



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

TEMA: PREVALENCIA Y FACTORES QUE DESENCADENAN
DISTRÉS RESPIRATORIAS EN RECIÉN NACIDO

Autores: NATALI CAROLINA SALAZAR VIZUETA
MELISA GEOMARA ZAMBRANO MALDONADO

Acompañante: LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANDO

Milagro, abril 2019
ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

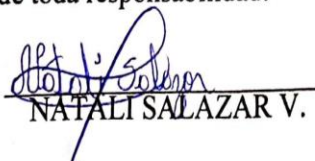
Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **NATALI CAROLINA SALAZAR VIZUETA** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la línea de Investigación Enfermedades infectocontagiosas, Enfermedades del Sistema Respiratorio, alimentación y nutrición, Salud Pública, Enfermería en salud familiar y comunitaria, administración del cuidado de enfermería del paciente, seguridad y calidad en el cuidado de la enfermedad, alcohol, tabaco y drogas de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.


NATALI SALAZAR V.

Milagro, 31 de Mayo del 2019

CI: 0940931850

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, y **MELISA GEOMARA ZAMBRANO MALDONADO** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la línea de Investigación Enfermedades infectocontagiosas, Enfermedades del Sistema Respiratorio, alimentación y nutrición, Salud Pública, Enfermería en salud familiar y comunitaria, administración del cuidado de enfermería del paciente, seguridad y calidad en el cuidado de la enfermedad, alcohol, tabaco y drogas de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 31 de Mayo del 2019

Melisa Zambrano M.
MELISA ZAMBRANO. M

CI: 0941323230

**APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN
DOCUMENTAL**

Yo, LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANDO en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo), elaborado por el estudiante **NATALI CAROLINA SALAZAR VIZUETA** y **MELISA ZAMBRANO MALDONADO** cuyo tema de trabajo de Titulación es **PREVALENCIA Y FACTORES QUE DESENCADENAN DISTRÉS RESPIRATORIAS EN RECIÉN NACIDO**, que aporta a la Línea de Investigación Investigativa previo a la obtención del Grado Licenciada en Enfermería ; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 31 días del mes de mayo del 2019.



GUILLERMO FERNANDO LEÓN SAMANIEGO

Tutor

C.I.:0101471530

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

PhD. LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANDO

Msc. LLIMAICO NORIEGA MARIANA DE JESUS

Msc. ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta practica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA presentado por la señorita MELISA GEOMARA MALDONADO ZAMBRANO.

Con el tema de trabajo de Titulación: **PREVALENCIA Y FACTORES QUE DESENCADENAN DISTRÉS RESPIRATORIAS EN RECIÉN NACIDO**

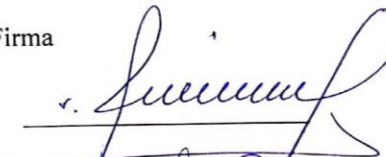
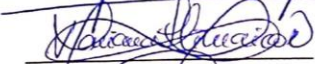
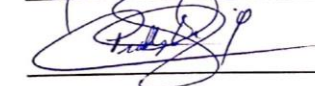
Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[73]
Defensa oral	[19]
Total	[92]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobada

Fecha: 31 de mayo del 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	PhD. LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANADO	
Secretaria	Msc. LLIMAICO NORIEGA MARIANA DE JESUS	
Integrante	ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

PhD. LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANDO

Msc. LLIMAICO NORIEGA MARIANA DE JESUS

Msc. ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA presentado por la señorita NATALI CAROLINA SALAZAR VIZUETA.

Con el tema de trabajo de Titulación: **PREVALENCIA Y FACTORES QUE DESENCADENAN DISTRÉS RESPIRATORIAS EN RECIÉN NACIDO**

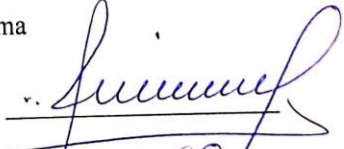


Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[73]
Defensa oral	[19]
Total	[92]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobada

Fecha: 31 de Mayo del 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	PhD. LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANADO	
Secretaria	Msc. LLIMAICO NORIEGA MARIANA DE JESUS	
Integrante	Msc.ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES	

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres. A nuestros hermanos (os) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas. A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. Gracias a nuestros padres: por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado. Agradecemos a nuestros docentes de la Universidad Estatal De Milagro, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al Dr. Guillermo Fernando León Samaniego tutor de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, y a los habitantes de la comunidad por su valioso aporte para nuestra investigación.

Índice General

.....	1
DERECHOS DE AUTOR	II
DERECHOS DE AUTOR	III
APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.....	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	V
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	VI
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
Índice General.....	IX
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1.....	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
CAPÍTULO 2.....	7
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	7
Etiología.....	9
Enfermedad de membrana hialina	9
Síndrome de aspiración de Líquido Amniótico Meconial	10
Edad Gestacional	11
Peso - Retardo de crecimiento intrauterino.....	12
Tipo de parto	12

Diabetes materna.....	13
Controles prenatales.....	13
SINTOMATOLOGÍA	14
Apnea.....	14
Taquipnea transitoria del recién nacido	14
Cianosis.....	16
DIAGNOSTICO	16
Test de Apgar.....	16
CAPÍTULO 3.....	18
METODOLOGÍA	18
CAPÍTULO 4.....	19
DESARROLLO	19
Bajo peso al nacer	19
Tipo de parto	20
Sexo del recién nacido	22
Oligoamnios.....	22
Edad materna	23
CAPÍTULO 5.....	24
CONCLUSIÓN.....	24

RESUMEN

El Síndrome de Distrés Respiratorio es la causa más frecuente de ingresos hospitalarios en el servicio de neonatología. Los problemas respiratorios pulmonares pueden estar relacionados a la reabsorción del líquido del pulmón y la Prematurez (taquipnea transitoria del recién nacido y la enfermedad de la membrana hialina), por asfixia perinatal (Síndrome de aspiración de meconio), infecciones respiratorias, por trastornos de la coagulación o por enfermedades crónicas. Existen factores predisponentes relacionados con la aparición del Síndrome de distraes respiratorio, como: Prematurez, parto por cesárea, hijo de madre diabética, hemorragia aguda preparto, y segundo gemelo, todos los cuales tienen en común la capacidad de producir asfixia neonatal. La metodología utilizada en este trabajo de investigación es de carácter bibliográfico, documental y analítico, los datos e información se obtuvieron de distintos sitios, método plataformas, con el objetivo de determinar la importancia que instituyen los cuidados médicos en las mujeres con preeclampsia y contribuir a la información y orientación de las mismas. Este trabajo es de carácter comprensivo e informativo para educar a las madres sobre la importancia de los controles prenatales para así poder evitar posibles problemas de salud si la madre sufre algún factor de riesgo antes mencionado para así poder iniciar un tratamiento adecuado para la madre el niño como personal de salud solo podemos aplicar medidas preventivas de salud.

Palabras claves: Distrés Respiratorio, factores predisponentes, documental

ABSTRACT

Respiratory Distress Syndrome is the most frequent cause of hospital admissions in the neonatology service. Pulmonary respiratory problems may be related to reabsorption of lung fluid and prematurity (transient tachypnea of newborn and hyaline membrane disease), perinatal asphyxia (Meconium aspiration syndrome), respiratory infections, disorders of the coagulation or chronic diseases. There are predisposing factors related to the appearance of Respiratory Distress Syndrome, such as: Prematurity, cesarean delivery, diabetic mother's son, acute antepartum hemorrhage, and second twin, all of which have in common the ability to produce neonatal asphyxia. the methodology used in this research work is of a bibliographic, documentary and analytical nature, the data and information were obtained from different sites, platform method, with the objective of determining the importance that medical care institutes in women with preeclampsia and contribute to the information and orientation of them. This work is comprehensive and informative to educate mothers about the importance of prenatal check-ups in order to avoid possible health problems if the mother suffers some risk factor mentioned before in order to start an appropriate treatment for the mother the child As health personnel we can only apply preventive health measures.

Keywords: Respiratory distress, predisposing factors, documentary

INTRODUCCIÓN

El síndrome de distrés respiratorios es una enfermedad de carácter o infeccioso, que se desarrolla particularmente en los niños recién nacidos o neonatos como comúnmente se les llama, esto se manifiesta tanto en los que nacen por cesaríá como también los de parto natural o vía vaginal, este padecimiento está caracterizado por constar con una frecuencia de respiración de > 60 cada 60 segundos al momento de nacer, desde la 1ra a la 6ta hora. Esto se manifiesta por la excesiva retención de líquido pulmonar con características secundarias de atrapamiento de aire.

La exteriorización de lo que vendría a ser el líquido pulmonar da comienzo con la labor del parto hasta un porcentaje del 43% 6 horas antes de nacer, dado a un exagerado aumento de catecolaminas maternas, esto llega a causar un gran cambio en el canal epitelial del sodio a lo que consecuentemente llevaría una a absorción de líquido y sodio pulmonar, para que después este líquido sea completamente drenado por medio de los canales linfáticos y también la circulación venosa pulmonar.

El líquido pulmonar que llega a ser sobrante no logra completar la absorción por medio del canal de sodio y pasa a ser expulsado por el acrecentamiento de la coacción de oxígeno mediante las iniciales corrientes de aire del recién nacido, lo que conlleva a la provocación de a una vasodilatación capilar, lo cual ayuda al paso del líquido vascular, con normalidad la explosión de este líquido se lleva el tiempo aproximado de 6 horas, no obstante eso provocaría dificultades, dando un aumento en el espesor de la membrana alveolo capilar, lo que causaría la taquipnea transitoria del niño recién nacido.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Distrés respiratorio es uno de los problemas más frecuentados en muchos de los países que están en vías de desarrollo. Su principal suceso es cuándo disminuye la edad de gestación, es decir, a medida que disminuye, la gravedad aumenta, principalmente hace aparición en menores de apenas 31 semanas, siendo este el caso de un porcentaje elevado que es del 51% entre las 25 y 29 semanas gestantes. La preocupación es inevitable, ya que esto se presenta con más frecuencia en varones que son segundos gemelos o nacidos por cesárea. En Estados Unidos se reportaron alrededor de 450 mil nacidos vivos de manera prematura en el último año, de tal forma que el 30% de los recién nacidos fueron los que desarrollaron dicho síndrome, en dónde tuvieron que ser tratados de manera inmediata por medio de intubaciones endotraqueal, administración de surfactantes y respiración artificial. La problemática no solo es en países subdesarrollados, sino también en países desarrollados con la diferencia del 15-50%, en dónde la diferencia radica en el cuidado que se le brinda en los centros hospitalarios .(Sánchez Valdivia & Sánchez Padrón, 2014)

En Ecuador durante la etapa del 2001 al 2012, el Presupuesto Del Estado determinado a la salud general, tuvo relevancia en más del 1001 %. Es indispensable saber si esta transformación se ha manifestado en el adelanto de la salud de la localidad neonatal. A pesar del vistoso aumento, el informe que se dio a conocer por el INEC de forma general en el año 2010 resalta que dicho síndrome fue la segunda causa de morbilidad para el infante y poseyó una tasa de 192,44 por cada 10000 menores de 12 meses y un porcentaje de 8,94 %.

Aproximadamente para el año 2013, el síndrome estuvo en primer lugar como causa de morbilidad en nuestro país. (Manzanares, Fernández, Moreno, Torres, & Colomé, 2016)

A pesar del brío del gobierno por establecer presupuestos necesarios para la prevención de salud; hay múltiples factores que desligan el distrés respiratorio en los infantes, estos son: factores fetales que son ajustados a las madres y factores que involucran a la sociedad, de los cuales no se puede tener una directa intervención, sin embargo, inciden en la manifestación del síndrome. Se toma como muestra los sucesivos puntos: controles prenatales, enfermedades maternas, la edad materna, embarazos múltiples, sexo del feto y patologías del feto.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer los diferentes estudios realizados a nivel local regional y mundial para determinar la prevalencia y los factores que desencadenan distrés respiratorio en recién nacidos.

Se justifica bajo la premisa de que en el país las principales causas de patologías respiratorias son mediante los ingresos hospitalarios en la sección neonatal que presentan los orígenes de morbilidad y mortalidad del medio, nuestro país tiene un índice muy elevado de intervenciones a servicios neonatales, siendo este el intermitente responsable del síndrome respiratorio.

Por medio de este trabajo de investigación que sujeta información bibliográfica y trabajos de representación científica, se propone la contribución en la prevención pertinente de la patología y minimización de la morbilidad y mortalidad del recién nacido a nivel de nuestro país, además de guiar a los pacientes que exhiben comorbilidad ligada a situaciones que predispongan a la figura de esta dificultad durante el embarazo, se deberán realizar revisiones prenatales aptos para así comprimir los peligros. Se ejecuta la investigación de este tema para aportar un mayor conocimiento que determine cuál es la población más vulnerable, así como

la frecuencia con que se presenta esta situación en los recién nacidos, para así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de los involucrados. Además, se pretende generar un conocimiento claro y preciso de las diferentes patologías respiratorias y complicaciones de los recién nacidos, para realizar una intervención temprana sobre dichos problemas, teniendo en cuenta los factores desencadenantes maternos para de esta manera, mejorar el pronóstico y la sobrevivencia de estos recién nacidos.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El (SDR) o también conocido como taquipnea transitoria del infante fue definida en primera instancia por Avery en 1966 en infantes nacidos a medida que ostentaban respiraciones vertiginosas (superiores a 80 /minuto), molestia respiratoria y retracciones lo cual trata de la inmersión de la altura de las costillas al realizar la acción de respirar al momento de nacer o poco después. Los estudios investigativos para dicha infección fueron desaprobaciones que dieron resultados poco probables, así que la exigencia de oxígeno no se agrandó por encima de un 40 %. La radiografía de tórax demostró líquido intersticial, líneas vasculares perihiliares, fracturas interlobulares prominentes, e hiperinsuflación. Por lo regular, las sintomatologías se solventaron a las 48 horas, ocasionalmente perduran hasta 5 días. Esta es la alteración más frecuente en los nacidos vivos por cesárea o segundos gemelos. Puede resultar dificultoso al momento de diferenciar entre neumonía congénita, la mayoría de los lactantes obtienen antibióticos hasta que se llega a la conclusión de que los hemocultivos son negativos. (Manteiga Riestra, Martínez González, & Frutos Vivar, 2016)

Antecedentes

El síndrome de distrés respiratorio se reconoce auténticamente a principios del siglo XIX al momento de dar impacto al líquido amniótico inhalado, fue cuando Hochheim lo describió.

A comienzos de siglo, los pediatras y obstetras de la época se llevaban muchas sorpresas debido a las observaciones explicadas por los famosos patólogos, que eran los que relataban que las membranas alveolares eran el resultado de la enfermedad resultante que se hallaban en pacientes fallecidos por esta forma. La teoría no fue reconocida y aceptada sino hasta

1951, cuando se la representación radiológica se distinguió de un patrón retículo-granular dilatada en los niños (RN) que inhalaban tal líquido. Paralelamente, los trabajos de Brown Pattle y Clements emprendieron que la depreciación de la tracción superficial en los pulmones era sumamente importante para una óptima ocupación de los pulmones.

Cuando la publicidad de Mead y Avery, en 1959 se comprendieron definitivamente, los descubrimientos fueron de total impacto clínico. En su reconocido artículo “Propiedades de superficie en relación a atelectasias y enfermedad de membrana hialina”, estos autores compartieron la idea de que cuándo el neonato obtiene esta enfermedad se debe a que no existe un completo material que deriva en la sustancia activa del área que se compromete a la tensión de la superficie pulmonar.

Los estudios de Fujiwara y Adams prosiguieron en ese camino, y lograron fijar por cromatografía los mecanismos de la enjundia activa de la superficie pulmonar eran preferentemente esfingomielina y lecitina. Muchos de los demás estudios que se realizaron, demostraron con una escasa actividad pulmonar de superficie, mantenían una baja fosfolípidos y lípidos, y una cantidad pequeña de lecitina. Esto también instruí que la anomalía en el sistema pulmonar del RNPT con SDR era concernida a una baja con respecto a la cantidad de dichos materiales o componentes activos, mucho mayor a la disminución o el desactivo de la actividad de los lípidos.

Poco después de que Fujiwara (1981) lograra manejar surfactantes las personas, en los periodos siguientes numerosas investigaciones. Lo que logró corregir la función pulmonar producida por ese síndrome fueron los surfactantes naturales y muchos compuestos sintéticos que erradicaban por definitiva la morbilidad de los niños recién nacidos

. Antes de 1891 fue cuando se dio a conocer esta enfermedad como primera etapa y consta en la demostración en su forma totalmente natural, en donde se encuentra en déficit de

surfactantes naturales y la manera en cómo se debe actuar inmediatamente para contrarrestarlo con corticoides prenatales, en la segunda etapa se ejercieron diversos estudios en más de 6100 pacientes, en donde se vio un gran avance en la disminución de un 41% de neumotórax y otros problemas pulmonares.

Etiología

Enfermedad de membrana hialina

La (EMH) enfermedad de la membrana hialina es provocada por una irregularidad o déficit del agente tensoactivo alveolar, que va aumentando la rigidez superficial en los alvéolos, lo que brinda como resultado los cuerpos pulmonares mínimos. La deficiencia de surfactantes se muestra como infundidos granulares finos o indefinidos en la radiografía. El edema pulmonar cumple un rol central en la patogénesis de la enfermedad, la bronco grama aéreo es el que aporta con la mejora de esta enfermedad de membrana hialina. La EMH es una molestia típica de enfermedad respiratoria en el infante prematuro. (F, S, R, & R, 2015)

Los casos menos graves de enfermedad de membrana hialina podrían contestar a las presiones de distensión, pero más casos graves necesitan de intubación endotraqueal y administración de surfactante exógeno en los pulmones de los niños. Además, la mezcla del surfactante y el uso de presiones de distensión nasal seguidamente después del nacimiento, baja el suministro de ventilación artificial en los prematuros, evadiendo así la displasia broncopulmonar que puede ser causada por eso, es imprescindible actuar rápido para evitar más problemas en los infantes .(Moreno Vázquez et al., 2014)

Centralmente en los factores que aumentan el riesgo de presentar la enfermedad de la membrana hialina se identificaron los siguientes: cesárea sin labor de parto, recién nacidos pretérmino, embarazos anteriores con enfermedad de la membrana hialina, hemorragia

materna anterior al parto, sofocación perinatal, hijo de una madre diabética, eritroblastosis fetal, sexo masculino, segundo gemelar, etc. Mientras tanto, los factores que se han relacionado una minimización del riesgo de la enfermedad son: parto vaginal, mayor edad gestacional, antecedente de precoces sin enfermedad de la membrana hialina, desnutrición intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura prolongada de membranas, adicción a heroína o cualquier otro tipo de drogas, estrógenos y prolactina. La colocación de corticoides prenatales se ha dado a la tarea de poder minimizar en gran manera el desarrollo de una enfermedad llamada membrana hialina.(Acosta Díaz, Arronte Millo, & Cabrera Domínguez, 2016)

Síndrome de aspiración de Líquido Amniótico Meconial

La Existencia del síndrome de aspiración de meconio en ocasiones es capaz de producir ciertas interrupciones o lapsos respiratorios en los niños, sin embargo, también se convergen entre mortalidad y morbilidad relacionadas con variaciones. Este síndrome suele aparecer normalmente en las primeras bocanadas de aire que el recién nacido da, esto se da debido a la aparición de meconio en el ahogo intrauterino. El líquido amniótico meconial o también denominado por sus siglas (LAM) se presenta en aproximadamente el 6 y 31% de niños recién nacidos, y un 3 al 11% alejan el síndrome de aspiración de líquido. De tal manera este es segregado o proveniente de distintos organismos que mantienen una dificultad en la respiración, tales pueden ser Neumonitis química, inactivación y agotamiento.

La mortalidad esta emparejada a la aspiración de líquido amniótico meconial es con un aproximado de 5 a 41% en donde se produce la aspiración del líquido. Las características más riesgosas que se asocian al inicio de SALAM llegan a ser: el líquido meconial espeso, Apgar inferior a 8 en 1 minuto, tener valor mayor a 5 niños, el incremento en la estadidad de

LAM, cirugías de cesáreas, cambios en la revisión fetal. (Navarrete C., Wilson S., Otth R., Hoffman H., & Zaror C., 2015)

Edad Gestacional

El recién nacido prematuros con edad gestacional entre 25 y 29 semanas, tiene unos pulmones con una baja carga bioquímica de surfactante, por lo cual son inexpertos tanto en sentido que causa la falta de surfactantes y son inexpertos tanto en sentido morfológico como funcional, debido a que los pulmones no se han desarrollado completamente.

Cuando el pulmón se halla con un déficit de surfactante no se puede mantener una correcta aireación y una reciprocidad adecuada gaseosa, esto es lo que producen los problemas en los niños prematuros a las pocas horas de su nacimiento e incluso al instante por la dificultad que tienen al respirar correctamente en el intercambio de gas o lo que se conoce comúnmente como cianosis secundaria.

Cuando la respiración se torna complicada se determina que durante las primeras fases de vida del pequeño ha alcanzado su mayor fuerza entre las 23 a 47 horas de vida, como también existen muchos casos en donde no se presentan muchas complicaciones, entonces la mejora se ve a partir del tercer día de vida del recién nacido. Una de las mayores discrepancias se discute regularmente como prematurez inducida. La mayoría de las cesáreas se eligen entre las 36 y 39 semanas de embarazo, ya que la posibilidad de fallas en la evaluación de la edad es de aproximadamente de dos a tres semanas, muchas veces se debe a que no existe una fecha exacta de la última menstruación que sea inequívoca y confiable; también se da el caso de que no se realizan ecografías precoces durante las primeras 11 semanas de embarazo. (Tomicic, Fuentealba, Martínez, Graf, & Batista Borges, 2016)

Peso - Retardo de crecimiento intrauterino

De acuerdo con la institución de educación secundaria Norteamericana de Ginecología y Obstetricia, se restringe del aumento intrauterino como una precisa condición en la que el feto semidesarrollado posee una aproximación de peso menor al percentil 9, ya que para la población es una determinación de edad gestacional. Aunque cabe esclarecer que solo se incluiría a los niños legalmente pequeños, como también a los que se encuentran afectados por cualquier causa patológica. De acuerdo con esta situación es recomendable meditar en la restricción del aumento intrauterino como una verdadera afectación o supresión del potencial genético fetal, que se regula como una solución o aporte a sustancias o noxas génicas o infecciosas. (Szot M., 2017)

Tipo de parto

Los problemas respiratorios en los infantes son un problema que frecuentan con regularidad poco después del parto. El síndrome de dificultad respiratoria se relaciona con el nacimiento por cesárea como se ha mencionado anteriormente, sobre todo en presencia del trabajo de parto. El 80% de los nacimientos en América Latina pasa en países con un índice de cesáreas mayor al 15% que son privilegiados por la ONU y se considera que esto causa una aproximación de 40,000 casos de recién nacidos con problemas de respiración. Una de las primordiales causas es cuando la madre tiene una edad muy madura y tiene su primer embarazo, entonces se presentan muchas complicaciones que afectan al feto, las distintas gestaciones son causadas a los tratamientos de fertilidad, y la impactante inquietud que produce el parto vaginal. El incremento de nacimientos por cesárea se debe al dolor que causa el procedimiento normal y es por esto que algunas mujeres optan por el nacimiento por

cesárea y la disfunción sexual posterior al parto, el nivel sociocultural o económico, y la atribución del equipo que presencia el parto.(Dorado Lambert & Revilla Montero, 2015)

Mientras se está llevando el parto, se producen varios cambios hormonales y de mediadores en la madre y en el feto, se produce una rápida expulsión del líquido pulmonar, en gran parte depende de canales de sodio. La falta en estos mecanismos puede hacer que el recién nacido tenga problemas respiratorios severos y sugiera de muchos cuidados intensivos, respiración artificial o surfactante. Cabe esclarecer que los infantes nacen por cesare requieren de mayor tiempo para alcanzar el índice del 90% de saturación que los bebés que nacen con naturalidad y los que nacen de forma prematura demoran mucho más tiempo que los nacidos a término para alcanzar una saturación de oxígeno mayor a 85%.(Meritano, Abrahan, Pietro, Fernández, & Gerez, 2016)

Diabetes materna

Los hijos que poseen una madre con problemas de diabetes tienden a frecuentar con estos problemas del síndrome de dificultad respiratoria (SRD) porque la hiperinsulinemia descompone la madurez pulmonar. El síndrome de dificultad respiratoria es secundario a la insuficiencia de surfactante pulmonar y radiológicamente se puede ver y analizar la pérdida de volumen y apreciación de microatelectasias. Cabe destacar que la síntesis de lecitina no se encuentra alterada en los hijos de madre diabética, pero la elaboración de fosfatidilglicerol no es normal. Sin embargo, la madurez pulmonar no se ve afectada en el feto de madre diabética con un prudente y exacto control glicémico.(Díaz de León Ponce et al., 2014)

Controles prenatales

(Oliva, 2015) “Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan

condicionar morbilidad materna y perinatal”. El control antes del parto tiene que ser eficaz para que no existan complicaciones al momento de parto, esto es de suma importancia debido a que, significa que la cubierta debe ser de mayor relevancia y que el equipo de salud entienda y atienda la calidad de su trabajo. La mayoría de la comunidad de profesión obstétrica no tiene algún tipo de factor problemático o conocidos comúnmente como riesgos, su control es fácil, y no requiere de una gran infraestructura y costos elevados. El equipo básico para dichos controles consiste en un espacio físico con un clima e iluminación adecuada, camilla ginecológica, esfigmomanómetro, balanza, cintas métricas, estetoscopio, campana de doppler fetal o Pinard, guantes estériles, espéculos vaginales, carné prenatal y todo el equipo de salud que se requiera al momento de realizar actividades que sean de suma importancia para llevar un control y que no se extiendan a complicaciones al momento del parto.(Prado A et al., 2016)

SINTOMATOLOGÍA

Apnea

La apnea del infante precoz es una complicación que se presenta antes del noveno mes de gestación y en los recién nacidos en los que se haya separado la posibilidad de asfixia o sepsis. Por tal motivo la apnea idiopática del prematuro desaparece por completo cuando el prematuro llega a las 34 a 36 semanas de edad gestacional. Cuando la apnea es secundaria a otra patología, es fundamental tratar la causa que le da origen. De no haber resultado conciso se debe iniciar con la ventilación mecánica.(Martínez, Nin, & Esteban, 2015)

Taquipnea transitoria del recién nacido

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es una enfermedad que no es infecciosa, y aparece generalmente en el niño pretérmino o cercanos al término, como se saben que son

nacidos por cesárea; en distintas ocasiones se le ha denominado como “pulmones húmedos”. La radiografía de tórax se ostenta con hiperaereación pulmonar o marcas vasculares prominentes de una ligera cardiomegalia. El cuadro se puede detectar debido a que existen setenta respiraciones por minutos, marca la frecuencia; y problemas respiratorios después de las primeras seis horas de vida.

La expulsión del líquido de los pulmones empieza en la labor de parto en al menos un 45%, 5 horas antes del nacimiento, a causa de la subida de catecolaminas maternas; no obstante, este proceso puede ser obstaculizado, aumentando el grueso del tegumento alvéolo capilar y facilitando de este modo el TTRN. Por cuando a los estudios con respecto al diagnóstico, se encuentran ciertos signos que sugieren de cierto modo TTRN. Una radiografía tomada al tórax presenta híper aeración con alrededor de nueve espacios entre los lados visibles, postración de hemidiafragmas y poner de forma horizontales las costillas; cardiomegalia y sugestionar el intersticial palahiliar gracias a la ampliación del sistema vascular pulmonar. Gasometría: Presenta cierta acidosis respiratoria y un poco de hipoxemia. Conjuntamente se ha demostrado que la labor de parto antes de una cesárea funciona como método para proteger este del TTRN en los RN en término o de cierta cercanía a los que nacen por cesárea.(Tomicic F, Andresen M, Romero P, & Mercado F, 2017)

Una investigación que se realizó en el país de Brasil manifestó que si hay consecuencias hay morbilidad neonatal cuando se proporciona corticoides antenatales. En un análisis orientado al ámbito clínico de forma aleatoria, se llegó a al concluir que la furosemida administrada por intravenosa y oral no debería ser recomendado para la taquipnea transitoria del bebe como tratamiento y no se debe disponer su utilización sin datos adicionales.

Cianosis

Esta esta se deriva del griego kuaneos, lo que se expresa como azul oscuro, hace referencia a lo azulada que se se torna la piel, las mucosas o las uñas. Si la cianosis se restringe a las extremidades se lo deriva acrocianosis periférica, esto generalmente se presenta en infantes, a causa del contraste de oxígeno arterial y venosa; a diferencia de la acrocianosis, la cianosis aparece en la mayor parte del cuerpo, evidenciado en los tegumentos mucosas, esta también indica que existe una afección de gran potencial y muy grave, la misma que puede ser mortal, por lo tanto necesita que sea atendida inmediatamente.(Savón Valdés et al., 2014)

La cianosis puede aparecer en los niños recién nacidos al padecer enfermedades en el corazón, problemas de respiración o de pulmones y el tratamiento del cual este depende es de la etiología del cual fue producido el problema. Cada paciente debe tener colocado el oxígeno por medio de una mascarilla hasta que se pueda asegurar la vía aérea. Si los resultados con una buena ventilación no son los necesarios para aumentar la frecuencia del corazón o si aeración no es la esperada, se debe tener en consideración una concentración mayor de oxígeno..(García García et al., 2016)

DIAGNOSTICO

Test de Apgar

La mayor parte de los niños recién nacidos tienen una exitosa transición sin ningún problema que evita que salga al mundo exterior. Ciertos de ellos requerirán intervención de los medios y solo la minoría necesitara reanimación de algún tipo. Un sistema bien estructurado para la rápida atención y calificación de nacido es de gran importancia. Por ello el método de Apgar es uno de los más indicados para la evaluación extrauterina del recién nacido.(Morales-Barquet et al., 2015)

La puntuación de Apgar es la escala que utilizan los profesionales de la salud para llegar a una determinada conclusión sobre la salud del neonato. Para realizarlo es necesario que se realice un examen breve de la parte física, la misma que determina la vitalidad y si es necesaria la reanimación dentro de los minutos iniciales de vida. Las medidas que fueron evaluadas son las siguientes:

- Ritmo del miocardio
- Energía del sistema respiratorio
- Color del musculo
- Resultados ante los estímulos
- Tono de la piel.(Jiménez & Reyes, 2018)

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

El trabajo de investigación actual tiene como tema la Prevalencia y factores que desencadenan distrés respiratorias en recién nacidos este trabajo usa una metodología de tipo analítica, bibliográfica y documental. Ya que el proceso que llevo el proyecto fue analítico pudiendo obtener información de diferentes fuentes para de esta manera sustentar correctamente la problematización y las variables respectivas.

De la misma manera, la forma en la que se planteó esta investigación tuvo un enfoque documental ya que se hicieron uso de varias fuentes para la ejecución de los objetivos que se determinaron al inicio. Además, como es una investigación bibliográfica corrobora la estructuración ya que se hizo el uso adecuadamente de las normas APA.

Por último, se manifiesta que los métodos usados para la elaboración de esta investigación fueron los métodos deductivos, analíticos e inductivos, lo que le dieron el sustento necesario al tema y al problema.

En este apartado se reflejarán las fuentes de donde se obtuvo la información para el presente proyecto de investigación:

- Documentos científicos
- Libros virtuales y físicos que hacen referencia al tema que está siendo tratado en el trabajo.
- Sitios webs avalados
- Proyectos, tesis, monografías y tesinas.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO

Una investigación realizada en el hospital (Sánchez-Mendiola, Martínez-Natera, Herrera-Maldonado, & Ortega-Arroyo, 2016) En Cuba, se hizo la evaluación de los neonatos los cuales presentaron algún tipo de dificultad con respecto a la respiración con comparación a un estudio anterior en los cuales los neonatos pretérminos menores de 37 semanas los cuales tenían varias dificultades respiratorias, se hizo el registro de alrededor 75 casos lo que corresponde al 55% de la muestra que se estaba estudiando; La mayor parte de las enfermedades fueron pasajeras en los niños a término que fueron de 39 a 42 semanas lo cual equivale al (42%) y no se manifestó problemas graves, su evaluación las predicciones fueron excelentes. Los neonatos pretérminos menores de 28 a 31 semanas si presentaron complicaciones de salud en segundo lugar de frecuencia, con un equivalente de 40% de 54 casos; no obstante, estos fueron los que manifestaron más problemas por lo cual se vio comprometido su estado de salud amenazando su vida; por último el 14% que se observó alrededor de 19 casos complicados y la misma cifra de casos críticos.

En el neonato pretérmino, el sistema respiratorio no obtuvo el desarrollo que necesitaba, la capacidad de los pulmones y de energía viéndose minimizadas ante la gran demanda de pacientes con este problema, por ende, se ven fatigados y el sistema respiratorio deficiente crea más dificultades.

Bajo peso al nacer: En un artículo científico elaborado por (Cano et al., 2014) se halló que el peso bajo del neonato tiene una relación directa con el distrés respiratorio en el neonato. Esto tiene relación con una investigación que se realizó en Loja, en el hospital

general de la provincia de Isidro Ayora; de los 52 neonatos con distrés respiratorio, todos presentaron un peso menor a 2,5 kilogramos.

Según (Tapia-Rombo et al., 2009), en su trabajo de investigación de morbilidad en neonatos con el peso menor de lo estandarizado del hospital del IESS de la ciudad de Ambato, se relacionó de forma directa el peso del neonato con el distrés, el mismo que comprendió al menos un 45% de las enfermedades en general. El peso, aunque es utilizado en diferentes trabajos investigativos, este no manifiesta la madurez del neonato, pero cuando se relaciona con la edad de gestación su interpretación es mejor abordada.

Tipo de parto: según una investigación que se realizó en la Clínica de Cuenca se hizo un estudio con métodos retrospectivos a los recién nacidos con la afección de distrés respiratorio que ingresaron al centro de neonatología en el año 2014. El total de recién nacidos con distrés respiratorios manifestó la distribución siguiente: el 70% fue parto normal y el 29% parto por cesárea con una muestra de 74 recién nacidos.

En el Hospital universitario Materno Infantil, se llevó a cabo un estudio, a todas las personas que nacieron en enero del 2006 hasta el 2010 de diciembre, por lo que los autores llegaron a realizar la conclusión de que la depresión neonatal genera una mayor frecuencia en los infantes que nacieron por cesárea, objetivada que se mediante una puntuación de Apgar en minutos inferior o similar a 3, los infantes que nacieron por medio de fórceps, lo cual tiene un mayor incremento que los infantes nacidos mediante el parto vaginal. Por lo que una situación parecida se observó en esta investigación. (Ballesteros del Olmo et al., 2017)

Diabetes materna: mediante los datos que se obtuvieron en este trabajo de investigación, no se encontró una vinculación importante entre distrés respiratorio y diabetes materna de un niño que recién nace, terminación parecida se analizó mediante el estudio que se realizó en

México de Salazar Meza, Toluco , de los niños que recién nacen, los cuales provienen de madres que tienen diabetes, en el que un 80% no mostró SDR.

Flores Rodríguez y Cols realizó un estudio con la finalidad de medir las dificultades del déficit de control que se presentan en una diabetes gestacional, por ende, arrojó que los niños recién nacidos procreado por una madre que posee diabetes no controlada, en donde la primordial problemática fué la llamada hipoglicemia consiguiente de un distrés respiratorio. (Jonguitud-Aguilar & Salazar-Juárez, 2017)

Líquido amniótico meconial: fue desarrollada por Moreno Paladines mediante diferentes estudios como transversal y analítico, el mismo que fue ejecutado en el Hospital General Isidro Ayora, que se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, que se dio en trayecto de abril hasta junio del 2014. En donde un 18% de los infantes que recién nacen ingresados en las instalaciones de este hospital, dieron como resultado poseer de Aspiración Meconial. En donde los motivos maternos que generaron afectaciones fue un parto prolongado que se encuentra asociado a complicaciones del tracto urinario siendo como resultado un 44.4% las complicaciones en las Vías Urinarias, aparte un 22% presenta Vaginosis. La primordial dificultad de los infantes recién nacido que paseen Síndrome de Aspiración Meconio el cual cuanta con un 44% y por otra parte hay un 22% en Asfixias Inicial.

(Velázquez G, Vega M, & Martínez M, 2010) realizaron un estudio en el que relaciona al líquido amniótico meconial con un síndrome de distrés respiratorio, en el que obtuvieron resultados con un valor porcentual de 3,9% de incidencia y un valor de 1,3% de un líquido amniótico en el SDR en el RN, dado como efecto una dificultad importante de 2,5. De la misma manera se analizó una predisposición a aumento del SDR en el que se tuvo una puntuación de Apgar >7 y con aumento de mortalidad vinculada a LAM, a pesar de que no es significativa estadísticamente.

Falta de controles prenatales: este factor dentro de este trabajo de investigación no es significativamente estadística, la relación entre los controles prenatales y este síndrome, se ponen en contra con los estudios que fueron vinculados en seis hospitales, en donde se contaba con 8.075 mujeres en donde se observó que los niños que no tenía un adecuado control prenatal presentaban un incremento en la mortalidad, en el que es vinculado con el síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, retinopatía, amnionitis y por último hemorragia antes del parto.

De la misma manera los Fondos de las Naciones Unidas hacia la infancia, según los resultados que fueron recolectados desde el año 2008. 2012 manifiestan la situación mediante cifras de la vigilancia prenatal en el país en el que residimos, el 57% alcanzan las madres que suelen ir a sus controles prenatales 4 veces, por otra parte, las que solo van una vez durante toda su etapa prenatal cuentan con 84.2%, en el que manifiesta una tasa de mortalidad de neonatos fue un 10% en el 2012 y estos neonatos con un 8% debido a su poco peso. (Rodríguez-Weber, López-Candiani, Arredondo-García, Gutiérrez-Castrellón, & Sánchez-Arriaga, 2003)

Sexo del recién nacido: algunos estudios que se han realizado indican que generalmente el sexo masculino es el que presenta mayores condiciones necesarias para que posea estas afectaciones, en el estudio que se está realizando existe un grupo de Rn, el cual manifestó mayor incidencia, por lo que el sexo masculino mostró una mayor diferencia, aunque las disfunciones fueron proporcionadas por los RN bajo peso.

Oligoamnios: el SDR y el oligoamnios presentan una relación que no es significativamente estadística en lo que se puede poner en contra si lo relacionamos a estudios que se ejecutó en el Salvador, donde 108 mujeres embarazadas manifestaron oligoamnios que representa 46% un síndrome de sítrés respiratorio desde el momento del nacimiento.

Edad materna: según el estudio realizado se encontraron la misma cantidad de adolescentes embarazadas como mujeres mayores de 20 años, en los que indica que las adolescentes presentan mayores riesgos al momento de que nace el infante, debido a que pueden poseer distrés respiratorio.(Osorno Covarrubias, 2015)

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Después de la investigación referente al síndrome de distrés respiratorio se concluye que:

- El SDR es un problema que se presenta en pocos niños recién nacidos en todo el mundo, pero aun así este trae diferentes dificultades de respiración como puede ser la neumonía, sepsis neonatal, asfixia perinatal, hipertensión respiratoria y cardiopatías y demás, las mismas que son causadas en el periodo de embarazo, por lo cual es necesario que las mujeres en el periodo de embarazo necesitan acudir al control antes del parto para evitar posibles riesgos.
- Aunque se ha logrado muchos avances en la medicina y por parte de los profesionales de la salud de igual manera, por lo tanto, en el aspecto pediátrico se ha demostrado según diferentes estudios realizados que en el progreso de inicio del feto es necesario que la madre controle su embarazo de forma periódica para prevenir cualquier tipo de situación problemática, como es el distrés respiratorio.
- Este proyecto investigativo dio cabida gracias a la recolección de información de diferentes fuentes y materiales físicos, que ayudaron a un mejor entendimiento sobre el tema en cuestión, el mismo que aportó a como se puede prevenir las dificultades del recién nacido entre la cual está el síndrome de distrés respiratorio.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Díaz, R., Arronte Millo, J., & Cabrera Domínguez, N. (2016). Evaluación del Surfacén en el síndrome de dificultad respiratoria del prematuro. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 287-294.
- Ballesteros del Olmo, J. C., Mora, E. U., Silva, R. V., Marmolejo, L. C., Carrocera, L. A. F., Nava, G. F., ... González, G. A. J. (2017). Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 78(S1), 3-25.
- Cano, D., Perotti, E., Bello, O., Parada, P., Ferreira, J., Alonso, G., & Estevan, M. (2014). Eventración diafragmática: Una causa excepcional de dificultad respiratoria neonatal. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 72(2), 121-124.
- Díaz de León Ponce, M., Hernández, M. F. M., Chávez, A. O., Díaz, J. I. G., Ramírez, P. A. M., Moreno Santillán, A. A., & González, N. G. (2014). Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA). *Medicina Crítica*, 18(1), 24-33.
- Dorado Lambert, A. E., & Revilla Montero, J. (2015). Radicales libres de oxígeno y distress respiratorio agudo. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(3), 214-219.
- F, A. D., S, D. A., R, F. D., & R, P. C. (2015). Estrategias ventilatorias ante el niño con síndrome de distress respiratorio agudo e hipoxemia grave. *Gaceta Médica de México*, 151(1), 75-84.
- García García, M. L., Ordobás Gabin, M., Calvo Rey, C., González Álvarez, M. I., Aguilar Ruiz, J., Arregui Sierra, A., & Pérez Breña, P. (2016). Infecciones virales de vías respiratorias inferiores en lactantes hospitalizados: etiología, características clínicas

y factores de riesgo. *Anales de Pediatría*, 55(2), 101-107.

[https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(01\)77644-8](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(01)77644-8)

Jiménez, J. R. J., & Reyes, K. C. (2018). Surfactante pulmonar en el síndrome de dificultad respiratoria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 231-236.

Jonguitud-Aguilar, A., & Salazar-Juárez, M. (2017). Los olvidados: Epidemiología del paciente prematuro tardío con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(4), 178-184.

Manteiga Riestra, E., Martínez González, Ó., & Frutos Vivar, F. (2016). Epidemiología del daño pulmonar agudo y síndrome de distrés respiratorio agudo. *Medicina Intensiva*, 30(4), 151-161. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(06\)74496-5](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(06)74496-5)

Manzanares, D., Fernández, R., Moreno, O., Torres, O., & Colomé, H. (2016). Surfacen: Un surfactante natural para el tratamiento del síndrome del distress respiratorio neonatal. *Revista Cubana de Pediatría*, 69(1), 3-10.

Martínez, Ó., Nin, N., & Esteban, A. (2015). Evidencias de la posición en decúbito prono para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo: una puesta al día. *Archivos de Bronconeumología*, 45(6), 291-296.

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2008.05.010>

Meritano, J., Abrahan, M. S., Pietro, S. V. D., Fernández, V., & Gerez, G. (2016).

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ASOCIADO A LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO Y POSTÉRMINO: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGOS Y MORBIMORTALIDAD. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=91214812004>

- Morales-Barquet, D. A., Reyna-Ríos, E. R., Cordero-González, G., Arreola-Ramírez, G., Flores-Ortega, J., Valencia-Contreras, C., ... Villegas-Silva, R. (2015). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(4), 168-179.
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.02.005>
- Moreno Vázquez, O., Lee López, M., Domínguez Dieppa, F., Pascual López, M. A., Alonso Abad, A., Jiménez Rivero, G., & Manzanares Tapia, D. (2014). Estudio de la eficacia del Surfacen en el distress respiratorio del recién nacido. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(2), 60-71.
- Navarrete C., M., Wilson S., M., Oth R., L., Hoffman H., I., & Zaror C., L. (2015). Frecuencia de *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en pacientes con distress respiratorio y serología negativa para hantavirus. *Revista chilena de infectología*, 20(1), 7-10. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182003000100001>
- Oliva, M. H. (2015). Caracterización de pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo en la unidad de cuidados intensivos / Characterization of patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care unit. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 14(4), 54-68-68.
- Osorno Covarrubias, L. (2015). Papel actual de la presión positiva continua en la vía aérea en el síndrome de dificultad respiratoria y nuevas evidencias. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(6), 422-430.
- Prado A, F., Linares P, M., Donoso F, A., Cruces R, P., Herrera O, P., & Contreras E, I. (2016). Cierre efectivo por vía broncoscópica de fístula broncopleurales de alto flujo en paciente con síndrome de distress respiratorio agudo grave. *Revista chilena de pediatría*, 77(5), 501-505. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062006000500008>

- Rodríguez-Weber, M. A., López-Candiani, C., Arredondo-García, J. L., Gutiérrez-Castrellón, P., & Sánchez-Arriaga, F. (2003). Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal en un hospital de tercer nivel de atención. *Salud Pública de México*, *45*, 90-95. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000200004>
- Sánchez Valdivia, A., & Sánchez Padrón, A. (2014). Distress respiratorio agudo en el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *32*(1), 0-0.
- Sánchez-Mendiola, M., Martínez-Natera, O. C., Herrera-Maldonado, N., & Ortega-Arroyo, J. (2016). Estudio controlado del tratamiento de la enfermedad de membrana hialina del recién nacido pretérmino con surfactante pulmonar exógeno (porcino vs. bovino). *Gaceta Médica de México*, *141*(4), 267-272.
- Savón Valdés, C. E., Acosta Herrera, B., Piñón Ramos, A., Valdés Ramírez, O., Oropesa Fernández, S. I., González Muñoz, G., ... Guzmán Tirado, M. G. (2014). Infección respiratoria aguda grave en pacientes cubanos durante la ola de influenza pandémica A (H1N1) en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, *63*(1), 30-37.
- Szot M., J. (2017). Mortalidad por enfermedades respiratorias en Chile durante. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, *19*(1), 8-14. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482003000100002>
- Tapia-Rombo, C. A., Córdova-Muñiz, N. E., Ballesteros-del-Olmo, J. C., Aguilar-Solano, A. M. G., Sánchez-García, L., Gutiérrez-González, G. A., & Cuevas-Urióstegui, M. L. (2009). Factores predictores para la producción de displasia broncopulmonar en el recién nacido de pretérmino. *Revista de Investigación Clínica*, *61*(6), 466-475.
- Tomicic F, V., Andresen M, M., Romero P, C., & Mercado F, M. (2017). Impacto hemodinámico de la presión positiva de fin de espiración (PEEP) durante la falla

respiratoria grave: visión actual. *Revista médica de Chile*, 130(12), 1419-1430.

<https://doi.org/10.4067/S0034-98872002001200013>

Tomicic, V., Fuentealba, A., Martínez, E., Graf, J., & Batista Borges, J. (2016).

Fundamentos de la ventilación mecánica en el síndrome de distrés respiratorio agudo. *Medicina Intensiva*, 34(6), 418-427.

Velázquez G, P., Vega M, G., & Martínez M, M. L. (2010). MORBILIDAD Y

MORTALIDAD NEONATAL ASOCIADA A LA DIABETES GESTACIONAL.

Revista chilena de obstetricia y ginecología, 75(1), 35-41.

<https://doi.org/10.4067/S0717-75262010000100005>