



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

***PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE
BRONCONEUMONIA CONNATAL EN PACIENTES INGRESADOS EN
UCIN EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR
2015 A 2017***

AUTORAS:

Coloma Hernández, Priscila Andrea

Parra Quintana, Jennifer Estefanía

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Vera de Espinoza, Gloria

Guayaquil, Ecuador

23 de Abril del 2018



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 **Coloma Hernández Priscila Andrea**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTORA

f. _____
Vera de Espinoza, Gloria

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 23 de Abril del 2018



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 **Parra Quintana Jennifer Estefanía**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTORA

f. _____
Vera de Espinoza, Gloria

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 23 de Abril del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Coloma Hernández, Priscila Andrea**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de los Factores de riesgo de Bronconeumonía Connatal en pacientes ingresados en UCIN en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor; 2015 a 2017** previo a la obtención del título de **Médico**, 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, 23 de Abril del 2018

AUTORA

f. _____
Coloma Hernández, Priscila Andrea



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Parra Quintana, Jennifer Estefanía

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de los Factores de riesgo de Bronconeumonía Connatal en pacientes ingresados en UCIN en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor; 2015 a 2017** previo a la obtención del título de **Médico**, 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, 23 de Abril del 2018

AUTORA

f. _____
Parra Quintana, Jennifer Estefanía



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Coloma Hernández, Priscila Andrea**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de los Factores de riesgo de Bronconeumonía Connatal en pacientes ingresados en UCIN en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor; 2015 a 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 23 de Abril del 2018

AUTORA:

f. _____
Coloma Hernández Priscila Andrea



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Parra Quintana, Jennifer Estefanía**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de los Factores de riesgo de Bronconeumonía Connatal en pacientes ingresados en UCIN en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor; 2015 a 2017** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 23 de Abril del 2018

AUTORA:

f. _____
Parra Quintana, Jennifer Estefanía

AGRADECIMIENTOS

Siempre nos toca agradecer por todas las cosas que nos suceden y nos otorgan, son muchas las personas a las que debería agradecer, quiero empezar primeramente con mi agradecimiento hacia Dios, ya que es el que me ha guiado para que pueda alcanzar y cumplir mi meta deseada, a las personas que sin su apoyo incondicional no habría podido estar hasta donde actualmente he llegado, mis padres Francisco Coloma y Teresa Hernández, pilares fundamentales en mi vida. Gracias y mil gracias por su constante amor inexplicable a mi superación personal, sin ningún interés material han estado siempre conmigo alentándome a seguir, y con sus palabras de aliento constantemente en los momentos difíciles que he atravesado en este largo caminar. Gracias por ser ustedes mi mayor apoyo, nunca terminare de agradecerles, por tanto, siempre haré todo lo correcto para hacerlos sentir orgullosos de mi. Los amo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero empezar agradeciendo a Dios por permitirme tener una vida llena de felicidad y amor, a mi familia quienes han estado incondicionalmente a mi lado, a mis padres de quienes he aprendido que la perseverancia y el esfuerzo te abre muchas puertas.

A mi padre por apoyarme en cada etapa de mi vida, a mis hermanos que sin exagerar son los mejores hermanos del mundo, siempre han sido un pilar fundamental en mi vida, gracias por confiar en mí y nunca dejarme sola, los amo infinitamente.

Por último, pero no menos importantes a mis amigos, esos hermanos que te da la vida, cada uno de ellos saben lo importantes que han sido y cuanto los amo.

Jenniffer Parra Quintana.

DEDICATORIA

Este trabajo queremos dedicarlo con mucho amor en conjunto a Dios, quien nos ha iluminado y bendecido en nuestro caminar, a nuestras familias que con sus virtudes y defectos nos han formado y por quienes somos quienes somos, a todos los que han compartido y ayudado en el crecimiento profesional y personal.

Esto es para ustedes y por ustedes, gracias infinitas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

 URKUND

Urkund Analysis Result

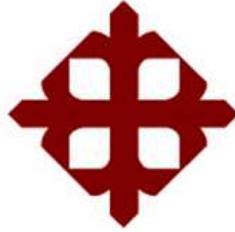
Analysed Document: TESIS FINAL PARRA COLOMA(1).doc (D37025118)
Submitted: 3/28/2018 5:05:00 AM
Submitted By: gveral73@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Factores de riesgo respiratorio en neonatos.doc (D23102851)

Instances where selected sources appear:

2



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

AYON GENKUONG ANDRES MAURICIO
TUTOR

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	2
HIPÓTESIS.....	3
MARCO TEÓRICO	4
CONCEPTOS GENERALES.....	4
ETIOLOGÍA.....	5
FACTOR RIESGO.....	6
Síndrome de aspiración de meconio	8
Infecciones de vías urinarias durante el periodo de gestación	9
EPIDEMIOLOGÍA.....	10
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	10
DIAGNÓSTICO	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	17
Tabla 1.- Prevalencia de Casos de Bronconeumonía Congénita Según el Sexo del Paciente	17
Tabla 2.- Prevalencia de Casos de Bronconeumonía Congénita Según la Edad Gestacional	17
Tabla 3.- Factores de Riesgo Presentes en Casos de Bronconeumonía Congénita.....	18
Tabla 4.- Esquema Antibiótico Utilizado en Pacientes con Bronconeumonía Congénita.....	18

Tabla 5.- Mortalidad en Pacientes con Bronconeumonía Congénita.....	19
Tabla 6.- Mortalidad en Pacientes Según Factores de Riesgo Maternos.	19
Tabla 7.- Asociación entre Esquema Antibiótico Utilizado y Mortalidad en Pacientes con Bronconeumonía Congénita	20
Tabla 8.- Mortalidad de Pacientes Según la Edad Gestacional.....	20
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIÓN	22
RECOMENDACIONES.....	23
ANEXOS.....	24
Gráfico 1.- Prevalencia de Bronconeumonía Según el Sexo del Paciente	24
Gráfico 2.- Prevalencia de Casos Según Edad Gestacional	24
Gráfico 3.- Prevalencia de Factores de Riesgo maternos	25
Gráfico 4.- Esquema Antibiótico Utilizado en Casos de Bronconeumonía Congénita.....	25
Gráfico 5.- Situación al Egreso de Pacientes con Bronconeumonía Congénita.....	26
REFERENCIAS	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Prevalencia de Casos de Bronconeumonía Congénita Según el Sexo del Paciente	17
Tabla 2.- Prevalencia de Casos de Bronconeumonía Congénita Según la Edad Gestacional	17
Tabla 3.- Factores de Riesgo Presentes en Casos de Bronconeumonía Congénita	18
Tabla 4.- Esquema Antibiótico Utilizado en Pacientes con Bronconeumonía Congénita.....	18
Tabla 5.- Mortalidad en Pacientes con Bronconeumonía Congénita.....	19
Tabla 6.- Mortalidad en Pacientes Según Factores de Riesgo Maternos.	19
Tabla 7.- Asociación entre Esquema Antibiótico Utilizado y Mortalidad en Pacientes con Bronconeumonía Congénita	20
Tabla 8.- Mortalidad de Pacientes Según la Edad Gestacional.....	20

Contenido

Gráfico 1.- Prevalencia de Bronconeumonía Según el Sexo del Paciente	24
Gráfico 2.- Prevalencia de Casos Según Edad Gestacional	24
Gráfico 3.- Prevalencia de Factores de Riesgo maternos	25
Gráfico 4.- Esquema Antibiótico Utilizado en Casos de Bronconeumonía Congénita.....	25
Gráfico 5.- Situación al Egreso de Pacientes con Bronconeumonía Congénita.....	26

RESUMEN

Objetivo: Describir la prevalencia y factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de Bronconeumonía Congénita en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor, dentro del periodo de Enero 2015 a Diciembre 2017. **Materiales y Métodos:** Estudio investigación no experimental de tipo descriptivo y con enfoque retrospectivo, para la cual se utilizó como fuente de información una Base de Datos de pacientes con diagnóstico de Bronconeumonía Congénita o Neumonía Congénita, en el periodo comprendido entre Enero 2015 y Diciembre 2017. **Resultados:** Se identificaron 101 pacientes de los cuales su edad gestacional predominante fue pretérmino, con aproximadamente un 49% de los casos. Se determinó una prevalencia de infección de vías urinarias correspondientes a 56 (54,06%); En cuanto al sexo, el 53,40% de los casos correspondían a varones, mientras que el 46.28% restante, eran de sexo femenino. **Conclusión:** La edad gestacional del neonato, así como el sexo masculino, influyen en el desarrollo de la enfermedad. El factor de riesgo de infección de vías urinarias maternas tiene asociación directa con el desarrollo de la enfermedad y el incremento en la mortalidad.

PALABRAS CLAVES:

Bronconeumonía Congénita, Factor Riesgo, UCIN, Infección Vías Urinarias, Dificultad respiratoria, Bronconeumonía connatal.

SUMMARY

Objective: To describe the prevalence and risk factors in patients diagnosed with congenital bronchopneumonia at the Liborio Panchana Sotomayor Hospital, from January 2015 to December 2017. **Materials and Methods:** A non-experimental, descriptive study with a retrospective approach to which was used as a source of information a database of patients diagnosed with congenital bronchopneumonia or congenital pneumonia, in the period between January 2015 and December 2017. **Results:** 101 patients were identified, of which their predominant gestational age was preterm, with approximately 49% of cases. A prevalence of urinary tract infection corresponding to 56 (54.06%) was determined; Regarding sex, 53.40% of the cases corresponded to males, while the remaining 46.28% were females. **Conclusion:** The gestational age of the neonate, as well as the male sex, influence the development of the disease. The risk factor for maternal urinary tract infection is directly associated with the development of the disease and the increase in mortality.

Congenital bronchopneumonia, Risk factor, UCIN, Urinary tract infection, Respiratory distress, Connatal bronchopneumonia

INTRODUCCIÓN

La neumonía neonatal es la más frecuente de las afecciones graves en el recién nacido, presentándose, fundamentalmente, en los pretérminos y en los varones. Es una afección respiratoria que presenta un índice de defunciones neonatales entre 10 y 20 % de los afectados. Esta patología congénita consiste en un proceso infeccioso en el recién nacido que afecta a los pulmones y se manifiesta dentro de las primeras 72 horas, conociéndose como connatal, o dentro de los primeros 28 días, como una enfermedad nosocomial o en el prematuro hasta el día de alta hospitalaria. (1, 2)

Esta enfermedad tiene una etiología diversa y agentes causales distintos, dependiendo de la casa de salud en que se encuentre ingresado el paciente y la epidemiología del lugar.

A su vez, esta patología consiste en una de las principales causas de muerte neonatal en Latinoamérica, o incluso produciendo muchas complicaciones en el neonato cuando no son tratadas a tiempo. El destiempo al momento del diagnóstico y el mal abordaje de la enfermedad para su tratamiento, es una de los mayores factores que influyen en las complicaciones de esta enfermedad y por ende su necesidad de ser tratada en un centro de tercer nivel de atención por la complejidad adquirida, causando desorganización en el sistema de salud y en ciertos casos, dificultades para un tratamiento óptimo.

A pesar de los estudios realizados en los últimos años acerca del abordaje de esta enfermedad y su manejo, son escasos los que analicen el índice de mortalidad en base a un tratamiento específico y su posible protocolo de manejo en primer y segundo nivel de atención, los más utilizados en el área de salud pública en el Ecuador.

En el Ecuador, no se han encontrado estudios publicados acerca de este tema, por lo que su asociación con las características epidemiológicas del país no ha sido determinada aún.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia y factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de Bronconeumonía Congénita en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor, dentro del periodo de Enero 2015 a Diciembre 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el sexo predominante en el cual se presenta con mayor frecuencia la Bronconeumonía Congénita y si existe asociación con el desarrollo de esta patología.
2. Describir la existencia de factores de riesgo maternos y si existe asociación con el desarrollo de esta patología.
3. Describir el esquema de tratamiento con mayor utilización en pacientes con esta enfermedad.
4. Analizar la mortalidad en el grupo de estudio.

HIPÓTESIS

La prevalencia de la Bronconeumonía Congénita se encuentra relacionada a factores de riesgo como: enfermedades infecciosas maternas, sexo del neonato y edad gestacional al nacimiento.

MARCO TEÓRICO

CONCEPTOS GENERALES

Concepto

La neumonía se establece como la figura más común en la enfermedad durante el ciclo del recién nacido, convirtiéndose en la mayor razón de muerte del niño. Esta patología se caracteriza por la inflamación pulmonar, cuyo inicio puede ser tanto en el pulmón o ser una dificultad focalizada debido a la aparición de una inflamación sistémica adyacente

Esta inflamación disminuirá el nivel de oxígeno del parénquima de los pulmones y existirá poco almacenamiento del mismo, término que es utilizado para explicar numerosas inflamaciones alveolares y espacios pulmonares de término cuya aparición se debe tanto a factores infecciosos como no infecciosos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS-2015) indica que la neumonía es la razón principal de muerte infantil individual, calculando que esta patología en el año 2015, terminó la vida de alrededor de 922 000 infantes de edad menor a 5 años, siendo el 15% de las muertes de niños de este rango de edad a nivel mundial.

Al mencionar el término neumonía congénita o neumonía precoz se hace referencia a la patología que aparece durante el primer día del nacimiento del neonato. A pesar de que la enfermedad se establece como una razón principal de mortalidad y morbilidad en neonatos, aun se considera una patología con dificultad en su diagnóstico y tratamiento.

La neumonía congénita aparece cuando la bacteria que se encuentra en la madre es transmitida al niño usando como canal de transmisión a la placenta, causando que los recién nacidos luego del parto muestren tamaño reducido del cráneo, aumento del tamaño del hígado y rash como una señal de existencia de una enfermedad hallada en el nacimiento.

Las rarezas encontradas en la permeabilidad de los canales de respiración, ventilación de alveolos y la perfusión son consecuencia de diferentes sistemas, pero estas anomalías modifican el metabolismo de las células y cambio de gases necesitado por aparatos y sistemas que establecerán probabilidad de sobrevivir y ayuda a mejorar la vida del paciente.

ETIOLOGÍA

En este grupo de patologías, los daños en los pulmones y fuera de los mismos son consecuencia de la intrusión de bacterias o material desconocido y que debido a la reacción del sistema inmunológico no apropiada del paciente, se lesionan los tejidos de buena condición en mayor grado que el propio microorganismo.

El daño ocasionado por el microorganismo es la consecuencia de la creación y expulsión de compuestos enzimáticos, proteínicos, toxinas y lípidos dañinos que modifican las membranas celulares del hospedero, el sistema del metabolismo y la matriz fuera de la célula que regularmente evita el movimiento de microorganismos.

Por otro lado, la lesión no directa estará controlada por compuestos del tipo de estructura o secreción, como las toxinas endógenas, leucocidina y tóxico toxina -1 tipo shock, que modifica la fuerza y tono vascular de la región y produce bloqueos en el paso de nutrientes, reserva de oxígeno y retirar los desechos que producen localmente en los tejidos.

La inflamación activa tendrá como resultado un seleccionado movimiento de fagocitos, provocando la expulsión de compuestos granulocitos dañinos y también de microbicidas originando las cascadas reguladas de manera deficiente, que pueden lesionar de una manera directa los tejidos del hospedero y daña la integridad del endotelio y del epitelio, tono de los vasos sanguíneos y capacidad de vasculación dentro del vaso sanguíneo.

A un grado de microorganismos mayores, los agentes que provocan la neumonía y el sistema inmune del hospedero tienden a incrementar la fuerza del músculo liso y el nivel de contracción de los bronquios utilizando la expulsión de moco y aparición de células causantes de inflamación.

Los bloqueos en el intercambio de gases pueden incrementar, los shunts intrapulmonares pueden llegar a un peor estado, y la modificación en la ventilación puede empeorar la difusión alveolar sin importar la respuesta de homeostasis interna de ayudar al establecimiento de las vías pulmonares y vasoconstricción.

Por motivo de que el miocardio incrementa su actividad para sobrepasar los cambios en resistencias vasculares de los pulmones que vienen de la mano con las alteraciones que suceden antes de la neumonía, los pulmones tendrán una capacidad reducida de suministrar oxígeno y desechar el CO₂ en la sangre venosa mixta para su posterior envío a los órganos.

FACTOR RIESGO

Los factores de riesgo no deben ser considerados explícitamente como causas de la enfermedad, ya que más son asociaciones con la patología y, como tienen importancia en la predicción de la enfermedad, son consideradas al momento de prevenir la misma. Las características antes del nacimiento que señalan un riesgo incrementado de sufrir neumonía precoz son:

- Parto pretérminos sin explicación
- Rompimiento temprano de las membranas
- Rompimiento de las membranas pasada las 18 horas previo a la entrega
- Temperatura elevada en la madre (> 38 ° C)
- Proceso infeccioso ubicado en el canal genitourinario de la madre
- Aumento de frecuencia cardíaca en el feto
- Corioamnionitis
- Síndrome de aspiración de meconio

Rompimiento temprano de las membranas

Este factor tiene una aparición en el 10% de los embarazos, siendo el 20% en partos prematuros, el rompimiento temprano de las membranas en los embarazos pretérmino es la causa de un 33% de los partos pretérmino y 10% de defunción al momento del parto.

El rompimiento temprano de las membranas es definido como una destrucción de las membranas amnióticas sin un síntoma o signo previo, acompañada por actividad incrementada del útero y expulsión del líquido proveniente del saco amniótico por un tiempo mayor a 1 hora antes de entrar en el parto.

Al mencionar el rompimiento temprano de las membranas es importante el tiempo de duración, el cual abarca el instante o intervalo que va desde rompimiento de membrana hasta el inicio del parto, se debe considerar como un rompimiento prolongado cuando el tiempo de duración de este factor pasa las 24 horas.

El rompimiento de membranas se divide en dos grupos:

- A. Rompimiento temprano de membranas en neonatos entre 37 a 40 semanas de gestación.
- B. Rompimiento temprano de membranas en neonatos antes de las 37 semanas de gestación, cuyas subcategorías son:
 - a. Previales: rompimiento temprano de membranas en neonatos en gestación con tiempo menor a 23 semanas.
 - b. Lejos del término: rompimiento temprano de membranas en gestaciones durante intervalo de tiempo de 24 a 32 semanas.
 - c. Cerca de término: rompimiento temprano de membranas en neonatos en gestación durante las semanas 33 a 36.

Las consecuencias más importantes del rompimiento temprano de las membranas abarcan el nacimiento prematuro, inicio de un proceso infeccioso, destrucción de la placenta, defunción del feto y muerte de la madre

Síndrome de aspiración de meconio

El meconio consiste en una excreción producida a nivel del intestino por parte del neonato, el cual está compuesto por lanugo, moco, líquidos biliares y en ciertos casos, células epiteliales. Sin embargo, existen factores como el estrés fetal dentro del útero el cual desencadena la liberación del mismo hacia el líquido amniótico, produciendo como consecuencia el cambio de coloración del mismo, lo cual solamente está presente en uno de cada 5 casos de liberación meconial, teniendo un pico de incidencia en neonatos postérmino, con mucha menor frecuencia en neonatos nacidos antes de las 37 semanas de gestación.

Solamente un 4 a 5% de los casos desenlazará en síndrome de aspiración meconial, el cual significa un proceso infeccioso neumónico, el cual tiene un índice de mortalidad de aproximadamente un 10% de los casos, generalmente asociado a un proceso de aumento de presión pulmonar persistente en el neonato. De todo esto, la asfixia encabeza la lista de causas patológicas que desencadenan en aspiración meconial en los neonatos.

La sintomatología es directamente dependiente de la gravedad de la lesión con disminución del aporte de oxígeno y de la cantidad y espesor de meconio aspirado. Usualmente su desarrollo es agudo y precoz, agravándose en las horas posteriores a su inicio, conforme el aporte de oxígeno va disminuyendo. Esta sintomatología se caracteriza por un síndrome de distrés respiratorio resultante del bajo aporte de oxígeno y la poca expansión pulmonar. Se observa a su vez, regiones hiperinsufladas y condensaciones en forma de parches en otras áreas pulmonares.

Se ha determinado que por lo menos uno de cada 3 neonatos con este síndrome requerirá ventilación mecánica o asistida. Se ha evidenciado que la utilización de este tipo de ventilación, en combinación con la terapia vasodilatadora mediante óxido nítrico y la aplicación de surfactante en casos de nacimiento pretermino, reduce considerablemente la mortalidad de los pacientes.

Infecciones de vías urinarias durante el periodo de gestación

Recientemente, se ha determinado a la infección de vías urinarias durante el período de gestación como el motivo de consulta más frecuente en el área de Ginecología, en la cual también se ha demostrado una asociación fuerte con el desarrollo de enfermedades a nivel neonatal, por lo que se lo establece como uno de los factores de riesgo de mayor impacto a nivel de la salud del neonato. En base a esto, son múltiples las guías de práctica desarrolladas hacia el abordaje correcto de esta enfermedad y prevenir de manera inmediata el desarrollo de complicaciones a nivel del bienestar materno fetal.

Esta condición se da en ambos sentidos, puesto que el embarazo también representa un factor de riesgo predisponente hacia el desarrollo del proceso infeccioso en el tracto genitourinario, puesto que se ha evidenciado un aumento en la incidencia de esta patología de aproximadamente un 15 a 20% en pacientes en período de gestación. Debe tomarse en cuenta que no sólo la infección urinaria aguda sintomática representa un riesgo en las pacientes embarazadas, ya que se ha demostrado que los procesos asintomáticos, pero con colonización del tracto aumentan el riesgo de comorbilidades tanto en la madre, como en el neonato, como el desarrollo de infección de vías urinarias altas, así como el bajo peso al nacer y la ruptura prematura de membranas.

Son múltiples los cambios que aumentan la probabilidad de desarrollar infecciones de las vías urinarias, entre los que destacan:

- Aumento del diámetro de los uréteres debido a los altos niveles de progesterona y la compresión ejercida por el útero
- Desarrollo de reflujo urinario desde la vejiga hacia el uréter.
- Disminución en la contracción vesical
- Incremento de la tasa de filtrado glomerular con consecuente aumento de eliminación de glucosa
- Alteración del Ph urinario

Entre los agentes infecciosos asociados al desarrollo de esta patología son los microorganismos del grupo de las Enterobacterias, donde destaca, en al

menos 4 de cada 5 casos, la infección por *Escherichia coli*, seguido de otros microorganismos como los del grupo *Proteus* y *Klebsiella*. De igual forma se ha asociado otros agentes patógenos como el *Streptococcus* del grupo B en la clasificación de Lancefield y *Estafilococos* con arreatividad a la prueba de coagulasa. En menor frecuencia se han descrito casos de infecciones asociadas a agentes atípicos, como la *Gardenella vaginalis* y agentes del grupo de *Ureoplasma*.

EPIDEMIOLOGÍA

La neumonía congénita o precoz ha incrementado su aparición, estimando un porcentaje hasta 35%, considerando al 1% para neonatos con tiempo de gestación completo y el 10% para los neonatos pretérmino. La incidencia de esta enfermedad va cambiando de acuerdo a:

- Tiempo de gestación que tiene el neonato al nacer
- Sistemas y reglas que se utilizaron para la intubación
- Criterios utilizados para el diagnóstico
- Grado de cuidado y atención para el recién nacido

Considerando que hay un intervalo de defunciones anuales que van desde los 3.9 millones a los 10.8 millones en neonatos con un tiempo de vida menor a 28 días, la patología mencionada es causante de un 20 a 38% de estas muertes a los 2 días de vida.

El grado de mortalidad que se relaciona con la neumonía congénita es asociado con el tiempo de gestación al nacer, peso del neonato y otros factores.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los descubrimientos físicos pueden ser del tipo pulmonar, sistémico o focal, pero se debe tomar en cuenta que no todos estos descubrimientos en los pulmones serán encontrados en los niños con esta patología.

Gran parte de estos descubrimientos fuera de los pulmones son no específicos y se pueden encontrar en diferentes enfermedades comunes en los recién nacidos.

Parte de las señales de dificultad al respirar no aparecen si el neonato se encuentra o presenta otras patologías que ocasionarían apnea, como la poca tolerancia a la respiración, rarezas o daños al sistema nervioso central.

Manifestaciones pulmonares

Los síntomas o signos respiratorios pueden ser:

- Aumento de frecuencia respiratoria persistente (frecuencia respiratoria > 60/min)
- Quejido respiratorio
- Utilización de musculatura accesoria para la respiración
- Tos
- Estertores
- Cambio de coloración de la piel
- Ausencia de respiración

Manifestaciones sistémicas

En el neonato gran parte de los descubrimientos sistémicos que se observan guardan una gran relación con los signos y síntomas que se encontraran en los inicios de procesos infecciosos serios y forman parte:

- Rash
- Alteración del nivel de conciencia
- Alteración de la temperatura
- Ictericia al nacer
- Aumento de la frecuencia cardiaca fetal
- Intolerancia a la glucosa
- Ictericia después de las 48 horas
- Distensión abdominal
- Hipoperfusión

- Disminución del flujo urinario
- Inflamación de los ganglios linfáticos (proceso infeccioso con un tiempo extenso de aparición)
- Aumento del tamaño del vaso
- Aumento del tamaño del hígado (proceso infeccioso que puede haber sido causado por agentes de tipo persistente, disminución de la contracción cardíaca o incremento del espacio dentro de los vasos sanguíneos)

Hallazgos localizados

Pueden incluir los siguientes signos:

- Irritación de la conjuntiva del ojo
- Presencia de ampollas o daños en la piel
- Rinorrea
- Enrojecimiento, hinchazón, agrandamiento, rinorrea o también puede formar parte la falta de simetría presente en los cuerpos de otras razones que sugieren la hinchazón.

DIAGNÓSTICO

La sospecha diagnóstica enfocada hacia esta patología inicia en todo neonato que tenga un cuadro de dificultad respiratoria, puesto que, tanto la sepsis como la bronconeumonía, son las causas más frecuentes de la misma. De igual manera se recomienda la realización de pruebas previas al nacimiento, específicamente hacia agentes relacionados a Enfermedades de Transmisión Sexual, como son los pertenecientes a Chlamydia y Neisseria.

De igual forma, existen situaciones que reflejan un proceso de neumonía sin la presencia de un proceso infeccioso de base, como son:

- Alteración Celular a nivel Alveolar

- Asfixia
- Alteración del ritmo cardíaco fetal
- Atresia de Coanas
- Hernia a nivel del diafragma
- Líquido esteatoso en pleura.

Radiografía

En este método de imagen se evidencian condensaciones alveolares de manera bilateral con la presencia de broncograma aéreo, donde también pueden observarse casos con presencia de infiltrados radiopacos de manera irregular en todo el campo pulmonar.

En la neumonía congénita se observarán los siguientes cambios a nivel de radiografía, los cuales son:

- Presencia de ángulo costofrénico
- Remarcación de las paredes de la pleura
- Evidencia de silueta cardiotímica
- Aumento de presencia de vasculatura pulmonar

Ecografía

Permite realizar la diferenciación de la presencia de líquido y su localización, ya sea a nivel pericárdico o pleural, con la limitación de la presencia de aire en los pulmones, lo cual puede reducir la capacidad de poder determinar la cantidad correcta de líquido presente en la cavidad.

Cultivo

Se recomienda la realización de cultivos en líquido cefaloraquídeo y en sangre, puesto que pueden encontrarse microorganismos en ambos y con la intención de evitar complicaciones neurológicas por parte de los agentes que atraviesen la barrera hematoencefálica. Consiste en la prueba de laboratorio que mayor utilidad ha presentado para esta patología, por su capacidad de poder detectar el microorganismo infeccioso causal y orientar la terapia antibiótica en base al mismo.

De igual forma presenta utilidad en la determinación del pronóstico del paciente, así como de evaluación de la eficacia del tratamiento antibiótico. Entre las técnicas que pueden realizarse concomitantemente con el cultivo bacteriológico tradicional son el PCR, la detección de antígeno dirigido a un microorganismo específico y las pruebas serológicas.

METODOLOGÍA

MATERIALES Y MÉTODOS

Es una investigación no experimental de tipo descriptivo y con enfoque retrospectivo, para la cual se utilizó como fuente de información una Base de Datos de pacientes realizada bajo el código de diagnóstico CIE-10 C16, provista por el Departamento de estadísticas del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, en la cual constaban los números de las historias clínicas de todos los pacientes que fueron evolucionados bajo dicho código, en el Sistema TICS, sistema utilizado por las entidades de salud que forman parte de la red de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el cual es correspondiente al diagnóstico de Bronconeumonía Congénita, en el periodo comprendido entre enero 2015 y diciembre 2017.

Criterios de inclusión:

Todos aquellos pacientes con Diagnóstico de Bronconeumonía Congénita ingresados en el área de Cuidados Intensivos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo del estudio.

Criterios de exclusión:

- Todos aquellos pacientes cuyas historias clínicas, al momento de revisión, se encuentren incompletas.

- Pacientes que al momento de la atención hospitalaria estén diagnosticados de otra patología concomitante que pueda alterar la mortalidad de los mismos.
- Pacientes quienes fueron transferidos a otras instituciones, puesto que se les perdía el seguimiento

Muestra:

Se registró una muestra de 101 pacientes quienes fueron ingresados en el área de Cuidados Intensivos Neonatales bajo el Diagnóstico Final de Bronconeumonía Congénita en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor en el período comprendido entre enero 2015 y diciembre 2017

SEXO	Masculino / Femenino	Cualitativa nominal dicotómica	Sexo de acuerdo a REVIT
EDAD GESTACIONAL	Prétermino, a término, postérmino	Cualitativa nominal politómica	Edad Gestacional según escala de Ballard
FACTORES DE RIESGO MATERNOS	Patologías Hipertensivas, Embarazo Adolescente, Infecciones de Vías Urinarias	Cualitativa nominal politómica	Patologías o condiciones maternas diagnosticadas antes del ingreso hospitalario
ESQUEMA DE TRATAMIENTO	Ampicilina + Sulbactam, Piperaciclina + Tazobactam,	Cualitativa nominal Politómica	Esquema de tratamiento en hospitalización

		Ceftriaxona + Meropenem		
SITUACIÓN EGRESO	AL	VIVO/MUERTO	Cualitativa Nominal Dicotómica	Situación al Egreso del paciente

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

La información fue obtenida de las evoluciones realizadas bajo el diagnóstico CIE-10: C16, en el sistema manejado por el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, TICS. Se confeccionó y elaboró una base de datos en Excel con los datos recolectados para posteriormente calcular los datos estadísticos.

Técnicas y procedimientos de análisis de la información

Tipo de Análisis Estadístico: Descriptivo. Se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas como porcentaje, y medidas de resumen para variables cuantitativas como media, mediana, moda y desviación estándar.

Se utilizó prueba de Chi Cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson, para definir la relevancia de los datos obtenidos y establecer las asociaciones respectivas entre edad gestacional, la presencia de factores de riesgo, el esquema antibiótico y la situación al egreso.

RESULTADOS

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se determinó que, a partir de una muestra compuesta por 101 neonatos ingresados en el área de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor, la prevalencia en base al sexo de los pacientes fue de 55,45% a favor del sexo masculino, lo que equivale a 56 casos, mientras que el 44,56% restante, que corresponde a 45 casos, fue para el sexo femenino. (ver tabla 1)

Tabla 1.- Prevalencia de Casos de Bronconeumonía Congénita Según el Sexo del Paciente

PREVALENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
CASOS	56	45	101
%	55,44%	44,56%	100%

Se analiza la edad gestacional de los pacientes con este diagnóstico, donde se determina una mayor prevalencia en neonatos pretermino, correspondiente a 48 casos (47,52%), seguido de edad a término con 29 casos (28,71%) y, por último, pero con un porcentaje considerable posttérmino con 24 casos (23,76%). Por ende, se establece una asociación directa entre la edad gestacional pretérmino y el desarrollo de la patología ($p < 0,05$) (Ver Tabla 2)

Tabla 2.- Prevalencia de Casos de Bronconeumonía Congénita Según la Edad Gestacional

EDAD GESTACIONAL	PRETÉRMINO	A TÉRMINO	POSTÉRMINO	TOTAL	P-VALOR
CASOS	48	29	24	101	<0,005
%	47,52%	28,71%	23,76%	100%	

Como parte del estudio, se realiza un análisis de la prevalencia de los diferentes factores de riesgo maternos como antecedentes al desarrollo de la patología, donde se determina una prevalencia mayor a la mitad de los casos, exactamente 56 (55,44%), correspondiente al antecedente de infección de vías urinarias en la madre, seguido de hipertensión gestacional con 31 casos (30,69%) y embarazo adolescente con 23 casos (22,77%). Se establece una asociación directa entre el antecedente de infección de vías urinarias en la madre y el desarrollo de esta patología. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 3)

Tabla 3.- Factores de Riesgo Presentes en Casos de Bronconeumonía Congénita

FACTORES DE RIESGO MATERNOS	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	INFECCIÓN VÍAS URINARIAS	EMBARAZO ADOLESCENTE	P-VALOR
CASOS	31	56	23	<0,005
%	30,69%	55,44%	22,77%	

Se evidencia, en cuanto al esquema antibiótico utilizado en estos pacientes, una mayor prevalencia en cuanto a la utilización del esquema combinado de ampicilina con sulbactam, utilizado en 54 casos (53,46%), seguido de piperaciclina con tazobactam en 26 casos (25,74%), ceftriaxona con meropenem en 13 casos (12,87%) y los 8 casos restantes corresponden a otros esquemas en menor frecuencia usados (7,92%). (Ver Tabla 4)

Tabla 4.- Esquema Antibiótico Utilizado en Pacientes con Bronconeumonía Congénita

ESQUEMA ANTIBIÓTICO	AMPI+SULBA	PIPE+TAZO	CEFTRIA+MERO	OTRO	TOTAL
CASOS	54	26	13	8	101
%	53,46%	25,74%	12,87%	7,92%	100%

Al analizar la mortalidad de los pacientes, se observa que existe una mortalidad de 16 de los 101 casos ingresados en el área de Cuidados Intensivos Neonatales, correspondiente a un 15,85% de los casos, correspondiendo los 85 casos restantes, que equivalen a un 84,15% de los mismos, a pacientes quienes recibieron el alta médica. (Ver Tabla 5)

Tabla 5.- Mortalidad en Pacientes con Bronconeumonía Congénita

SITUACIÓN AL EGRESO	VIVO	MUERTO	TOTAL
CASOS	85	16	101
%	84,15%	15,85%	100%

Se realiza un análisis sobre la asociación entre los factores de riesgo maternos y la mortalidad de los neonatos ingresados con esta patología, donde se evidencia una elevada prevalencia, correspondiente a 13 de los 16 casos de fallecimiento, que equivale a un 81,25% de los mismos, correspondiente a infección de vías urinarias en la madre previo al nacimiento. Se establece, a través de estos resultados, una asociación directa entre el antecedente de infección urinaria materna con el incremento en el riesgo de mortalidad neonatal. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 6)

Tabla 6.- Mortalidad en Pacientes Según Factores de Riesgo Maternos

FACTORES RIESGO MATERNO	VIVO	MUERTO	TOTAL	P-VALOR
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	30 (35,29%)	1 (6,25%)	31	<0,05
INFECCIÓN VÍAS URINARIAS	43 (50,58%)	13 (81,25%)	56	
EMBARAZO ADOLESCENTE	16 (18,82%)	7 (43,75%)	23	
TOTAL	85 (100%)	16 (100%)		

En cuanto al análisis de la relación entre el esquema antibiótico utilizado y la mortalidad neonatal con Bronconeumonía Congénita, se observa que existe una mayor mortalidad en casos donde se utilizó la combinación entre ceftriaxona y meropenem, lo que corresponde a 7 de los 16 casos de fallecimiento (43,75%) de los mismos. Se determina una asociación directa entre el uso de esta terapia antibiótica y el riesgo de mortalidad en esta patología. ($p < 0,005$) (Ver Tabla 7)

Tabla 7.- Asociación entre Esquema Antibiótico Utilizado y Mortalidad en Pacientes con Bronconeumonía Congénita

ESQUEMA ANTIBIÓTICO	VIVO	MUERTO	TOTAL	P-VALOR
AMPI + SULBACTAM	50 (58,82%)	4 (25%)	54	<0,005
PIPE + TAZOBACTAM	22 (25,88%)	4 (25%)	26	
CEFTRIAXONA + MEROPENEM	6 (7,05%)	7 (43,75%)	13	
OTRO	7 (8,23%)	1 (6,25%)	8	
TOTAL	85 (100%)	16 (100%)		

Por último, se analiza la relación entre la edad gestacional neonatal y su posible influencia en la mortalidad, donde se determina una mayor prevalencia de casos de fallecimiento, específicamente 14 casos (87,5%), de neonatos nacidos pretérmino. Se determina por ende una relación causal entre el nacimiento pretérmino neonatal y el incremento en el riesgo de mortalidad en la patología. ($p < 0,001$) (Ver Tabla 8)

Tabla 8.- Mortalidad de Pacientes Según la Edad Gestacional

EDAD GESTACIONAL	VIVO	MUERTO	TOTAL	P-VALOR
PRETÉRMINO	34 (40%)	14 (87,5%)	48	<0,001
A TÉRMINO	28 (32,94%)	1 (6,25%)	29	
POSTÉRMINO	23 (27,05%)	1 (6,25%)	24	
TOTAL	85 (100%)	16 (100%)		

DISCUSIÓN

A través de este trabajo de investigación, se intentó establecer la posible asociación entre los diferentes factores de riesgo, tanto propios del neonato como maternos, y la mortalidad de los pacientes con el diagnóstico final de Bronconeumonía Congénita. Se determinó una mayor prevalencia de neonatos de sexo masculino y en neonatos pretérmino, encontrándose una proporción de 2 a 1 en comparación con la edad gestacional a término y postérmino. En comparación con la bibliografía citada previamente, se evidencian resultados similares, puesto que existen estudios a nivel europeo, en España y Reino Unido, que establecen una mayor prevalencia también, tanto de sexo masculino como de edad pretermino. (16, 19)

Es importante enfatizar que este estudio se realiza por primera vez en el Ecuador y que, como punto a favor principal, contiene una muestra considerable de pacientes, reflejando resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, se limitó a un solo centro hospitalario, por lo que no refleja completamente la realidad nacional.

Se estableció una mayor prevalencia de infección de vías urinarias materna como principal factor de riesgo a desarrollar esta patología posteriormente. En comparación con estudios similares, se evidencian similitudes, puesto que trabajos de investigación desarrollados en Colombia ubican a éste como el principal factor influyente en la Bronconeumonía Congénita. (15, 17)

De igual manera se estableció una mortalidad de un 15% de los casos, y al comparar con estudios sobre la misma patología, se encuentran resultados positivos, puesto que existen estudios en Chile y Argentina, que indican porcentajes de mortalidad más elevados. (1, 14)

En cuanto a la asociación entre los factores de riesgo maternos y la mortalidad de los neonatos con esta patología, no se encontraron estudios o trabajo de investigación que analice esto.

CONCLUSIÓN

Posterior a la finalización de la presente investigación, se acepta la hipótesis establecida, la cual determinaba que la edad gestacional y los factores de riesgo maternos estaban directamente asociados al desarrollo de esta patología, puesto que los resultados obtenidos al hacer la asociación de estos, fueron estadísticamente significativos.

Los sujetos de sexo masculino demostraron significancia estadística para el desarrollo de Bronconeumonía Congénita, mas no como factor influyente en la mortalidad de los mismos. A diferencia de la edad gestacional pretérmino, la cual sí demostró tener relación directa con el desarrollo de la enfermedad y con el incremento del riesgo de mortalidad de los pacientes ingresados con este diagnóstico.

El antecedente de infección de vías urinarias materna demostró tener relación directa, tanto con el desarrollo de la patología, con el incremento de la mortalidad de los pacientes ingresados bajo este mismo diagnóstico.

La tasa de mortalidad en este estudio es baja, alrededor del 15% en los pacientes con bronconeumonía congénita, que estuvo más relacionada a la prematurez y a las patologías asociadas.

RECOMENDACIONES

- Realizar de manera profiláctica terapia antibiótica en pacientes con antecedente materno de infección de vías urinarias, puesto que tienen un riesgo incrementado de desarrollar esta patología.
- Realizar exámenes de laboratorio de manera preventiva en pacientes con edad gestacional menor a las 37 semanas de gestación y de sexo masculino, por el riesgo aumentado de desarrollar la enfermedad.

ANEXOS



Gráfico 1.- Prevalencia de Bronconeumonía Según el Sexo del Paciente

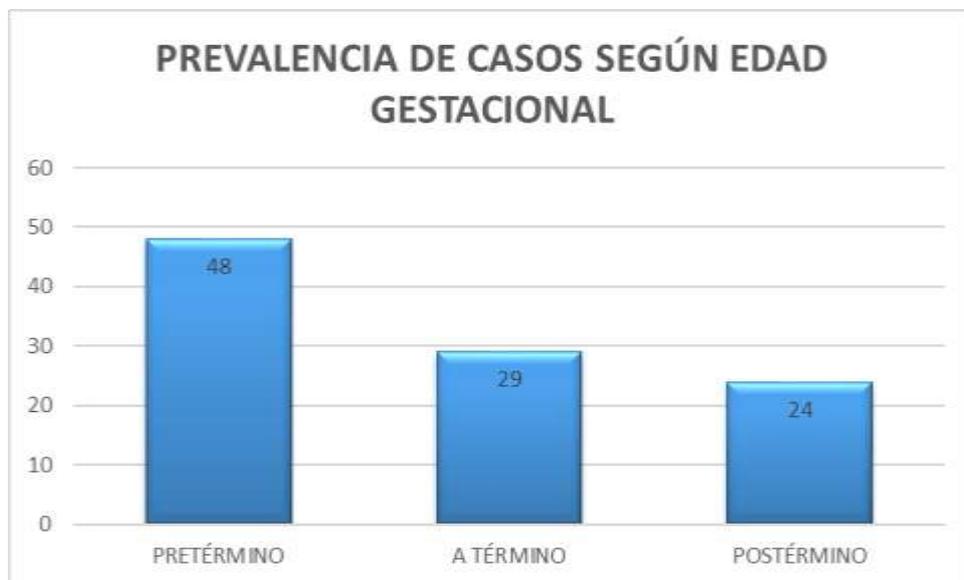


Gráfico 2.- Prevalencia de Casos Según Edad Gestacional

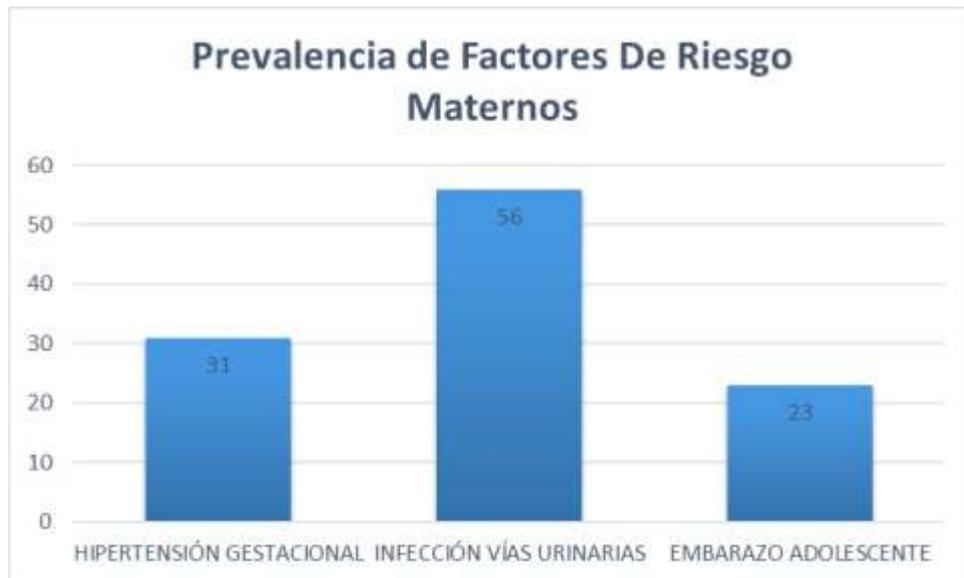


Gráfico 3.- Prevalencia de Factores de Riesgo maternos

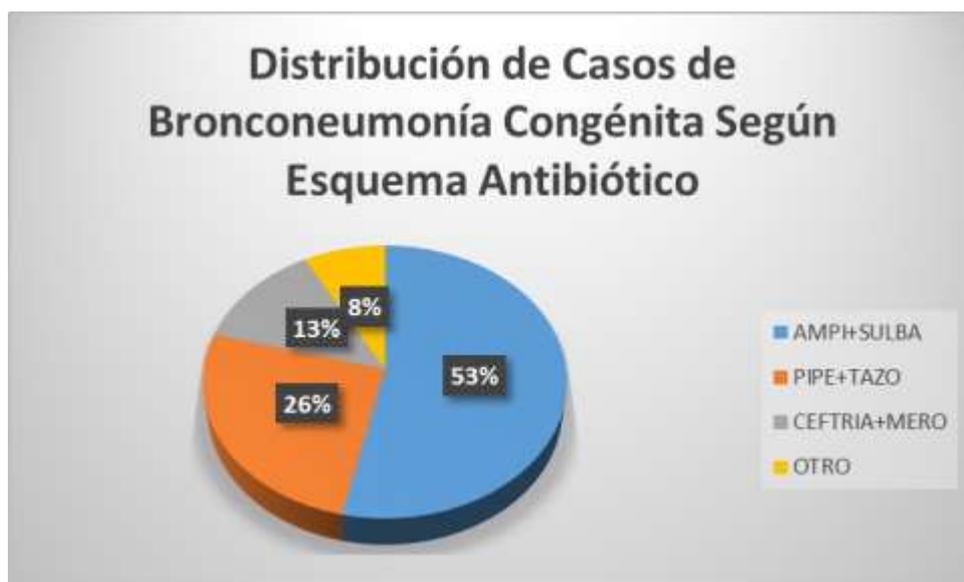


Gráfico 4.- Esquema Antibiótico Utilizado en Casos de Bronconeumonía Congénita



Gráfico 5.- Situación al Egreso de Pacientes con Bronconeumonía Congénita

REFERENCIAS

1. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M, García Huidobro T, Acuña MJ, Morong C, Abara S, Fuentes A. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(4):263-70.
2. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. *salud pública de méxico*. 2011 Jan;53:s177-87.
3. Crisóstomo Almeyda RM. Neumonía congénita. Perú. 2017
4. Miñarcaja Z, Viviana M. Identificación de las causas de neumonía precoz en neonatos. Colombia. 2017
5. Figueroa Calderón MF. Factores de riesgo de neumonía neonatal en el Área de Neonatología en el Hospital Isidro Ayora, de la ciudad de Loja (Bachelor's thesis). 2015
6. Pozo Flores JA. Incidencia y factores de riesgo de la neumonia connatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón comprendido desde enero del 2013 a enero del 2015 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina). 2015
7. Argudo Calle PJ. Neumonía congénita, factores de riesgo y complicaciones. Estudio a realizar en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2014-2015 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
8. Jiménez CA, Monroy DV, Macías HR, Toral BG. Caracterización del síndrome de dificultad respiratoria en una cohorte histórica de recién nacidos. *An Med (Mex)*. 2012;57(3):199-204.

9. Macías G, Abdala V. Estudio comparativo entre el uso de ampicilina y gentamicina vs cefotaxima y ampicilina, en el tratamiento de neumonía en pacientes ingresados al servicio de neonatología del hospital general Isidro Ayora en el periodo febrero-agosto del 2013 (Bachelor's thesis).
10. Dr. Jaime Rada C. pediatra infectólogo. Rev. Soc. Bol. Ped. Neumonía Neonatal (Parte 1). Médico de planta del hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria", La Paz. 2014
11. Gordon B. Avery. Dr. Jorquera. Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido, Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. Cap 22. Trastornos Respiratorios Agudos en el Recién Nacido. Página 452 -453. 2014
12. Friedrich Reiterer Neonatal Bacterial Infection. Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Medical University of Graz, Austria. Chapter 2. 2013
13. Giuseppe Buonocore. Rodolfo bracci. Michael Weindling. Neonatology. A practical approach to neonatal diseases.. Cap 63. Pulmonary Hemorrhage, Transient Tachypnea and Neonatal PNeumonia. Pag 457-458
14. Jairo Amaya Guío, Magda Alexandry Gaitán. Obstetricia integral siglo XXI. Ruptura Prematura de Membranas.. Tomo I. Cap. 7. Pag. 123 -146 . Argentina. 2105
15. Herson Luis León González, MD, hospital El Tunal, ESE. Manuel Nitola, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Guía de manejo. Ruptura prematura de membranas. 2016
16. Prof. Manuel Díaz Villegas. La neonatología en la atención primaria de salud. Síndrome de aspiración meconial (SAM).. Texto de catedra de pediatría. España. 2015
17. Guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Para padres y cuidadores 2013 - Guía No. 05. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS

18. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. México:secretaria de salud, 2013.
19. Dra Pagola. Fiebre intraparto HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Fecha: abril / 2011 Edición: 20110426. Servicio de Ginecología Nota descriptiva N°331 Noviembre de 2015

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Coloma Hernández Priscila Andrea** con C.C: # 0924442866 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de los Factores de riesgo de Bronconeumonía Connatal en pacientes ingresados en UCIN en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor; 2015 a 2017** previo a la obtención del título de **médico** 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, **23 de abril de 2018**

f. _____

Nombre: **Coloma Hernandez Priscila**

C.C: **0924442866**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Parra Quintana Jenniffer Estefanía**, con C.C: # 0923474175 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de los Factores de riesgo de Bronconeumonía Connatal en pacientes ingresados en UCIN en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor; 2015 a 2017** previo a la obtención del título de **médico** 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, **23 de abril de 2018**

f. _____

Nombre: **Parra Quintana Jenniffer C.C: 0923474175**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de los Factores de riesgo de Bronconeumonía Connatal en pacientes ingresados en UCIN en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor; 2015 a 2017		
AUTOR(ES)	Coloma Hernández Priscila Andrea Parra Quintana Jenniffer Estefanía		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Vera Landívar Gloria Xiomara		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de abril de 2018	No. DE PÁGINAS:	38 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Cuidados Intensivos, Enfermedades		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Bronconeumonía Congénita, Factor Riesgo, UCIN, Infección Vías Urinarias, Dificultad respiratoria, Bronconeumonía congénita.		
<p>RESUMEN/ABSTRACT: Objetivo: Describir la prevalencia y factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de Bronconeumonía Congénita en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor, dentro del periodo de Enero 2015 a Diciembre 2017. Materiales y Métodos: Estudio investigación no experimental de tipo descriptivo y con enfoque retrospectivo, para la cual se utilizó como fuente de información una Base de Datos de pacientes con diagnóstico de Bronconeumonía Congénita, en el periodo comprendido entre Enero 2015 y Diciembre 2017. Resultados: Se identificaron 101 pacientes de los cuales su edad gestacional predominante fue pretérmino, con aproximadamente un 49% de los casos. Se determinó una prevalencia de infección de vías urinarias correspondientes a 56 (54,06%); En cuanto al sexo, el 53,40% de los casos correspondían a varones, mientras que el 46.28% restante, eran de sexo femenino. Conclusión: La edad gestacional del neonato, así como el sexo masculino, influyen en el desarrollo de la enfermedad. El factor de riesgo de infección de vías urinarias maternas tiene asociación directa con el desarrollo de la enfermedad y el incremento en la mortalidad.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-99-332-8329-+593-98-735-1776	E-mail: pacolomah@gmail.com jenniferparra91@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			