



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en
pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea
en el Hospital de la Policía de Guayaquil No.2, período enero
2018- enero 2021.**

AUTOR:

Rea Haro Kevin David

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Arroba Raymondi Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Rea Haro Kevin David**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

f. _____

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, al 01 del mes de mayo del año 2023.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Rea Haro, Kevin David**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía de Guayaquil No.2, período enero 2018- enero 2021.** previo a la obtención del título de **MÉDICO GENERAL**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2023.

EL AUTOR:

f. _____

Rea Haro, Kevin David



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Rea Haro, Kevin David**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía de Guayaquil No.2, período enero 2018- enero 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2023.

EL AUTOR:

f. _____

Rea Haro, Kevin David

REPORTE URKUND

REA HARO KEVIN DAVID
Original
by Turnitin

19/04/2023

Document Information

Analyzed document	TRABAJO DE TITULACIÓN CORREGIDO 3 TTRN -KEVIN DAVID REA HARO.docx (D164395554)
Submitted	2023-04-19 06:02:00
Submitted by	
Submitter email	kevin.rea@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	luis.arroba.ucsg@analysis.orkund.com


Dr. Luis Fernando Arroba R.
MÉDICO SUBSISTENTE
REG. SER. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 3

Sources included in the report

	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESIS TERMINADA ARREAGA & BAQUE.docx	
SA	submission.pdf	1
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESIS CORREGIDA ARREAGA & BAQUE.docx TESIS GUANOPATIN Y PALACIOS (1).pdf Document TESIS GUANOPATIN Y PALACIOS (1).pdf (D130503284)	1

Entire Document

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA
TEMA: "Factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía de Guayaquil No.2, periodo enero 2018- enero 2021".

AUTOR: Kevin David Rea Haro

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: MÉDICO GENERAL

TUTOR: Dr. Luis Fernando Arroba Raymondi

Guayaquil, Ecuador

2023

INCLUDEPICTURE "http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/99/Logo_UCSG.svg/2000px-Logo_UCSG.svg.png" * MERGEFORMATINET

INCLUDEPICTURE "http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/99/Logo_UCSG.svg/2000px-Logo_UCSG.svg.png" * MERGEFORMATINET

INCLUDEPICTURE "http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/99/Logo_UCSG.svg/2000px-Logo_UCSG.svg.png" * MERGEFORMATINET

INCLUDEPICTURE "http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/99/Logo_UCSG.svg/2000px-Logo_UCSG.svg.png" * MERGEFORMATINET

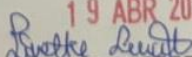
INCLUDEPICTURE "http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/99/Logo_UCSG.svg/2000px-Logo_UCSG.svg.png" * MERGEFORMATINET

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RECIBIDO

19 ABR 2023

HORA:
15:25


LISSETTE LUCIN URUCHIMA
SECRETARIA CARRERA DE MEDICINA
INTERNA

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento primeramente a Dios por ser él mi guía y fortaleza en los momentos más difíciles. A mis padres por hacer realidad este sueño anhelado.

A mi abuelita Hilda, que falleció durante la pandemia, pero que su ideal de superación, amor y sacrificio siempre me acompaña.

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD.

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis con todo mi amor y cariño a mis padres Yolanda y Byron, por creer en mi capacidad y por su esfuerzo para brindarme siempre una educación de calidad, sin olvidar nunca que la primera escuela es la de casa.

A mis hermanos, por ser mi fuente de motivación y de alegría, para poder superarme cada día más y así poder salir adelante pese a las dificultades que hemos pasado en la vida y demostrarles que siempre un futuro mejor espera.

A todos los Médicos del Hospital de la Policía y de la UCSG que en conjunto supieron formarme, moldearme y compartir su conocimiento.

Y finalmente, a todos aquellos que estuvieron a mi lado apoyándome e hicieron que este sueño se haga realidad.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4 OBJETIVOS.....	6
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO II.....	7
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	8
2.2.1. EPIDEMIOLOGÍA	11
2.2.2. FISIOPATOLOGÍA	11
Surfactante.....	14
2.2.3. FACTORES ASOCIADO A TTRN	14
2.2.4. FACTORES MATERNOS.....	15
Nacimiento por cesárea	15
Parto prolongado	16
Asma materna.....	16
Ruptura Prematura De Membranas	16
Hábitos tóxicos de la madre.....	17
Infecciones urinarias y vaginales	17
Preeclampsia	17

Edad Materna	17
2.2.5. FACTORES NEONATALES	18
Clínica	18
2.2.6. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO	19
2.2.7. COMPLICACIONES	19
Hipertensión pulmonar	19
Ductus Arterioso Permeable	20
2.2.8. PREVENCIÓN	20
2.2.9. TRATAMIENTO	20
Oxigenoterapia	21
Administración de surfactante	21
Síndrome de aspiración de meconio	22
Enfermedad de la Membrana Hialina	22
Hipertensión pulmonar persistente	23
Neumonía neonatal	24
2.3. MARCO LEGAL	25
CAPÍTULO III	26
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1.1. Materiales y métodos	26
3.1.2. Población y muestra	26
3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión:	26
3.1.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos	26
3.1.5. Técnicas de Procesamiento y análisis de datos	26
3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	27
3.2.1. Variable general:	27
3.2.2. Operacionalización de variables	27
3.3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
Gráfico No. 1 Neonatos con TTN según la edad gestacional	29

Gráfico No. 2 Neonatos con TTN según el peso.....	30
Gráfico No. 3 Neonatos con TTN según el sexo.....	31
Gráfico No. 4 Neonatos con TTN según Valoración APGAR.....	32
Gráfico No. 5 Controles Prenatales	33
Gráfico No. 6 Antecedentes patológicos maternos	34
Gráfico No. 7 Edad de la madre.....	35
3.4. DISCUSIÓN.....	36
3.5. CONCLUSIONES	37
3.6. RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39

RESUMEN

Introducción: La Taquipnea transitoria del Recién Nacido (TTRN o TTN) es un trastorno pulmonar que representa una de las causas más frecuentes de morbilidad en los neonatos prematuros tardíos y a término. Por lo tanto, se cuestiona que es un tema de interés que nos motiva a estudiar los factores que están asociados a su aparición. Generalmente se cree que la TTRN del recién nacido una vez resuelta, no hay riesgo incrementado para enfermedades respiratorias y secuelas a largo plazo. Sin embargo, existen pocos estudios limitados que establecen que los episodios de sibilancias y asma bronquial, situaciones muy comunes en la infancia y niñez, son más frecuentes en aquellos pacientes que tuvieron como antecedente el diagnóstico de TTRN en el periodo del recién nacido. Por lo tanto, existe la duda de demostrar si realmente esta patología es de carácter benigno, lo cual nos motiva al estudio de sus factores de riesgo y además promueve a realizar posteriores investigaciones acerca de las posibles complicaciones que llegara a tener a futuro.

Objetivo: Determinar los factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2; período enero 2018 – enero 2021.

Metodología: Consiste en un estudio observacional, analítico, de casos y Controles, con una obtención de la información a partir de un enfoque retrospectivo, es decir con análisis cuantitativo y descriptivo de los datos. Para analizar los datos se utilizó como fuente de información una base de datos provista por el Departamento de Estadística del Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2. Se utilizó de muestra 412 neonatos entre el período de enero 2018 a enero del año 2021.

Resultados: El análisis de resultados permitió obtener datos referentes a las características de los 413 neonatos de la base de datos otorgadas por el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2, entre los cuales se observó que el 71% de estos eran de sexo masculino, con un peso mayor de 2500g (58%), que tuvieron de 37 a 41 semanas de gestación (91%) que nacieron por cesárea a la edad de 32 a 35 años en el 41% de los casos.

Conclusiones: Se determinó que la mayoría de los pacientes neonatos en quienes se realizó este estudio de los diferentes factores clínicos asociados, en su mayoría fueron recién nacidos a término que se encuentran entre las 37 y 41 semanas de gestación y posteriormente más frecuente en los recién nacidos prematuros moderados.

Palabras Clave: *taquipnea transitoria, cesárea, neonatos, factores de riesgo, morbilidad, mortalidad.*

ABSTRACT

Introduction: Transient Tachypnea of the Newborn (TTRN or TTN) is a lung disorder that represents one of the most frequent causes of morbidity in late and term preterm infants. Therefore, it is a topic of interest that motivates us to study the factors that are associated with its appearance. It is generally believed that once resolved TTNT of the newborn, there is no increased risk for respiratory diseases and long-term sequelae. However, there are limited studies that substantiate that episodes of wheezing and bronchial asthma, very common situations in infancy and childhood, are more frequent in those patients diagnosed with TTN in the newborn period. Therefore, there is a doubt if this pathology is benign, which motivates us to study its risk factors and also promotes further research on possible future complications. Objective: To determine the clinical factors associated with transient tachypnea in patients from the neonatology service treated by cesarean section at the Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2; period January 2018 – January 2021. Methodology: It consists of an observational, analytical, case-control study, with information obtained from a retrospective approach, that is, with quantitative and descriptive analysis of the data. To analyze the data, a database provided by the Statistics Department of the Guayaquil National Police Hospital No.2 was obtained as a source of information. 412 neonates were extracted from the sample between the period from January 2018 to January 2021. **Results:** The analysis of results allowed to obtain data referring to the characteristics of the 413 neonates of the database granted by the

Hospital of the National Police of Guayaquil No.2, among which it was observed that 71% of these were male, weighing more than 2500g (58%), who had from 37 to 41 weeks of gestation (91%) who were born by cesarean section at the age of 32 to 35 years in 41% of cases. **Conclusions:** It was determined that most of the neonatal patients in whom this study was carried out of the different associated clinical factors, were mostly thermal newborns that are between 37 and 41 weeks of gestation and subsequently more frequent in moderate premature newborns.

Keywords: transient tachypnea, cesarean section, neonates, risk factors, morbidity, mortality.

INTRODUCCIÓN

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTN o TTRN) fue descrita por primera vez en 1966 por Avery et al. Y ha sido denominado como "pulmones húmedos", "insuficiencia respiratoria inexplicable", "taquipnea infantil pequeña" y, más recientemente, "disonancia pulmonar". Es una enfermedad benigna y autolimitada que afecta al 1% de los recién nacidos y es causada por la lenta excreción o reabsorción de líquido en los pulmones, pero investigaciones recientes han demostrado que aumenta el riesgo de ataques de asma posteriores, sobre todo en las primeras etapas de la vida. (1)

Comienza dentro de las primeras horas y se caracteriza por dificultad para respirar (frecuencia respiratoria) más de 60x), insuficiencia respiratoria y demanda suplementaria de oxígeno, el dióxido de carbono aumenta normal o ligera y generalmente cae dentro de las primeras 72 horas. (2)

Los problemas que pueden surgir debido a la patología incluyen enfisema intersticial, neumotórax e hipoplasia pulmonar, en otros casos se habla de muerte neonatal por enfermedad grave, que suele representar el 50%. Es importante apoyar el autocuidado visitando a la madre antes, lo que ayudará a identificar problemas y prevenir problemas antes del nacimiento. (1) (2)

El principal objetivo de este estudio es determinar los factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía Nacional de guayaquil No 2 entre enero 2018-enero 2021, ya que gracias a la obtención de esta información nos ayudará a determinar y conocer todas las causas para el desarrollo de esta enfermedad y analizar el número de neonatos que presentan esta enfermedad en el Hospital de la Policía Nacional.

El desarrollo de este proyecto se describe en varios capítulos:

Capítulo I: Desarrollo del Planteamiento del problema, Desarrollo de las preguntas de investigación, la justificación y por último los Objetivos.

Capitulo II: Desarrollo de la Fundamentación conceptual del tema y el fundamento legal.

Capitulo III: Descripción sobre la metodología de estudio; tipo de diseño de investigación, determinación de las variables de estudio, la presentación final y terminada de los análisis de resultados; la discusión de la tesis, conclusiones del tema, las recomendaciones, los anexos y Bibliografía.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios incluyeron proyectos de salud y bienestar humanos y estudios maternos e infantiles. Muchos factores aumentan el riesgo de que un bebé con dificultad para respirar cause morbilidad y mortalidad mundial,

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN o TTN) es una afección respiratoria que es una de las más causas comunes de bebés prematuros y postnatales. Por lo tanto, es un tema interesante que me hizo investigar los eventos de que ocurre en todas las cesáreas realizadas entre enero de 2018 y enero de 2021.

Las características clínicas del síndrome de distrés respiratorio forman parte de la taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN), porque, a pesar de ser una enfermedad autolimitada en cierta medida, mayormente benigna y de buen pronóstico, han aumentado el número de casos en los últimos años en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No 2, en el cual se basa este estudio.

En general, se acepta que el riesgo de esta enfermedad respiratoria y a largo plazo no aumenta cuando La TTN se resuelve, pero solo un pequeño número de estudios ha demostrado que los síntomas del asma bronquial son muy comunes en bebés y niños, es decir que en neonatos enfermos la historia de TTN es más aceptada.

Por lo tanto, la cuestión de si esta patología es real me impulsa a investigar tanto como sus factores de riesgo, como para realizar más investigaciones sobre problemas futuros.

Cabe señalar que alrededor del 15% de las enfermedades respiratorias no relacionadas con el parto prematuro causan muerte, y alrededor de 400 muertes cada año podrían advertirse mejorando la prevención, el diagnóstico oportuno y tratamiento. (3)

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No 2; período enero 2018 – enero 2021?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los estudios actuales se centran en la relevancia clínica de la taquipnea transitoria para los niños nacidos por cesárea, se tiene un creciente número y a la vez se confirma en muchos estudios internacionales sobre asma bronquial.

Por lo tanto, se requiere una mejor comprensión de la fisiopatología de esta enfermedad. Todos sabemos que el primer aliento de un bebé recién nacido después del nacimiento es el momento más importante. Por lo tanto, es necesario identificar la causa principal y determinar su tratamiento para evitar muchas condiciones médicas que afectan la salud en estos pacientes.

Como empleado del Hospital de la Policía Nacional en Guayaquil No. 2, sé que los cambios en la taquipnea en los recién nacidos deben persistir a pesar de que sólo el 1-2% de los pacientes tienen dificultad para respirar, por lo que diferentes historias clínicas serán examinadas cuidadosamente. Esto nos ayuda a proporcionar el conocimiento y la experiencia adecuados sobre la mayoría de estas enfermedades centrándose en el manejo adecuado por parte de los médicos cuando los problemas respiratorios ocurren poco después del nacimiento. De esta manera, podemos reducir el número de pacientes que sufren de dificultad para respirar.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No 2; período enero 2018 – enero 2021

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la frecuencia de los diferentes casos de taquipnea transitoria en partos por cesárea, según su semana de gestación.
- Identificar la asociación entre los factores neonatales y taquipnea transitoria.
- Identificar la asociación entre los factores maternos y taquipnea transitoria.
- Identificar las principales complicaciones asociadas a esta patología.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Un estudio realizado en países subdesarrollados muestra que la tasa de natalidad es tan alta como el 40%, la morbilidad y mortalidad con enfermedad respiratoria, especialmente en niños, es 3 veces mayor en los partos por cesárea que en los partos normales. Además, nos indica que, de todas las complicaciones del parto, la taquipnea transitoria es la más común de todos los nacimientos. (4)

En un estudio que evaluó un total de 70 casos de neonatos menor de 35 semanas con "síndrome de dificultad respiratoria", de los cuales el 43% era masculino y el 30 % de sexo femenino, demostró que un 60% de las mujeres tenían una edad media de 32 años para el fin de embarazo y que contaban con un neonato de bajo peso al nacer, casi cercano a los 1500 gramos y el problema más común fue la sepsis. Considerando que los problemas neonatales no se corresponden proporcionalmente a la edad gestacional. El número total de recién nacidos en ese estudio fue de 954, pero la tasa de mortalidad fue de hasta al menos el 40%. (3)

La revisión en México incluyó a 256 pacientes diagnosticados con TTRN que fueron tratados en 61 hospitales afiliados con el Ministerio de Salud. Donde las madres fueron en el 3% primíparas, en la mayoría fueron madres más jóvenes con una edad media de 25 años. El 8,9% tiene alguna enfermedad crónica (diabetes, asma o hipertensión arterial). La mayoría, es decir el 71% de los casos tenían al menos seis visitas a un médico en el Ministerio de Salud. La mitad tuvo algunos problemas durante el embarazo. En su mayoría fueron de neonatos de sexo masculino. La semana gestacional promedio fue de 37 semanas. Un tercio tenía mucho peso al nacer y el 14% tuvo que ser transferido debido a complicaciones; La mayoría de ellos fueron trasladados en ambulancia (69,4%), médico (52,8%) e incubadora (58,3%). (4)

Tome los resultados para el índice de atención de calidad de TTRN. En cuanto a sus factores asociados que afectan a los neonatos, nos indica que más del 90% de las madres fuman, tienen asma y dan a luz con cirugía. Es por eso que la tasa de esfuerzo dedicado a investigar factores clínicos asociados a la insuficiencia respiratoria (aleteo nasal, disnea) en términos del diagnóstico varía entre el 86-98%, además de que la presión arterial que fue de 44,6%, los estudios imagenológicos y complementarios de diagnóstico (radiografía pulmonar, hemograma, oximetría de pulso) fueron solicitados más adelante. Se utilizó la administración de solución parenteral para esta patología en el 10% de los casos de recién nacidos con esta patología y la alimentación por sonda orogástrica fue utilizada en el 41% de todos los casos. (4)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

TTN o TTRN se desarrollan en bebés a término o prematuros. La diabetes se puede observar en el 11% de los pacientes. La dificultad para respirar en los bebés recién nacidos se ha considerado durante mucho tiempo una afección leve y autolimitada, pero la investigación sugiere que puede causar asma en etapas tempranas en la vida. (5)

Aunque se desconoce la etiología exacta de esta enfermedad en neonatos, la mayoría de los autores están de acuerdo con la teoría de Avery et al. de que la condición es causada por la gran cantidad de líquido en los pulmones causando atrapamiento de aire alveolar. Los pulmones siguen una reducción, lo que causa primordialmente la dificultad para respirar, que es la característica principal de esta patología. (5)

Surge la existencia de otras ideas sobre esta enfermedad, uno de ellos es por la supresión tardía de líquidos debidos a la ausencia de compresiones torácicas, que se inhiben durante una cesárea, generalmente depende o se influye en la sedación de la madre o la reabsorción de líquido amniótico. Otros investigadores creen que esta enfermedad puede ser ocasionada por una

deficiencia en el proceso de producción de surfactante. En última instancia, argumentan que el problema de adaptación y déficit de desarrollo de la vida fuera del útero en el nacimiento es una complicación que afecta principalmente a las vías respiratorias de un neonato. (5) (6)

Los síntomas descritos anteriormente se deben a la falta de surfactante, una mezcla de fosfolípidos que reduce la tensión de los alvéolos, reduciendo así la presión necesaria para controlar la hinchazón alveolar y mantener la estabilidad alveolar. La incapacidad de crear un aumento en la necesidad de aumentar la presión alveolar debido al surfactante leve afecta el desarrollo de atelectasia persistente y generalizada. La deficiencia de surfactante también evita que los alvéolos abran menos los pulmones (por ejemplo, de extremo a extremo).(6)

La falta de vaciado de los pulmones del espacio aéreo también es una causa de nacimiento prematuro, ya que la deficiencia de surfactante juega un papel importante en la condición de los bebés. Además, los datos de estos dos estudios de cohortes muestran que el agente genético está sujeto a dudas porque la base genética aún no se explica. (16)

En estos recién nacidos, los pulmones son inmaduros y la madurez bioquímica del sistema surfactante pulmonar no está completamente desarrollado porque los bebés nacen con una deficiencia de surfactante alveolar en sus pulmones, que inhibe el intercambio de gases y la ventilación.(8)

El término "dificultad respiratoria" se asocia con problemas respiratorios y se asocia con muchas afecciones. que a menudo afectan la respiración, con mayor frecuencia retracción xifoidea, retracción subcostal e intercostal, pérdida de toracoabdominal, ritmo cardíaco y sobre todo el aleteo nasal.(8)

En los últimos años, según las investigaciones y los avances en el tratamiento y el estudio, han reducido la Tasa de mortalidad de estas personas, pero no en su enfermedad, porque esto se debe a que su pulmón se encuentra en una adaptación de su ampliación, como funcional inconcluso debido a los cambios. La asfixia perinatal debe ocurrir en la etapa de vida de la respiración placentaria hasta el gas pulmonar intercambiado, es causada por factores como el parto prematuro, la cesárea y los medicamentos sedantes administrados a las mujeres embarazadas. (9)

Este aspecto comienza poco después del nacimiento con signos y síntomas de mal funcionamiento y dificultad para respirar. debido a la dificultad en el intercambio de gases. Los problemas respiratorios aumentan en el primer período de supervivencia neonatal, su intensidad aumenta después de dos días, Por lo tanto, si ocurren problemas y si se usa incorrectamente el tratamiento, aumenta hasta el tercer día.(9)

Como se sabe a partir de algunos estudios, la frecuencia y la gravedad de los síntomas de dificultad respiratoria en los lactantes suelen ser iguales a los más jóvenes, cuanto menor es su peso, más es su estado patológico, patrón que se ajusta a la lista de todos los neonatos en esta área de afección. La mayor parte de la evidencia, 49%, se observa entre la semana 32 y las semanas 25 y 27. Ocurre en la mayoría de los hombres, se encuentra en bebés nacidos por cesárea, seguidos de gemelos. (9).

Asimismo, se pueden evaluar en embarazos prolongados, recién nacidos de madres diabéticas con control metabólico, hemorragia intraparto o asfixia perinatal. La presencia de síntomas y signos de disnea en el primer período después del nacimiento es una condición común, el tratamiento y el diagnóstico deben reorganizarse y mejorarse señalando desde La perspectiva de la persona, ya sea que se trate de un recién nacido a término o prematuro, de madres muy pocos nacimientos. (9)

Además, se debe prestar atención a las condiciones perinatales, como la infección en la madre y cambios en el cuerpo durante el embarazo. La insuficiencia respiratoria persistente inducida por estrés se predijo mediante soporte respiratorio debido a cambios en las mediciones de gases y una pequeña cantidad de oxígeno y síntomas de dificultad respiratoria. (17)

Esta enfermedad respiratoria se caracteriza por atelectasia difusa en los pulmones, generalmente debido a surfactante insuficiente. Esto causa presión en los alvéolos, lo que afecta el intercambio de dióxido de carbono y oxígeno en neonatos a término.(10).

2.2.1. EPIDEMIOLOGÍA

Se dice que esta condición ocurre en aproximadamente el 11 por ciento de los bebés prematuros y es más común sobre todo en bebés que pesen más de 1490 gramos. Esta es la principal causa de muerte entre los niños con una tasa del 50,9%. Ocurre en la etapa de maduración pulmonar en lugar de la edad gestacional. La política de salud es tan estricta que cubre menos del 0,3% de todos los recién nacidos, Por lo tanto, trata de mantener esta tasa igual o por debajo del 0,4% y el 9% de miles de Nacimientos. Todos los niños son prematuros. (10)

Los resultados del INEC en Ecuador permitieron identificar 9160 pacientes egresados del hospital con un promedio Estancia hospitalaria de 78 días a nivel nacional. Hay 5.010 hombres con una estancia media de 41 días y 4.135 mujeres con una estancia media de 37 días de cuidados Intrahospitalarios. (10)

2.2.2. FISIOPATOLOGÍA

Es importante entender el mecanismo de producción de TTN porque en condiciones normales la secreción pulmonar es producida por células epiteliales pulmonares que se producen en la etapa glandular del tercer trimestre del embarazo. El líquido contiene una pequeña cantidad de sodio

pasivo simultáneo (NA⁺) y una gran cantidad de cloro (CL⁻), con agua que entra en el espacio alveolar del feto a través del tipo I y tipo II neumocitos.

Cabe destacar que la producción de este líquido en los pulmones es importante para el crecimiento y la función de los pulmones y también ayuda en la producción de líquido amniótico. (11) El líquido en los pulmones aumenta a medida que pasa cada semana de embarazo, hasta 25-30 ml / kg y disminuye durante el embarazo. (11)

Esto se debe a que cuando hay estrés en el trabajo, hormonas como catecolaminas, cortisol, prostaglandina E₂ (PGE), La vasopresina, las hormonas tiroideas se liberan, causando la producción de adrenalina fetal, que activa los canales epiteliales de sodio (ENaC) que invierte el proceso de reabsorción. En otras palabras, el líquido en los pulmones ahora será de 18 ml / kg, e incluso si la mayoría del líquido se absorbe en los pulmones, más, o incluso menos, tiene que ser eliminado por acción mecánica. y fluye a través de los ganglios linfáticos pulmonares. Después del nacimiento, la epinefrina y parte del oxígeno aumentan, lo que permite que los pulmones absorban más agua liberada de las vías respiratorias dentro de 2 a 6 horas generalmente. (11)

De lo contrario, la acuaporina 5 (AQP5) es el producto principal al cambiar la absorción de agua de las células pulmonares cuando el exceso de líquido en los pulmones no se puede extirpar debido a la falta de reabsorción. Así es que se resuelve el problema dejando que la acuaporina elimine el líquido. (11)

Cuando hablamos de la enfermedad TTRN, hay un proceso en el que el epitelio alveolar aumenta debido a al volumen disponible; Causando el engrosamiento asociado con el asma bronquial y, por lo tanto, la congestión del aire. Por ello debido al exceso de volumen, la enfermedad en el cuerpo del neonato aumenta. (11)

El principal problema con esta situación es que hay una falta de producción de surfactante en los alvéolos, esto puede verse afectado por los pulmones inmaduros, por asfixia, meconio o edema, diabetes e hipotermia, causando

un aumento de las tensiones superficiales y el colapso de los alvéolos sin dejar cualquier residuo durante el proceso de la inhalación. Generalmente un shunt de derecha a izquierda ocurre con pocos alvéolos móviles y causa hipoxemia. La hipoxemia aumenta la permeabilidad capilar y el edema se produce en gran medida debido a la necesidad de surfactante. (8)

Esto causa la acumulación de proteínas en los alvéolos que cubren la superficie de los alvéolos en cuestión de minutos. El efecto más beneficioso es sobre el pulmón inmaduro y su sistema enzimático, que ayuda a producir suficiente surfactante en neumocitos de grado 2. La producción de surfactante también puede verse afectada por asfixia, meconio o edema, diabetes e hipotermia. (8)

Comienza cuando los pulmones salen debido a un aumento de las catecolaminas maternas, especialmente en el de 6 horas antes del trabajo de parto, en hasta el 46% de las cesareadas. Esto provoca un cambio en la función de los canales epiteliales de sodio, lo que conduce a la absorción de líquido y sodio de los pulmones al intersticio y que luego sería transportado hacia fuera por los vasos linfáticos y pulmonares. (9)

A medida que la presión de O₂ aumenta durante la primera fase de la respiración, el exceso de líquido que los pulmones no pueden botar no permite que la absorción sea expulsada a través de los canales de sodio, lo que resulta en telangiectasia, lo que hace que el líquido ingrese al espacio vascular. Naturalmente, este líquido tarda unas seis horas en drenar, pero la dificultad para respirar en los bebés se puede prevenir engrosando la membrana alveolar-capilar. (10)

El meconio aspirado por los bebés causa neumonía e impulsa el desarrollo de edema pulmonar, incluyendo los desórdenes de la disfunción de surfactante, que es el responsable de la aparición de atelectasia, lo que después resulta en obstrucción respiratoria por atrapamiento de aire en los alveolos para el desarrollo de neumotórax y enfisema manifestándose sobre

todo con roncus, estertores, taquipnea, cianosis y una fuerte resistencia pulmonar. (11)

Surfactante

Su composición se debe a un 80% de fosfolípidos (dipalmitoilfosfatidilcolina), un 12% de proteínas hidrófilas SP-A y SP-D. Hidrofobicidad: SP-B y SP-C, 8% lípido neutro. Hay dos tipos de células alveolares: neumocitos tipo I, la mayoría de los cuales forman un y capa delgada en la pared alveolar; y neumocitos tipo II implicados en la síntesis y secreción de surfactante pulmonar. (12)

Este surfactante se encuentra en el día 22-26 del embarazo generalmente producido en semanas. Esto es muy importante para los bebés porque mantiene los alvéolos abiertos y evita que el colapso. La deficiencia o falta de proteína surfactante se ha asociado con dificultad respiratoria grave documentada en ambos bebés, tanto a término y prematuros. (12).

Sin embargo, la síntesis o liberación insuficiente de surfactante causa atelectasia, deshidratación de las capas alveolares y enfermedad de la membrana hialina, que es una de las causas de muerte infantil. Por lo general, es causada por factores maternos como el asma materna y la preeclampsia. Hay muchos factores importantes como el peso al nacer, el sangrado ventricular y otros. (12)

2.2.3. FACTORES ASOCIADO A TTRN

La enfermedad TTRN es una enfermedad variable de tipo respiratoria causada por un retraso en la reabsorción pulmonar. Hay muchos factores que afectan el nivel de desarrollo de los pulmones del recién nacido al nacer, resultante de insuficiencia respiratoria y mayor demanda de oxígeno. Los principales factores incluyen desde el tratamiento y la reducción de la

distensibilidad pulmonar, la madre y el bebé, incluido el oxígeno deficiente. Además; causas genéticas, como la etnia caucásica, mutaciones en los receptores betaadrenérgicos de neumocitos tipo II. Las deformidades torácicas que causan hipoplasia pulmonar, como las hernias diafragmáticas, aumentan el riesgo de surfactante deficiente. (12)

Aunque muchos factores no afectan la producción, liberación o actividad de surfactante; Algunos cambios pueden retrasar la reabsorción de líquidos en los pulmones, como la reducción de la reabsorción de líquidos durante Parto sin trabajo de parto, causando así el edema cardiogénico al reducir la presión intravascular y la permeabilidad capilar. La disminución o disfuncionalidad de los canales de sodio y agua en la bomba Na-K-ATPasa causa TTRN. (12)

2.2.4. FACTORES MATERNOS

Las condiciones parentales pueden afectar el desarrollo de dificultad para respirar en niños más pequeños o el desarrollo de dificultad respiratoria tipo II, que puede ser causada por una variedad de condiciones tales como: Parto por Cesárea, la sedación por largo tiempo dentro del quirófano, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, madres con antecedentes de tabaquismo, Asma Bronquial materna, la ruptura de membranas mayor a 24 horas, las Infecciones Vaginales dentro del embarazo, antecedentes de preeclampsia previa, los hábitos toxicológicos de la madre y en especial la edad materna (13).

Nacimiento por cesárea

El nacimiento prematuro es un factor asociado ya que las madres son aquellas que por alguna complicación o enfermedad deben realizarse la cesárea, que se asocia con dificultad para respirar del recién nacido después del procedimiento. Esto se debe a que los bebés prematuros no desarrollan surfactante en los pulmones; Por lo tanto, los bebés prematuros no pasarán por todas las etapas del nacimiento. Así es como se produce la inactivación de la succión pulmonar fetal. Cabe recalcar que estos bebés entran en el ambiente extrauterino con más líquido en sus pulmones y respiran cada vez menos. Este tipo de reacción que además de ser inmediata, es un fenómeno

común en los problemas respiratorios asociados con niños recién nacidos por cesárea. (13)

Parto prolongado

El trabajo prolongado conduce a períodos de hipoxia fisiológica. Esto se refiere a los cambios en el mecanismo del cloro activo y los canales pasivos de Na y el Bomba de Na-K-ATPasa mediada por la liberación de catecolaminas.

Aunque se permite que el agua pase a través del sistema de compensación de acuaporina 5; En los niños, el volumen excesivo puede ser el resultado del líquido en las vías respiratorias que causa edema pulmonar y enfermedades respiratorias asociadas, como por ejemplo el asma bronquial. (13)

Asma materna

Esta condición afecta a las mujeres embarazadas cuando tienen problemas para suministrar oxígeno al feto. Este problema hace que los vasos sanguíneos disminuyan la velocidad, debilita el sistema inmunológico y los pulmones, y aumenta el riesgo de dificultades respiratorias o asfixia en los bebés. (14)

Ruptura Prematura De Membranas

Es la pérdida de la continuidad de la membrana amniótica coriónica debido a diversas etiologías, principalmente del tracto urinario y afectación del sistema genital, principalmente en la semana 20 del embarazo y justo antes del inicio de trabajo, es decir, se llama tiempo de elongación de más de 24 horas. Los principales riesgos para un feto con esta afección son el parto prematuro y los problemas respiratorios. La enterocolitis necrosante, la sepsis y la hemorragia ventricular son poco frecuentes en este contexto. (14)

Hábitos tóxicos de la madre

Los malos hábitos de las mujeres embarazadas tendrán consecuencias para el bebé. Fumar durante el embarazo puede causar sufrimiento fetal y asfixia perinatal, además de bajo peso al nacer y parto prematuro. La nicotina causa vasoconstricción de la arteria uterina y aumenta la carboxihemoglobina en el feto. Además de los efectos perjudiciales del cianuro, tiocianato y monóxido de carbono, causa disminución del suministro de oxígeno y nutrientes al feto a través de parto prematuro e hipoxia. (14)

Infecciones urinarias y vaginales

Las infecciones urinarias y del tracto genital no tratadas o no controladas durante el embarazo conducen no solo a la taquipnea neonatal (TTRN), también conducen a la hiperbilirrubinemia, enfermedad de la membrana hialina y neumonía neonatal. Los metabolitos de estos organismos causan debilitamiento del sistema inmune y su respuesta inflamatoria fetal síndrome, produce debilidad y ruptura prematura de la membrana folicular, y corioamnionitis. (15).

Preeclampsia

Esta intervención se asocia con hipertensión arterial y ocurre a partir del final de la semana 20 de embarazo. Afecta a la placenta y su único tratamiento está relacionado con el embarazo porque se piensa ser un problema vascular grave resultante de un aumento de la resistencia vascular, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo de plaquetas, aumento de la respuesta inflamatoria y activación del sistema de coagulación. Síndrome fetal (oligohidramnios), nacimiento prematuro, retraso del crecimiento fetal o alteración de la oxigenación. (15)

Edad Materna

La edad gestacional de una mujer tiene un efecto positivo en el desarrollo de los bebés, por ejemplo, La edad comienza a causar anomalías en el cuerpo

a partir de los 35 años, y el riesgo de Las malformaciones en el bebé son 2,37 veces mayores que en los jóvenes. (5).

2.2.5. FACTORES NEONATALES

Los bebés prematuros en especial los que están con bajo peso o sobrepeso y aparte están cursando entre las 32 y 35 semanas tienen problemas respiratorios al nacer, a menudo se manifiesta por problemas como la viruela, diabetes, acidosis metabólica, ictericia fisiológica y también la hemorragia intraventricular, por lo que necesitan soporte de oxígeno durante su estancia. En efecto muchos de estos niños han sido afectados mayormente con el cuidado inadecuado en etapas prenatales y perinatales, lo que conlleva a la aparición del parto prematuro. (5).

Clínica

La terapia respiratoria directa se usa inmediatamente después del nacimiento cuando los niños tienen signos o síntomas de respiración angustia y dificultad para respirar con cianosis central. Cuando un bebé prematuro desarrolla apnea, se necesita una intervención inmediata. Las personas a menudo experimentan problemas con el conducto arterioso persistente (CAP) y una derivación inicial derecha-izquierda (conducto silencioso), que puede causar complicaciones de esta condición; Cuando se crea taquicardia, hipercinética precordial, pulsos de "salto", soplo cardíaco y cambios en la perfusión. (16).

Los síntomas leves pueden desaparecer en 1-2 días, y se recomienda la oxigenoterapia para una recuperación completa. En los casos más graves, la hipoxemia y la acidosis mixta deben tratarse rápidamente con oxígeno y Terapia de ventilación mecánica. La gasometría arterial y la mala ventilación son buenos indicadores de enfermedad grave. La administración periódica de tensioactivos puede alterar el curso y la gravedad de la TTN.(16)

Una puntuación alta de Silverman, cianosis y dificultad para respirar son los síntomas más comunes en esta condición. La auscultación encontró

hipoventilación bilateral simétrica con efectos adversos, y el neonato se comportó mal con poca estimulación de la respuesta respiratoria. El llenado capilar lento y la hipotensión a menudo se observan en los gases sanguíneos. Los valores de PaO₂ <50-60 mmHg se alcanzan en la fase inicial, luego la hipercapnia puede ocurrir simultáneamente con dolor intenso. (14).

2.2.6. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

El examen radiográfico de los recién nacidos en los primeros minutos de vida puede mostrar la misma imagen, Pero con el tiempo aparecen patrones de dificultad respiratoria, que son opacidades difusas en forma de nódulos reticulares vítreos. Broncograma aéreo. Además, las radiografías se pueden utilizar para evaluar la presencia de enfermedades infecciosas como fugas de aire, neumotórax, enfisema intersticial, deformidades. (14)

2.2.7. COMPLICACIONES

Taquipnea persistente, dificultad para respirar, hipertensión pulmonar, shunt intracardiaco de derecha a izquierda, sepsis temprana, neumonía se puede mostrar entre las complicaciones que ocurren en los bebés. Estos problemas requieren tratamiento basado en la patología, como ventilación y oxígeno, soporte aminérgico e hidratación en dosis de mantenimiento. (14)

Hipertensión pulmonar

Es una complicación de la taquipnea transitoria neonatal o síndrome de dificultad respiratoria tipo II, caracterizado por un aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP) al nacer, lo que resulta en la no relajación de la vasculatura, causante del conducto arterioso e hipertensión pulmonar con transmisión extrapulmonar. agujero. La derivación oval de derecha a izquierda produce hipoxia severa que causa hipoxia tisular y corazón fracaso, lo que resulta en morbilidad y mortalidad graves. (14)

Ductus Arterioso Permeable

Durante la vida fetal en el útero, el conducto arterioso o conducto arterioso persistente es el encargado de enviar sangre flujo a través de la arteria pulmonar hasta la aorta. Esto significa que el 80% de la producción del corazón proviene de la circulación sistémica y el 15% de los pulmones. La función principal de la oxigenación fetal es conectar el tronco de la arteria pulmonar a la aorta. (16)

2.2.8. PREVENCIÓN

La amenaza de parto prematuro debe abordarse de inmediato, porque el parto prematuro es la causa del desarrollo de TTRN. A pesar de estos estudios, la opción de tratamiento más adecuada son los corticosteroides, incluyendo betametasona 12 mg por vía intramuscular dos veces, con 24 a 48 horas de diferencia. Los resultados serán mejores cuando pasen 24 horas y 7 días desde el inicio del tratamiento hasta el momento de la entrega.

2.2.9. TRATAMIENTO

Los bebés prematuros menores de 28 semanas de gestación deben ir acompañados de un especialista en RCP, ya que este período es crítico y la respiración se reduce. La administración directa de oxígeno al 100% se está discutiendo actualmente porque requiere un monitor para determinar cuánto oxígeno se necesita y ver cómo responderá el paciente. (17)

Se recomienda la reanimación en un máximo del 50%, y la concentración debe aumentarse si el paciente no responde 90 segundos después de llenar adecuadamente su boca. El valor de saturación puede ser 40-60% al nacer, 50-80% en 5 minutos después del nacimiento y 85% en 10 minutos. Por lo tanto, es necesario mantener el oxígeno a esta altura. (17).

Oxigenoterapia

Después de evaluar al bebé, debe decidir si el paciente está respirando y qué tipo de oxígeno terapia que usará de acuerdo con sus síntomas. Si la respiración es adecuada, se puede hacer una "buena respiración continua", use el puente de la nariz con "mejor ventilación" e instálelo entre las líneas de flotación a un valor alto de cinco a seis centímetros. Además, se debe colocar un tubo endotraqueal para proporcionar suficiente presión para el reclutamiento alveolar. (17)

Se debe evitar la hipotermia y los bebés menores de 28 semanas deben mantenerse en una bolsa de plástico. después del ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta que se confirme la fiebre del paciente. La presión positiva en las vías respiratorias (CPAP) se puede usar inicialmente para prevenir el colapso pulmonar, ya que promueve la surfactante síntesis y también altera el curso de la TTRN. También permite una extubación rápida y reduce el fracaso de la extubación después de la instilación de surfactante traqueal o prolongada ventilación mecánica. Una cánula se usa de forma no invasiva, preferiblemente usando cánulas nasales. (17).

Administración de surfactante

Desde su uso en los años 80, ha habido muchos estudios que demuestran la eficacia de su uso considerado por sus líderes como un medicamento utilizado en la UCIN, se ha demostrado para mejorar la oxigenación en los niños y reducir la probabilidad de fugas de aire. También reducir la tasa de mortalidad por TTRN en un 40%. Existen dos tipos de tensioactivos, uno natural y otro sintético, ambos son efectivos, pero El surfactante de origen natural es el principal, ya que muchos estudios lo han encontrado útil en respuesta a la oxigenación más rápida y mejorando los problemas pulmonares. (18).

Síndrome de aspiración de meconio

Este tipo de infección es una de las causas de eventos neonatales, pero su prevalencia ha disminuido en los últimos años debido a una disminución en las pacientes post-embarazo. El 20% de los bebés tienen líquido amniótico contaminado con meconio, pero solo el 9% de los bebés tienen meconio aspirado en el matriz. Esta absorción se puede hacer antes, durante o después del trabajo. Los casos más graves pueden convertirse en asfixia o infección a través de procedimientos secundarios. (19)

La aspiración de meconio causa obstrucción respiratoria con diferentes mecanismos, como la respiración esofágica y diferentes mecanismos. tales como productos químicos, infecciones e insuficiencia respiratoria. intervención del meconio; a medida que las vías respiratorias se estrechan, el aire puede entrar durante la exhalación; El tapón de meconio bloquea completamente los bronquiolos, causando atrapamiento de aire. (19)

Los síntomas varían con la enfermedad hipóxica y el uso y la dosis de aspiración de meconio. El inicio puede ser temprano y puede presentarse con hipoxemia en los primeros doce o veinticuatro años. horas. Este tipo de enfermedad se presenta con problemas respiratorios desadaptativos, causa daño pulmonar y, a menudo, asociado con neumonía. (18)

Enfermedad de la Membrana Hialina

Esta enfermedad se considera una enfermedad respiratoria causada por un surfactante pulmonar insuficiente, lo que resulta en una insuficiencia de producción por falta de energía o emociones negativas. Para confirmar el diagnóstico, síntomas como dificultad para respirar, aumento de la fuerza durante la contracción intercostal, y se deben tener en cuenta los gruñidos. (20)

Evidencia sobre radiografías de tórax desde opacidad pequeña hasta apariencia nodular reticular homogénea y volumen pulmonar reducido; y

pruebas diagnósticas para insuficiencia respiratoria con reposición de gases arteriales. La oximetría de pulso E-3 muestra niveles de oxígeno casi normales tan pronto como diez minutos después del nacimiento y, Por lo tanto, no es informativo para el diagnóstico precoz y poco fiable para la toma de decisiones. (20).

Para prevenir el parto prematuro, la prevención del trabajo de parto prematuro mediante un tratamiento prenatal adecuado (cinco medidas de control durante embarazo) se considera una mejor estrategia porque es más probable. La mayor parte de este problema ocurre a una edad más temprana. Si el parto está amenazado a las 26 y 34 semanas, se recomiendan corticosteroides prenatales para apoyar al feto. crecimiento y reducir la mortalidad perinatal; y betametasona en lugar de dexametasona, ambos son posibles. (19)

Hipertensión pulmonar persistente

Esta enfermedad se caracteriza por hipoxemia prolongada y cianosis causada por una derivación de derecha a izquierda en el Agujero oval y/o conducto arterioso debido a un flujo sanguíneo pulmonar insuficiente en la arteria pulmonar superior. Corazón. Puede ocurrir por primera vez o con mayor frecuencia como una complicación del pasaje respiratorio en el recién nacido, particularmente el síndrome de aspiración de meconio, neumonía, EMH y hernia diafragmática congénita (CDH). Ocurre en aproximadamente 1 de cada 500 nacimientos. (19)

Para prevenir esto, se recomienda el manejo estricto del embarazo y el manejo adecuado de los fetos como de alto riesgo. Los esfuerzos de manejo deben continuar para confirmar el diagnóstico del feto y resolverlo. rápidamente. A partir de estos métodos previos, se pueden desarrollar tratamientos apropiados para las enfermedades subyacentes que pueden causar dificultades respiratorias en los bebés. (20)

Para el diagnóstico de hipertensión crónica, se recomienda considerar la historia clínica si el bebé está cerca de término o en su desarrollo. Sufrimiento fetal con o sin aspiración de meconio, evidencia de hipoxia perinatal; etc.). Finalmente, se recomienda el diagnóstico prenatal sobre antecedentes de deformaciones. (19)

Neumonía neonatal

Este es el nombre del proceso infeccioso que afecta a los pulmones. Los síntomas aparecerán después de 3 días como en la neumonía congénita o 28 días después de la nosocomial Patología. La etiología de la neumonía neonatal es variable; Como en el caso de la neumonía temprana, las infecciones microbianas también jugaron un papel. Sin embargo, para la neumonía tardía, se puede decir que los síntomas de dolor comienzan a ocurrir 72 horas después nacimiento debido a bacterias con coagulasa negativa, *Staphylococcus aureus* y bacilos gramnegativos. (19)

Entre las recomendaciones, se autoriza el uso de medicinas de amplio espectro según la epidemiología de la unidad hospitalaria. La ampicilina se usa por vía intravenosa con gentamicina como fármaco de primera línea. Las cefalosporinas de tercera generación no deben usarse al iniciar la terapia con antibióticos, ya que pueden producir Bacilos gramnegativos resistentes a cefalosporinas. (20).

Se recomienda el desarrollo de terapia no basada en oxacilina y no vancomicina para pacientes con sospecha adquirida en el hospital. neumonía estafilocócica. Si hay evidencia de resistencia a los aminoglucósidos y cefalosporinas en bacterias gramnegativas, el tratamiento debe basarse en la susceptibilidad de estas bacterias y algunos tipos de medicamentos deben ser cambiado para reducir su reincidencia. (19)

2.3. MARCO LEGAL

El artículo 3 de la Constitución establece que la protección de la salud es responsabilidad del estado sin discriminación. Esta perspectiva es importante en una buena relación de servicio porque debe hacerse sin ser interrumpido por cuestiones culturales o de otro tipo. El artículo 32 de la Constitución regula los principios de la gestión de la salud; Es la calidad la que también afecta a la eficiencia del servicio. (21).

La Asamblea Nacional dijo que el Estado protegerá la vida humana más que la protección mercantil, ya que se considera la base de la intervención del Estado, y también porque todo el mundo tiene derecho a la salud y sus derechos son oportunos. Mediante un trabajo estable y no discriminatorio, recibiendo una buena atención y mejorando su vida y salud. Los niños y las niñas se consideran parte del grupo principal y, por lo tanto, se presta especial atención para hacer que los servicios sean buenos para ellos, especialmente en todas las áreas de salud del país. (21).

De acuerdo con las disposiciones del primer objetivo del "Plan Nacional de Desarrollo", que es garantizar que todos tengan una vida igual y digna, se dice que la salud debe cubrir todas las personas, y que también incluyen: los niños, las mujeres embarazadas, los jóvenes, las personas, los ancianos, etc. Por tanto, se deben cumplir los requisitos de esta ley. (22)

El objetivo fijado para 2021 fue de reducir la tasa de mortalidad infantil del país a 6,8 por 1.000 nacimiento, esto debería ser logrado a través de la participación de las madres, el uso de buenas prácticas médicas. (22)

CAPÍTULO III

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Materiales y métodos

Nivel: Descriptivo

Método **Cuantitativo.**

Tiempo: Retrospectivo

Diseño: Transversal.

3.1.2. Población y muestra

Total, de neonatos con diagnóstico de taquipnea transitoria del recién nacido CIE 10: P22.1 del Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2. enero 2018-enero 2021. (413 neonatos).

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión:

3.1.3.1. Criterios de inclusión

- Neonatos con diagnóstico de Taquipnea Respiratoria del Recién Nacido

3.1.3.2. Criterios de exclusión

- Neonatos sin diagnóstico de Taquipnea Respiratoria del Recién Nacido.

3.1.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Técnica: Se utilizó la observación indirecta

Instrumento: desarrollado por la matriz de recolección de datos de observación indirecta. Toda la información fue obtenida de las historias clínicas de los neonatos con taquipnea transitoria del recién nacido CIE 10: P22.1 del Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2.

3.1.5. Técnicas de Procesamiento y análisis de datos

Se lo realiza mediante la elaboración de tablas por medio del programa Excel desde el año 2018 hasta 2021. Se realizará el análisis de datos considerado el marco conceptual en relación a los resultados obtenidos en este estudio. Se realizó la tabulación con la base de datos, el análisis se representó en

estadística descriptiva con resultados porcentuales representados en gráficos.

3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

3.2.1. Variable general:

Factores asociados a la Taquipnea Transitoria del recién nacido

3.2.2. Operacionalización de variables

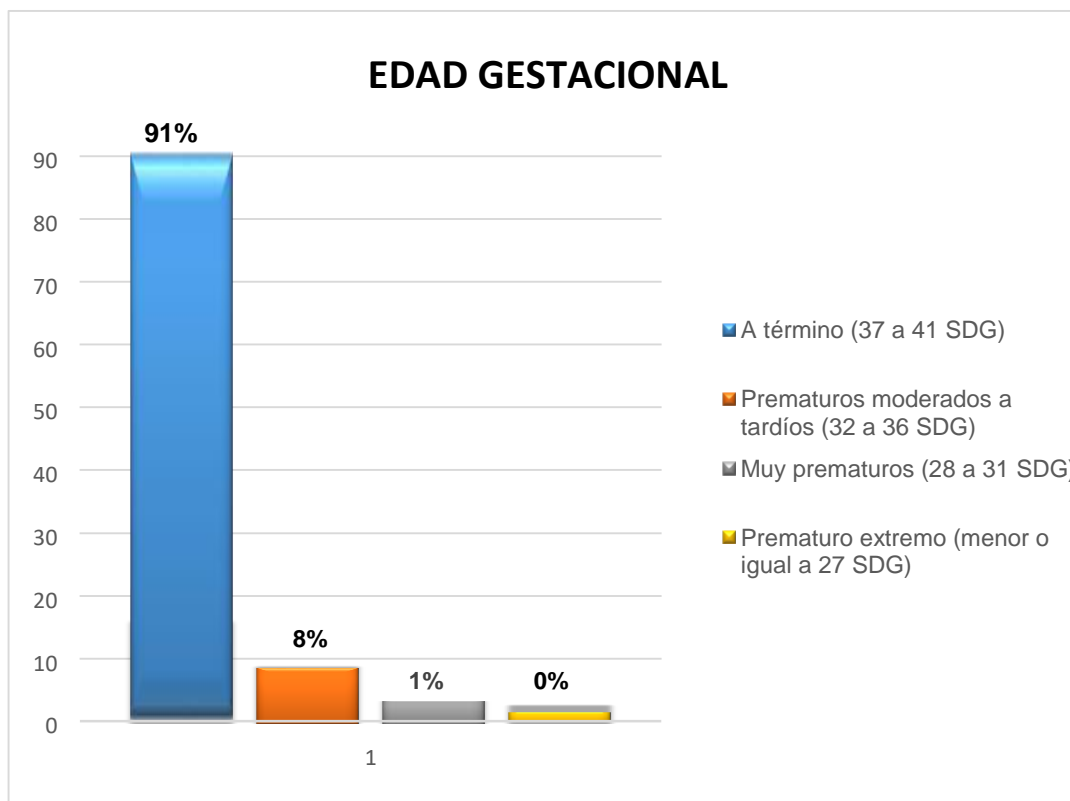
Definición	Dimensiones	Variables	Escala
		Edad gestacional	A término (37 a 41 semanas de gestación) Prematuros moderados a tardíos (32 a 36 semanas de gestación) Muy prematuros (28 a 31 semanas de gestación) Prematuro extremo (menor o igual a 27 semanas de gestación)
	Características del neonato	Peso del recién nacido	Macrosómico (> a 4000 gramos) Peso adecuado (>2500 gramos) Bajo peso al nacer (< a 2500 gramos) Muy bajo peso al nacer (< a 1500 gramos)

		Sexo	Hombre Mujer
		Valoración de APGAR	Normal 7-10 puntos Moderada 4-6 puntos Severa < 4 puntos

		Controles prenatales	1 a 4 controles 5 a 8 controles Ningún control
	Características de la madre	Antecedentes patológicos de la madre	Diabetes Gestacional Hipertensión crónica Preeclampsia ITU (Infección del tracto urinario) Candidiasis
		Edad materna	De 20 a 23 años De 24 a 26 años De 27 a 31 años De 32 a 35 años De 36 a 39 años

3.3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfico No. 1 Neonatos con TTN según la edad gestacional



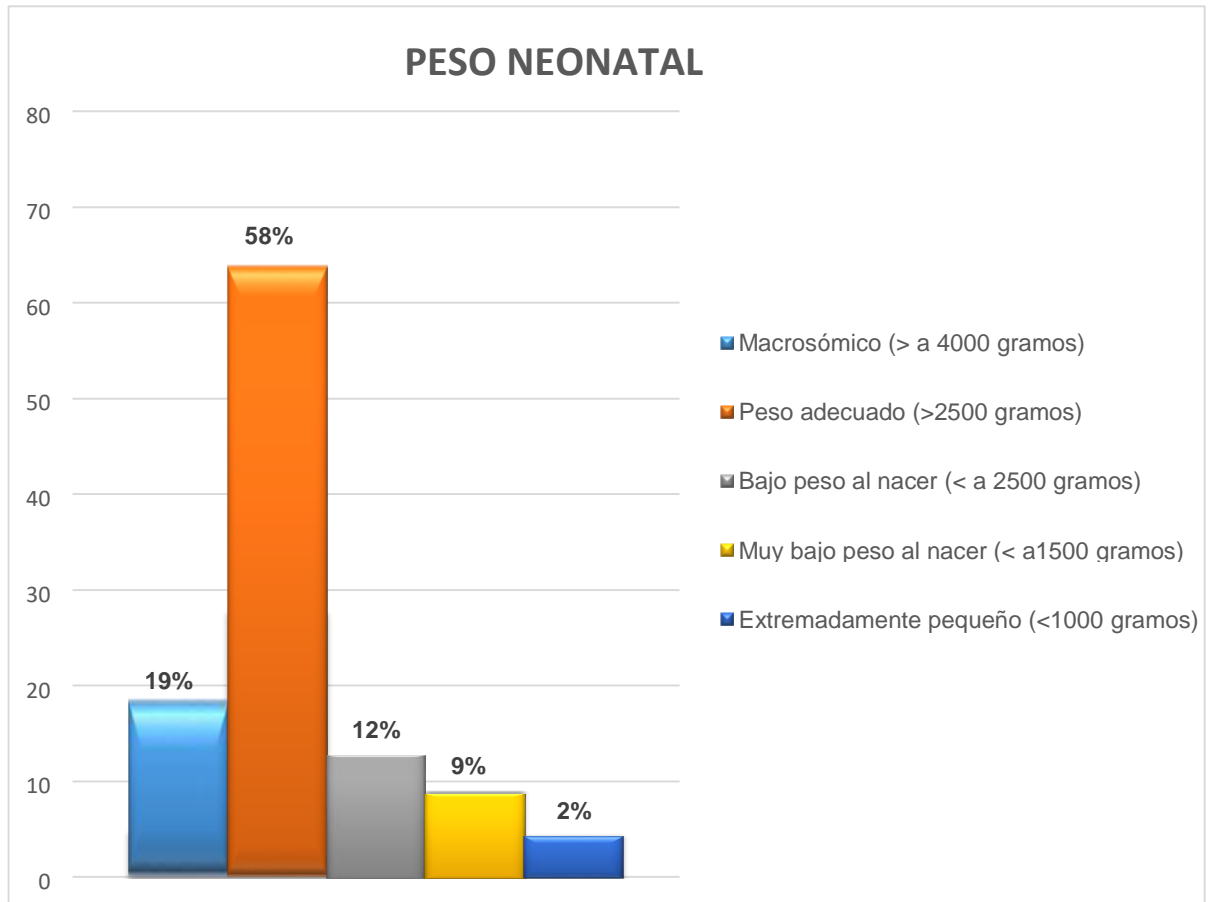
Fuente: Observación indirecta a neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Elaborado por: Kevin David Rea Haro

Análisis:

Estos resultados nos señalan en primera instancia que la mayoría de las embarazadas tenía una edad gestacional entre las 37 y 41 semanas de gestación (SDG) lo cual comprende el 91% de nacimientos a término, en segundo lugar, está seguido de los prematuros moderados a tardíos de 32 a 36 semanas en un 8% y por último el 1% corresponde a neonatos muy prematuros de 28 a 31 semanas de gestación. Sin ningún caso observado de neonatos menor o igual a 27 semanas. Según el gráfico se sabe que la edad gestacional es considerada como el primer factor para el aumento de complicaciones neonatales.

Gráfico No. 2 Neonatos con TTN según el peso



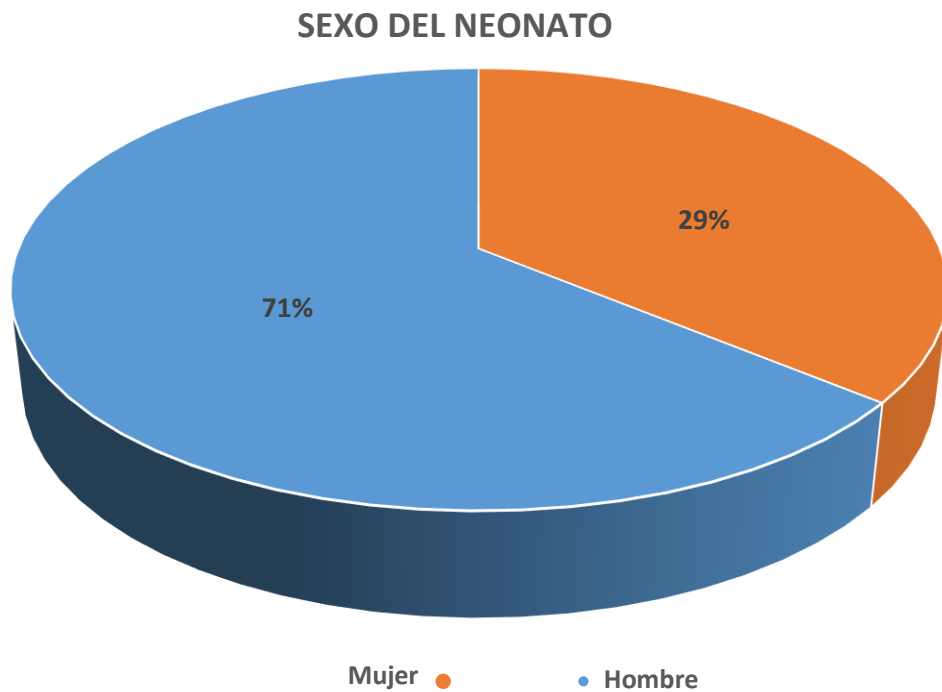
Fuente: Observación indirecta a neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Elaborado por: Kevin David Rea Haro

Análisis:

Estos resultados nos indican que el peso adecuado al nacer se sitúa en un 58% según los datos obtenidos, como segundo lugar, tenemos a los neonatos macrosómicos con un 19% de los casos. En Tercer lugar, se encuentran los neonatos con bajo peso al nacer con un 12%. Luego continúan los neonatos de muy bajo peso con un 9% y por último los neonatos con peso extremadamente pequeño representan el 2%. Según el gráfico se sabe que el peso adecuado en neonatos nacidos por cesárea no es uno de los factores primordiales para desarrollar posteriormente complicaciones respiratorias en los diferentes estadios, y sobre todo más comúnmente en aquellos neonatos con adecuado peso al nacer.

Gráfico No. 3 Neonatos con TTN según el sexo



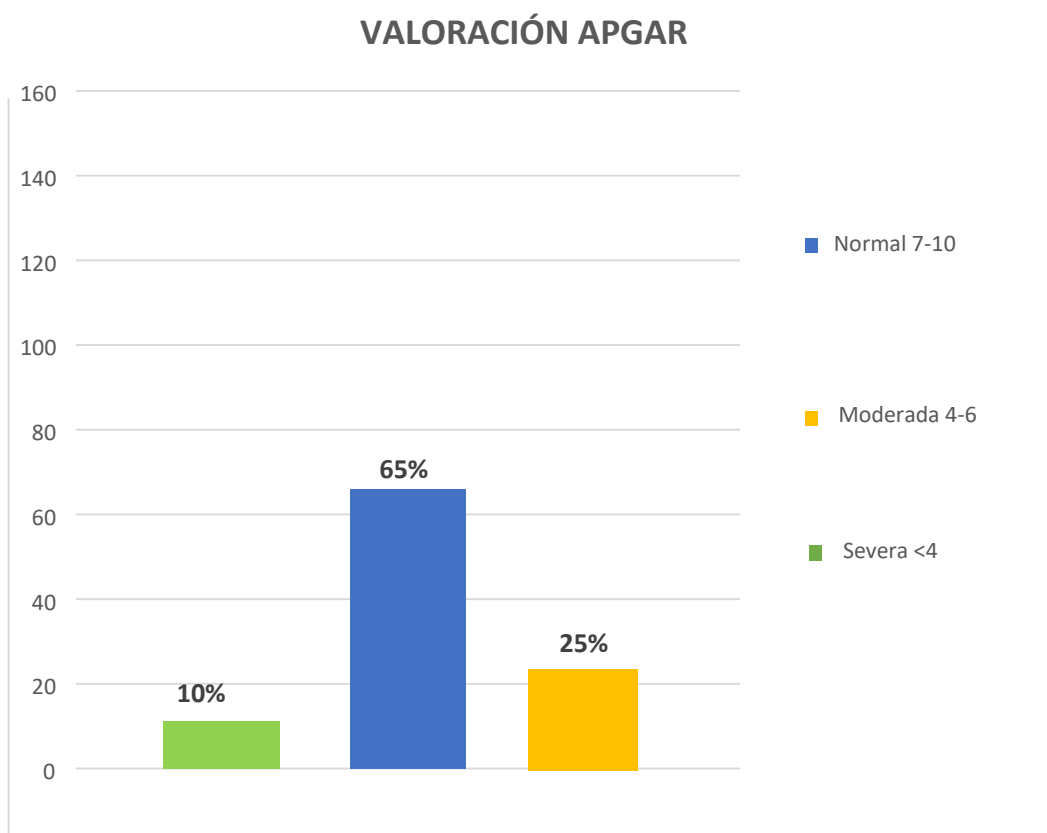
Fuente: Observación indirecta a neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Elaborado por: Kevin David Rea Haro

Análisis:

Estos resultados nos indican que la mayoría de los pacientes neonatales, son de sexo masculino representando al 71% de los casos y en cambio el sexo femenino representó el 29% de los casos de este estudio, demostrando que los varones son la población más propensa a presentar complicaciones respiratorias.

Gráfico No. 4 Neonatos con TTN según Valoración APGAR



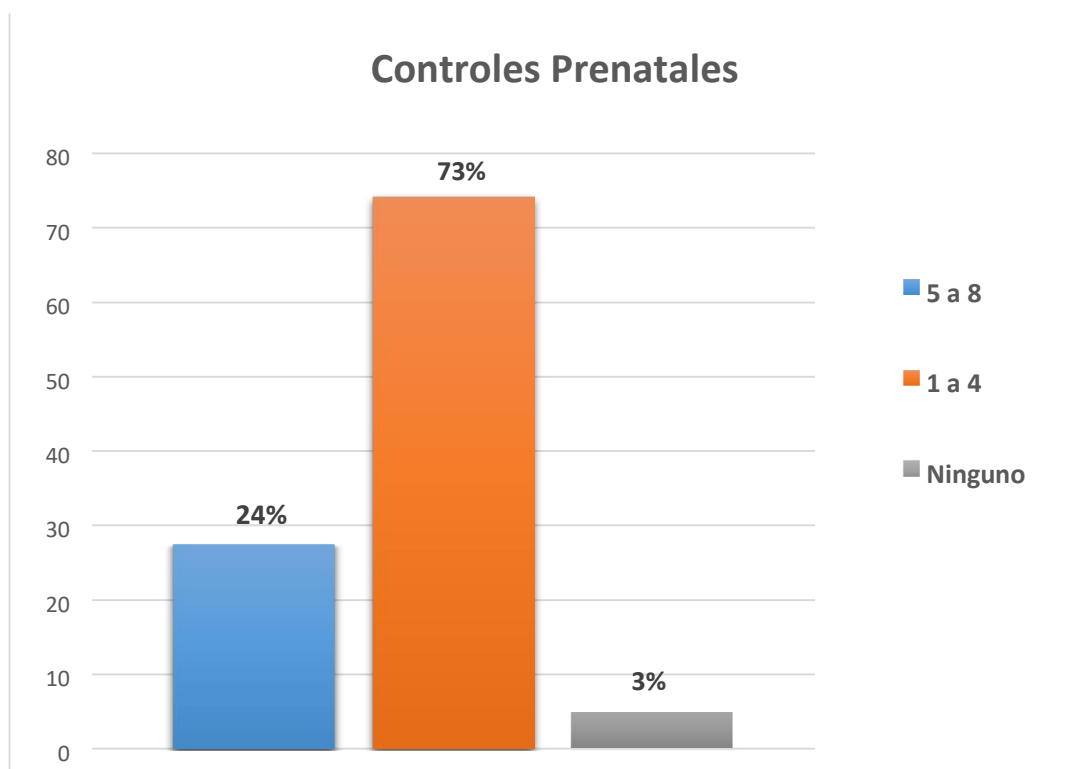
Fuente: Observación indirecta a neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Elaborado por: Kevin David Rea Haro

Análisis:

Estos resultados acordes a la valoración del APGAR nos indican que la mayor parte de los pacientes neonatales tuvo una valoración normal de 7-10, representando al 65% de los casos. En segundo lugar, los neonatos con una valoración moderada 4-6 con un índice del 25% y por último una valoración de Apgar severa <4 representando el 10% de los casos de este estudio. Demostrando así saber que el estado general normal del neonato no es una razón para presentar complicaciones respiratorias que necesiten asistencia especializada.

Gráfico No. 5 Controles Prenatales



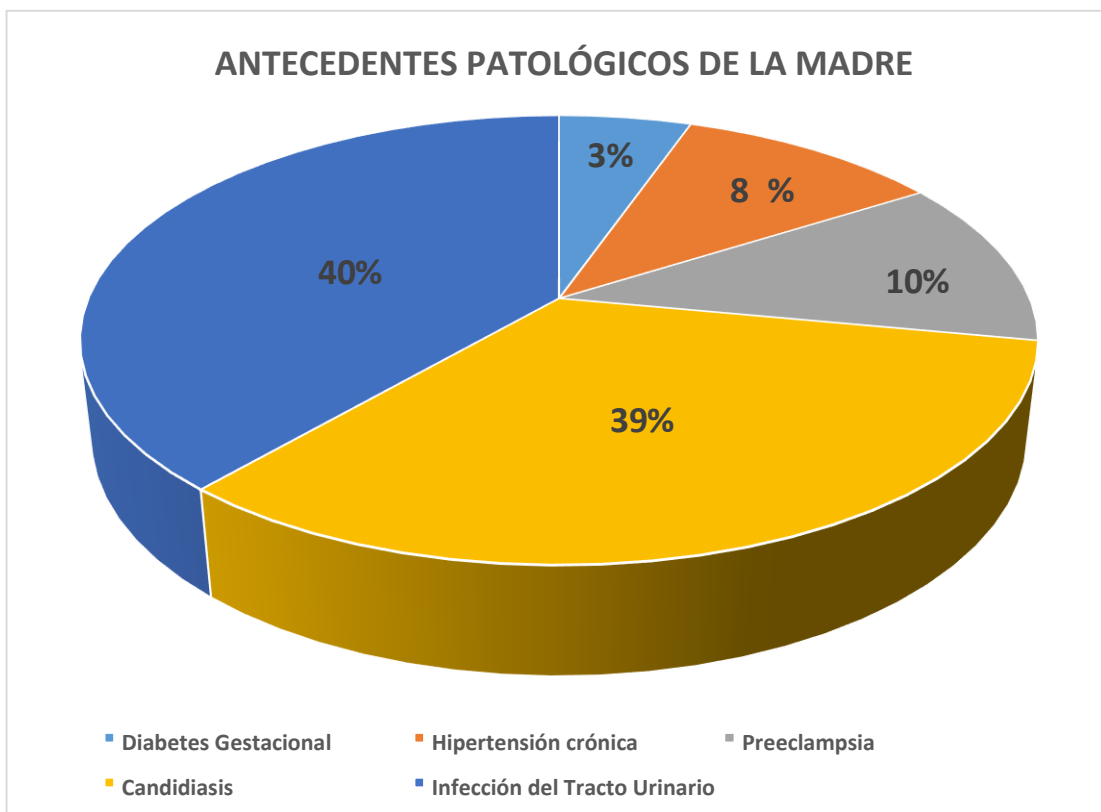
Fuente: Observación indirecta a neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Elaborado por: Kevin David Rea Haro

Análisis:

Estos resultados nos señalan que el 73% de las gestantes del Hospital de la policía realizaron entre 1 a 4 controles prenatales lo que disminuye los riesgos durante la gestación, sin embargo, es impresionante que solo el 24% de las gestantes haya realizado más de 5 controles durante su embarazo, y que por último el 3% no se hayan hecho ningún control prenatal por que han sido operadas por un ingreso desde la Emergencia. Esto nos demuestra que un adecuado control de crecimiento del feto mejora las condiciones de salud de la madre y del neonato, y que se puedan prevenir complicaciones que afecten al desarrollo del mismo.

Gráfico No. 6 Antecedentes patológicos maternos



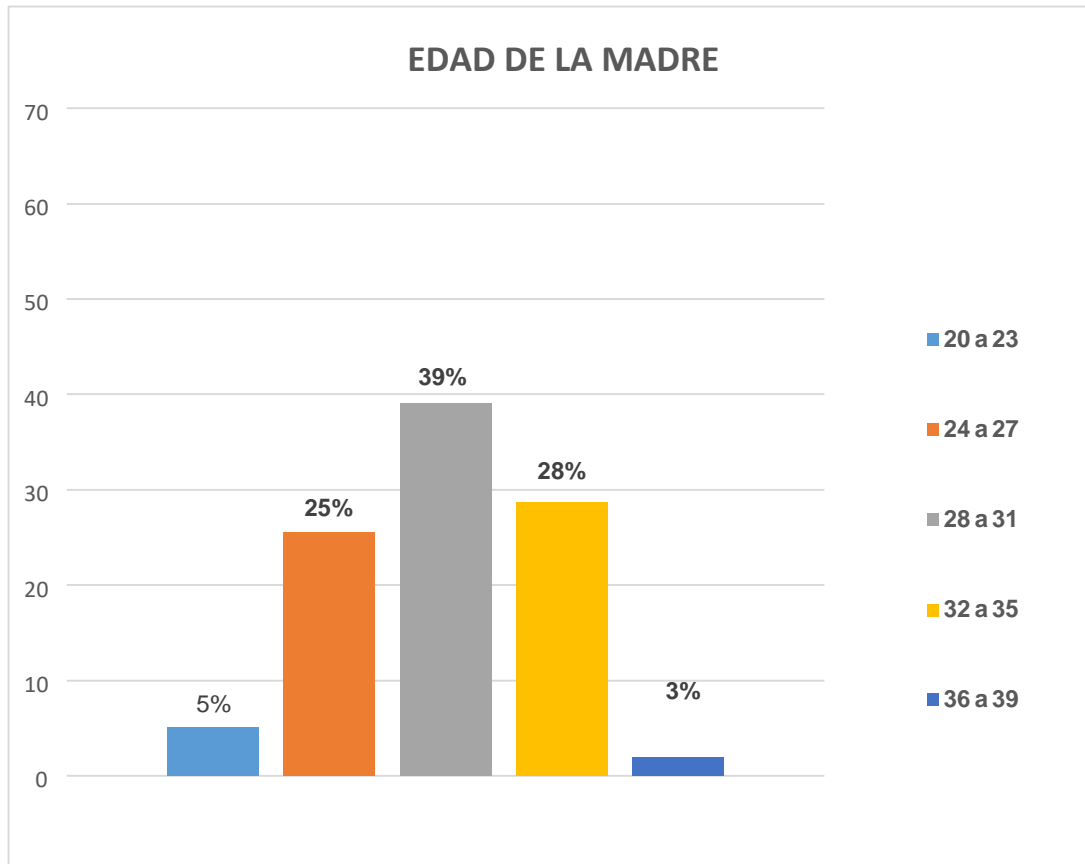
Fuente: Observación indirecta a neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Elaborado por: Kevin David Rea Haro

Análisis:

Estos resultados nos indican que la mayoría de las gestantes presenta como antecedente las infecciones en el tracto urinario representado en un 40%, en segundo lugar, tenemos la Candidiasis con un 39%, después tenemos a la Preeclampsia con un 10%, luego a la hipertensión crónica con un 8% y por último a la Diabetes Gestacional con un 3%. Esto nos demuestra que estas patologías son factores asociados directamente a la aparición de enfermedades respiratorias, por lo que es importante que estas sean debidamente tratadas.

Gráfico No. 7 Edad de la madre



Fuente: Observación indirecta a neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Elaborado por: Kevin David Rea Haro

Análisis:

Estos resultados nos indican que el 39% de las madres de los neonatos estudiados fluctúan entre los 28 y 31 años, es segundo lugar están las madres de 32 a 35 años con un 28%, en tercer lugar las madres de 24 a 27 años con un porcentaje no tan alejado de 25% , cuarto lugar con un 5% las madres con edades entre 20 a 23 años y por ultimo las madres de 36 a 39 años en un 3%, Por lo que se analiza que este es un factor determinante para que las gestantes de 28 a 31 años desencadenen complicaciones respiratorias neonatales.

3.4. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados nos permitió extraer datos sobre las características de 413 neonatos nacidos por cesárea, a partir de los datos proporcionado por el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2 se determinó que la incidencia es similar a la bibliografía, ya que el 71% de los recién nacidos eran del sexo masculino.

En cuanto al peso se manifestó que los cuadros de dificultad respiratoria no son factores directamente proporcionales de acuerdo a un peso inadecuado, demostrando que la taquipnea transitoria se presentó en neonatos con pesos normales de 2500 gramos o superior en el 58% de los casos.

También hemos observado un mayor porcentaje con respecto a la edad gestacional, siendo muy superior en las 37 a 41 semanas de gestación en el 91% de los casos.

En cambio, en el análisis de las pacientes embarazadas entre 28 y 31 años de edad se representó con un 39%, no tan distante de las edades de la población de estudio, encontrando diferencias estadísticas que sugieren cambios significativos de entre los 24 a 35 años.

A pesar de que las infecciones del tracto urinario fueron del 40%, no fueron tan superiores a las candidiasis que presentaron las madres en un 39%.

El estudio demostró que el 65% de los neonatos presento una valoración normal de APGAR, y esto nos sugiere que los recién nacidos con TTRN pueden presentar un APGAR normal a los 5 minutos de nacido y que no tienen asociación patológica de acuerdo a su susceptibilidad.

3.5. CONCLUSIONES

Se determinó que la mayoría de los factores clínicos asociados a neonatos en quienes se realizó este estudio, fueron los recién nacidos a término que se encuentran entre las 37 y 41 semanas de gestación, es decir con prematuridad tardía. Se estudio que el principal factor causante fue dado en el retraso de la reabsorción linfática del líquido alveolar. También se concluyó que la mayor afectación se da por los factores maternos, ya que estos participan dentro de los mecanismos para el correcto funcionamiento y desarrollo del feto, interfiriendo con el vínculo madre-hijo, por ello, debido a múltiples complicaciones maternas, existirá deficiencia hacia el feto en gestación, más si se conoce que es un parto por cesárea.

3.6. RECOMENDACIONES

- Evaluación integral de todas las mujeres embarazadas y edad de cada una de ellas, pero sobre todo a aquellas con embarazos con alto riesgo.
- Campañas que promuevan la realización de controles prenatales, asegurando el diagnóstico y el tratamiento precoz de patologías crónicas capaces de incrementar el riesgo de TTRN como es el caso del asma materna, diabetes y trastornos
- Medicación para preeclampsia.
- Promover la educación de la problemática con la finalidad de evitar cesáreas innecesarias.
- Promoción de las ventajas del parto vaginal tanto para la madre como para el neonato.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Allen, V. M., O'Connell, C. M., & Baskett, T. F. "Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor at term. *Obstétrica and ginecólogo*", (2006). 108(2), 286–294. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000215988.23224.e4>
2. Dr. Joel Arturo Ramos Montiel. "MORBIMORTALIDAD EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ". [Online].; 2014. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-Joel.pdf>
3. Villón Y, Oswaldo A. Factores predisponentes y complicaciones del síndrome de distrés respiratorio en neonatos en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús período 2014 - 2015. [Online].; 2016.. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/34192>
4. Molina H, Soraya M. Distrés respiratorio, factores de riesgo y complicaciones en neonatos hospitalizados en UCIN Hospital Universitario de Guayaquil período enero 2015-junio 2015. [Online].; 2016.. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36487>
5. Luna. Oxigenoterapia, concepto y sistema de Alto Flujo y Bajo Flujo. [Online].; 2019. Acceso 4 de 12 de. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/oxigenoterapiaconcepto-y-sistemas-de-alto-flujo-y-bajo-flujo/>
6. Cando Chasin , Jennifer Evelin. Determinantes que influyen en la salud de los neonatos internados en el Hospital Delfina Torres De Concha en la Ciudad Esmeraldas. [Online].; 2016. Acceso 20 de 09 de. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/869>
7. Jaén: Universidad de Jaén. Problemas respiratorios en el recién nacido prematuro tardío: revisión narrativa. [Online].; 2016. Disponible en: <https://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/2771>
8. Martínez G, Guevara Morales NAC. Plan de atención de enfermería a recién nacido pretérmino que desarrolla el síndrome de distrés respiratorio en el área de neonatología del hospital general Puyo. [Online].; 2018. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9311>

9. IDAIRYS LLAMAZARES PÉREZ, FRANCISCO JUAN PÉREZ LLABONA, LIANET GARCÍA PEÑA , ANA GLORIA BRETO RODRÍGUEZ. Síndrome de Distrés Respiratorio de origen pulmonar en hijo de madre hipertensa. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/168>
10. Arroyo A, Verónica I. Proceso de atención de enfermería aplicando a lactante con insuficiencia respiratoria. [Online].; 2019. Acceso 29 de 04 de. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1839>
11. Guevara A. Plan de atención de enfermería a recién nacido pre término que desarrolla el síndrome de distrés respiratorio en el área de neonatología del Hospital General Puyo 2018. [Online].; 2018.
12. Julio Calderón , Carlos Carvaja , Nelson Giraldo , Carlos Pacheco , Camilo Gómez , Diego Gallego , et al. Mortalidad y factores asociados en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria agudo (SDRA) en un hospital universitario. [Online].; 2015.. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482015000400007
13. Quiroga A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. [Online].; 2013.
14. Carbajal Villanueva , Jacqueline Soledad. Cuidado de enfermería en un recién nacido prematuro hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz -2017. [Online].; 2017.. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.1>
15. Ministerio de Salud Pública. Recién nacido con dificultad para respirar. [Online].; 2015. Acceso 3 de 06 de 2016. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>
16. Constituyente A. Derechos del buen vivir. [Online].; 2018. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
17. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida. [Online].; 2018. Acceso 28 de 05 de.
18. Coto C, Gil D, López S, Colomer F, MB, Álvarez C, et al. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico.

[Online].; 2010. Acceso 25 de 06 de 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/11831>

19. Hospital De Niños Roberto Gilbert Elizalde, Hospital de la Mujer, Ministerio de Salud Pública. 1.800 bebés mueren cada año, en Ecuador, antes de cumplir el primer mes. El Universo. 24 Feb 2019: p. 1
20. J. López dHG, A. ViS. Síndrome de dificultad respiratoria. [Online].; 2014. Acceso 23 de 09 de 2014. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>
21. León S, Guillermo F, Salazar V, Zambrano Maldonado NC, Geomara M. Prevalencia y factores que desencadenan Distrés Respiratorias en recién nacido. [Online].; 2016. Acceso 13 de 05 de 2019. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4568>
22. Reascos A, Rodrigo R. Factores predisponentes a Distrés Respiratorio en recién nacidos del servicio de neonatología- Hospital San Vicente de Paúl 2017. [Online].; 2017. Acceso 17 de 11 de 2017. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7492>
23. Torres O, Burgos Juncal REdC, MdlÁ. Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato. año 2015. [Online].; 2015. Acceso 19 de 04 de 2017. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5771>
24. Ochoa T, Francisco A. Condiciones maternos que predisponen al síndrome de distrés respiratorio tipo II y sus complicaciones, estudio a realizar en el Área de Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón en el año 2014 al 2016. [Online].; 2016.. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18563>
25. Reyes H, Kimberly RR, MS. Cuidados de Enfermería frente a neonatos con Distrés respiratorio en Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario, mayo-agosto 2018". [Online].; 2017.. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/34655>
26. Potosí Ortiz , María Eugenia Lainez Lainez , Julio César. Industrialización de la pulpa del noni "morinda citrifolia I" obtención de jalea, pulpa congelada y bebida. [Online].; 2010.. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1890>

27. Lona Reyes, Juan C. Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales. Archivos argentinos de pediatría. 2018; 116(1)
28. Valdez Ita , Idalia Flor. Cuidados de enfermería en el recién nacido pre-término con enfermedad de membrana hialina en el hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz – 2017. [Online].; 2018.. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2588>
29. Pérez Martínez Y, Delgado Rodríguez Y, Aríz Milián OdIC, Gómez Fernández M. Enfermedad de la membrana hialina en el Hospital Ginecobstétrico«Mariana Grajales». [Online].; 2017.. Disponible en: HYPERLINK
"http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000300009"
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000300009
30. Castro López , Frank Wenceslao , La barreré Cruz , Yureisy , González Hernández , Gretel , et al. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. [Online].; 2007.
31. Betancourt , Jesenia Senaida. “Cuidados de Enfermería en un recién nacido prematuro moderado, hijo de madre pre ecláptica”. [Online].; 2016.. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3013> .



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rea Haro, Kevin David** con C.C: # 1717530768 autor del trabajo de titulación: **Factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía de Guayaquil No.2, período enero 2018- enero 2021**, previo a la obtención del título de **Médico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2023.

f. _____

Nombre: Rea Haro, Kevin David

C.C: 1717530768



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía de Guayaquil No.2, período enero 2018- enero 2021.		
AUTOR	Kevin David, Rea Haro		
TUTOR	Luis Fernando, Arroba Raymondi		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo de 2023	No. DE PÁGINAS:	42
ÁREAS TEMÁTICAS:	Planificación y gestión en servicios de la salud, Enfermedades del recién nacido, Enfermedades asociadas a Cuidados Intensivos Neonatológicos.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	taquipnea transitoria, cesárea, neonatos, factores de riesgo, morbilidad, mortalidad.		
<p>Introducción: La Taquipnea transitoria del Recién Nacido (TTRN o TTN) es un trastorno pulmonar que representa una de las causas más frecuentes de morbilidad en los neonatos prematuros tardíos y a término. Por lo tanto, se cuestiona que es un tema de interés que nos motiva a estudiar los factores que están asociados a su aparición. Generalmente se cree que la TTRN del recién nacido una vez resuelta, no hay riesgo incrementado para enfermedades respiratorias y secuelas a largo plazo. Sin embargo, existen pocos estudios limitados que establecen que los episodios de sibilancias y asma bronquial, situaciones muy comunes en la infancia y niñez, son más frecuentes en aquellos pacientes que tuvieron como antecedente el diagnóstico de TTRN en el periodo del recién nacido. Por lo tanto, existe la duda de demostrar si realmente esta patología es de carácter benigno, lo cual nos motiva al estudio de sus factores de riesgo y además promueve a realizar posteriores investigaciones acerca de las posibles complicaciones que llegara a tener a futuro. Objetivo: Determinar los factores clínicos asociados a taquipnea transitoria en pacientes del servicio de neonatología atendidos por cesárea en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2; período enero 2018 – enero 2021. Metodología: Consiste en un estudio observacional, analítico, de casos y Controles, con una obtención de la información a partir de un enfoque retrospectivo, es decir con análisis cuantitativo y descriptivo de los datos. Para analizar los datos se utilizó como fuente de información una base de datos provista por el Departamento de Estadística del Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2. Se utilizó de muestra 412 neonatos entre el período de enero 2018 a enero del año 2021. Resultados: El análisis de resultados permitió obtener datos referentes a las características de los 413 neonatos de la base de datos otorgadas por el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No.2, entre los cuales se observó que el 71% de estos eran de sexo masculino, con un peso mayor de 2500g (58%), que tuvieron de 37 a 41 semanas de gestación (91%) que nacieron por cesárea a la edad de 32 a 35 años en el 41% de los casos. Conclusiones: Se determinó que la mayoría de los pacientes neonatos en quienes se realizó este estudio de los diferentes factores clínicos asociados, en su mayoría fueron recién nacidos a término que se encuentran entre las 37 y 41 semanas de gestación y posteriormente más frecuente en los recién nacidos prematuros moderados.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: +593-0987954929	E-mail: davidrea1351996@gmail.com Kevin25mono@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio, Vásquez Cedeño		
	Teléfono: +593-0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	