SDR en nuestro servicio resultó elevado. Entre el 50 y el 60 % de los casos con SDR evolucionan como una Taquipnea Transitoria (TTRN).

Palabras clave: SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RECIÉN NACIDOS.

DESCRIPTORES:

RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME, NEWBORN.

SÍNDROME DISNEICO RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO.

ABSTRACT

A cross sectional, descriptive retrospective study was carried out with the objective of knowing the behaviour of the respiratory distress syndrome (RDS) at Regional Hospital "Caranavi" La Paz, Bolivia, from January, 2010 to December, 2011. The universe included 513 livebirths, and for the sample, 135 newborns (NB) with RDS, were taken from them. A form was made up and the variables related to the labor and the physical exams of the NB were collected. The data were processed statistically by Excel system. Approximately, 60% of the newborns with RDS were males, born by caesarean section, in full term, normal weight, abnormal Apgar and Silverman count at birth. Conclusions show that the behaviour of the RDS in our service was high. From 50 to 60% of the cases with RDS developed a transient tachypnea (TTNB).

Key Words: RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME, NEW BORN.

INTRODUCCIÓN

La dificultad respiratoria es uno de los padecimientos más frecuentes en los recién nacidos pretérmino y está íntimamente relacionada con problemas del desarrollo pulmonar y trastornos de la adaptación respiratoria tras el nacimiento. (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 sufrimiento respiratorio del recién nacido. (1, 2, 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. (1, 2, 6) Los síntomas respiratorios por lo general se resuelven por sí solos al cabo de tres a cuatro días después del nacimiento. (1, 2, 6)

El riesgo de un sufrimiento respiratorio en el recién nacido es mayor en neonatos prematuros, en aquellos que nacen por cesárea sin trabajo de parto y en quienes nacen de madres diabéticas o que hayan recibido grandes cantidades de analgésicos durante el

parto. (1, 2, 6) Otros posibles factores de riesgo incluyen: sexo masculino, altos puntajes en el conteo de Silverman, bajos puntajes de Apgar (1, 2, 4, 6) y parto instrumentado.

Se realiza el presente estudio con el objetivo de determinar el comportamiento del síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en el Hospital Regional "Caranavi" de La Paz, Bolivia, lo que nos permitió la identificación de factores de riesgo en el RN para ofrecer una mejor calidad en la atención neonatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal a 135 neonatos nacidos con asfixia perinatal, ingresados en el Hospital Regional de Caranavi en La Paz, Bolivia.

Universo y muestra: El universo estuvo constituido por 513 neonatos nacidos vivos y de éstos, 135 RN con asfixia al nacer constituyeron la muestra con diagnóstico clínico de asfixia severa recuperada y SDR.

A todas las historias clínicas de los RN con asfixia se les registraron las siguientes variables: vías del parto, sexo, edad gestacional, peso, conteo de Apgar, test de Silverman.

Para evaluar el estado de asfixia, su concepto se basa en la evaluación del conteo de Apgar a los 1, 5 y 10 minutos.

El conteo de Apgar consta de cinco signos clínicos:

1. Frecuencia cardíaca.
2. Esfuerzo respiratorio.
3. Tono muscular.
4. Respuesta refleja al catéter.
5. Coloración.

En esta investigación se consideran asfícticos a todos los neonatos con un conteo de Apgar inferior a seis puntos.

Test de Silverman: este test fue evaluado al ingreso y a las 12 horas de evolución.

Este método se sustenta en la valoración de los signos clínicos siguientes:

1. Tipo respiratorio.
2. Tiraje intercostal.
3. Retracción del apéndice xifoide.
4. Aleteo nasal.
5. Quejido espiratorio.

La suma total de los puntos obtenidos en cada signo clínico evaluado da a conocer la severidad del SDR: al obtenerse mayor puntuación, más grave es el cuadro de SDR.

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA 1. Distribución del SDR

Distribución del SDR	No.	%
Taquipnea transitoria RN	76	56,29
Síndrome de aspiración meconial	45	33,33
Membrana hialina	12	8,09
Bloqueo aéreo	2	1,48
Total	135	100

La incidencia del SDR fue de casi el 30 % del total de nacidos vivos, dentro de estos (**Tabla 1**) la TTRN fue de casi el 60 %, coincidiendo con el estudio (1) realizado en Artemisa en el año 2009 sobre taquipnea transitoria del recién nacido, en el Hospital General Docente "Ciro Redondo García", donde se registraron 133 neonatos con SDR, entre los que se destacó la TTRN como la más frecuente, con un total de 72 casos, para un 63,7 %. También se encontró un elevado porcentaje del síndrome de aspiración meconial, con más del 30 %, no coincidiendo con un estudio internacional (5) realizado por Ramírez sobre SDR, en el servicio de neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde de 138 RN con SDR solo 17 (12.3%) presentaron síndrome de aspiración meconial (SAM); en el presente estudio esto se debe a la mala calidad de la atención prenatal a nivel primario en las colonias de donde la cobertura médica no es posible aún.

TABLA 2. Vías de parto

Vías de parto	No.	%
Trans-pelviano	56	41.49
Cesárea	79	58.51
TOTAL	135	100

La vía del parto que guarda mayor relación con la aparición del SDR es la cesárea, así lo muestra la **Tabla 2**, donde 79 de los RN nacieron 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, 4, 6) Aunque la causa precisa de la TTRN no está perfectamente aclarada, se conoce 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. (1, 2, 4) Existen varios estudios que demuestran que la cesárea es un gran factor de riesgo en la actividad respiratoria del RN. León y colaboradores (1) compararon la prevalencia del SDR en neonatos nacidos por parto vaginal y por cesárea electiva, llegando a la conclusión de que los RN a término por cesárea presentan mayor riesgo que los nacidos por parto normal. Estudios similares (2, 4, 6) han coincidido en que los partos distócicos son un gran factor predisponente como causas principales del SDR en su servicio.

TABLA 3. Influencia del tiempo de gestación

Tiempo de gestación	No.	%
Menos de 37 semanas	21	15,56
37 - 42 semanas	96	71,11
Más de 42 semanas	18	13,33
TOTAL	135	100

Al observar la **Tabla 3**, puede verse que la mayor parte de los RN con SDR nace a término, encontrando así a más del 70 %. Es aceptado por algunos autores (1, 4 - 6) que la TTRN se caracteriza por presentar curso clínico habitualmente benigno más frecuente en los neonatos a término y el SAM en los postérmino. Muchos de los neonatos de esta investigación presentaron un líquido amniótico teñido de meconio y su evolución fue solo a forma de TTRN, no así en aquellos casos con franco meconio, donde hubo que tratarlos como SAM.

TABLA 4. Distribución peso/edad

Distribución peso/ edad	M	%	F	%
Menos de 2500g	17	13	5	3.7
2501g -3999g	73	54	23	17.3
Más de 4000g	10	7	7	5.2
TOTAL	100	74	35	26

Al analizar la morbilidad del SDR en la **Tabla 4** en relación con el sexo, se observó una mayor incidencia en los pacientes del sexo masculino (54 %), coincidiendo con estudios realizados (1, 2, 4, 6) que confirman que el sexo masculino es el más susceptible y a su vez predominó en los nacidos con peso adecuado a su edad gestacional, coincidiendo con otros autores, (1, 2 - 4) quienes plantean que los RN con buen peso tienen más probabilidades de presentar un SDR y dentro de este la TTRN, correspondiendo lo hallado en este estudio con los de otros autores revisados, (1, 4 - 6) quienes plantean que clínicamente la TTRN se caracteriza por ser el signo clínico más evidente.

TABLA 5. Resultados del conteo de Silverman

Conteo de Silverman	al ingreso	%	a las 12 horas	%
Menor o igual a 3 puntos	26	19,3	89	66
4 - 6 puntos	94	69,70	40	30
Más de 6 puntos	15	11	6	4
TOTAL	135	100	135	100

En la **Tabla 5** se aprecia que 94 RN (69,7%) con SDR fueron valorados con una puntuación igual o superior a 4 al ingreso; o sea, presentaban una dificultad respiratoria moderada y sólo 15 RN fueron valorados con dificultad respiratoria severa. Algunos autores plantean (1, 2, 4) que además de la taquipnea, esta entidad puede acompañarse de retracción torácica y quejido respiratorio, lo que concuerda con lo observado en el presente estudio al valorar el test de Silverman. A las 12 horas, el 66 % de los casos tenía un test de Silverman menor o igual a tres. Estos resultados son similares a los que se recogen en otros estudios. (4-6) Sin embargo, Leal (1) consideró de gran importancia realizar el test de Silverman; de forma evolutiva en su estudio sobre TTRN, a las 12 horas el 100 % tenían un conteo de Silverman menor o igual a tres, esto resultó de gran utilidad para definir el diagnóstico de certeza y el diferencial con otras patologías. (7, 8, 9) Es obvio que mientras más alto sea el puntaje, más grave es su estado al nacer y, por ende, mayores serán la morbilidad y la mortalidad en el periodo neonatal en dichos pacientes.

CONCLUSIONES

El SDR en el recién nacido tuvo un comportamiento elevado en el período estudiado, causados fundamentalmente por la TTRN y el SAM. La morbilidad por SDR fue mayor en los nacidos por cesárea, del sexo masculino, a término y con peso adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. León Leal Maritza C, Viñas García Mileydis, Ibáñez Cayón Fernando, Ruiz Prieto Amando Javier. Taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital General Docente "Ciro Redondo García": Artemisa 2009. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. [citado 2013 Nov 12]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000500008&lng=es.
2. Castro López Frank Wenceslao, Labarrere Cruz Yureisy, González Hernández Gretel, Barrios Rentería Yamilé. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2013 Nov 12] ; 23(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005&lng=es.
3. Cárdenas González Luena, Méndez Alarcón Leonel. Morbilidad y mortalidad del recién nacido pretérmino menor de 1 500 gramos. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2013 Nov 12] ; 84(1): 47-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000100005&lng=es.
4. Fernández Ragi Rosa María, García Fernández Yanet, García Díaz Omar, Rodríguez Rivero Mayling, Moreno Morales Marilyn. Supervivencia en el neonato con peso menor de 1 500 g. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2013 Nov 12] ; 82(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000200002&lng=es.
5. González Lorenzo, Rubén Julio; Toledano Guerra, Annia; Lemes Rodríguez, Aracelis; Suárez Ochoa, Idalmis; Pequeño Rondón, Martha. Comportamiento del Síndrome Dificultad Respiratoria en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Rev Electron; 35(4)abr.-jun. [Revista en la Internet] 2010. [citado 2013 Nov 12] Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=152>
6. [MedlinePlus]. «Taquipnea transitoria en el recién nacido». Enciclopedia médica en español. [Citado 2013 Nov 12] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007233.htm> Consultado 25 de febrero de 2009.
7. Fernández Ragi Rosa María, García Fernández Yanet, García Díaz Omar, Rodríguez Rivero Mayling, Moreno Morales Marilyn. Supervivencia en el neonato con peso menor de 1 500 g. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2013 Nov 12]; 82(2).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000200002&lng=es

8.- Dudell GG, Stoll BJ. Respiratory tract disorders. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 95 .

9.- Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico Y Tratamiento De. Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. [Citado 2013 Nov 12]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/044_GPC_TaquipneaTransRN/IMSS_044_08_EyR.pdf