



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD DE SALUD Y SERVICIO SOCIAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA
PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTA**

**TEMA: FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN
EN EL SÍNDROME DE MEMBRANA HIALINA**

Autores:

Srta. CINTHYA KAREM GARCIA JARA

Sr. BRYAN STEEVEN LIGUA QUINDE

Tutor:

Dra. KATIUSKA MEDEROS MOLLINEDA

Milagro, Octubre2021

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.
Fabricio Guevara Viejó, PhD.
RECTOR
Universidad Estatal de Milagro
Presente.

Yo, Garcia Jara Cinthya Karem, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta practica 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, como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación **FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE LA MEMBRANA HIALINA**, 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 este trabajo de integración curricular 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, 27 de octubre de 2021



Garcia Jara Cinthya Karem
Autor 1
CI: 0955744065

DERECHOS DE AUTOR

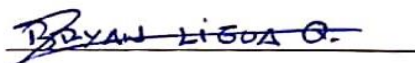
Ingeniero.
Fabricio Guevara Viejó, PhD.
RECTOR
Universidad Estatal de Milagro
Presente.

Yo, Ligua Quinde Bryan Steeven, 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, como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación **FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN EN EL SINDROME DE LA MEMBRANA HIALINA**, 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 este trabajo de integración curricular 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, 27 de octubre de 2021



Ligua Quinde Bryan Steeven.
Autor 2
CI: 0951747252

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, Dra. Mederos Mollineda Katiuska 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 los estudiantes Garcia Jara Cinthya Kareem y Ligua Quinde Bryan Steeven, cuyo tema de trabajo de Titulación es **FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE LA MEMBRANA HIALINA**, que aporta a la Línea de Investigación SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL previo a la obtención del Grado LICENCIADO (A) 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 del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 27 de octubre de 2021



Dra. Mederos Mollineda Katiuska

Tutor

C.I: 0958824575

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

DRA. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA

DR. TERÁN PUENTE CARLOS FERNANDO

MSC. TABARES CRUZ YAIMA BEATRIZ

Luego de realizar la revisión del Trabajo de Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERÍA presentado por la estudiante GARCIA JARA CINTHYA KAREM

Con el tema de trabajo de Titulación: **FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE LA MEMBRANA HIALINA.**

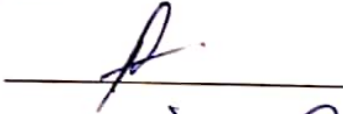
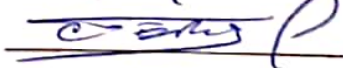
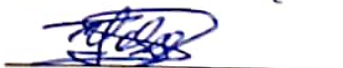
Otorga al presente Trabajo de Investigación Documental, las siguientes calificaciones:

| | |
|--------------------------|------------------|
| Investigación Documental | [78.33] |
| Defensa oral | [19.67] |
| Total | [98.00] |

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobado

Fecha: 27 de octubre de 2021

Para constancia de lo actuado firman:

| | Nombres y Apellidos | Firma |
|---------------|------------------------------|---|
| Presidente | MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA |  |
| Secretario /a | TERAN PUENTE CARLOS FERNANDO |  |
| Integrante | TABARES CRUZ YAIMA BEATRIZ |  |

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

DRA. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA

DR. TERÁN PUENTE CARLOS FERNANDO

MSC. TABARES CRUZ YAIMA BEATRIZ

Luego de realizar la revisión del Trabajo de Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADO EN ENFERMERÍA presentado por el estudiante LIGUA QUINDE BRYAN STEEVEN

Con el tema de trabajo de Titulación: **FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE LA MEMBRANA HIALINA.**

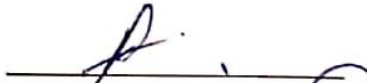
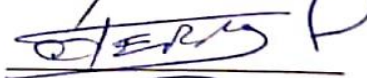

Otorga al presente Trabajo de Investigación Documental, las siguientes calificaciones:

| | |
|--------------------------|-----------|
| Investigación Documental | [78.33] |
| Defensa oral | [19.00] |
| Total | [97.33] |

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobado

Fecha: 27 de octubre de 2021

Para constancia de lo actuado firman:

| | Nombres y Apellidos | Firma |
|---------------|------------------------------|---|
| Presidente | MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA |  |
| Secretario /a | TERAN PUENTE CARLOS FERNANDO |  |
| Integrante | TABARES CRUZ YAIMA BEATRIZ |  |

Membrana Hialina

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | www.enfermeriaaps.com Fuente de Internet | 1% |
| 2 | aplicaciones.msp.gob.ec Fuente de Internet | 1% |
| 3 | www.coursehero.com Fuente de Internet | 1% |
| 4 | alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet | 1% |
| 5 | ddd.uab.cat Fuente de Internet | 1% |

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 50 words

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

A Dios por su gracia infinita y haberme permitido llegar hasta mi meta propuesta.

A mis padres y hermanos por ser los pilares fundamentales en toda mi educación, tanto académica, como en la vida diaria, por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo, todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Cinthy Karem Garcia Jara

DEDICATORIA

A Dios por ser mi inspiración y fuente de voluntad para cumplir cada una de mis metas, a mi Mamá Herlinda Quinde, que me ha apoyado en todo momento, y me ha brindado la oportunidad de cumplir mis metas académicas, a mi abuelita Yolanda Valenzuela, por su motivación y ayuda en cada momento de mi formación académica, A mi novia Paula Moreno, que ha sido mi motivación y apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida, que me han permitido llegar a donde me encuentro ahora.

Bryan Steeven Ligua Quinde

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por su gratitud y por guiarme a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de dificultad

En especial le agradezco a mis padres y hermanos por su amor y apoyo incondicional durante este proceso por sus oraciones consejos y palabras de aliento, por estar en todo momento

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad estatal de milagro y a la Facultad de Ciencias y servicios sociales, quienes a través de los docentes me formaron con la enseñanza y conocimiento hicieron crecer día a día como futura profesional.

Mis más grande y sincero agradecimiento a mi tutora designada que durante todo este proceso quien con paciencia, dirección y conocimiento me permitió el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, a todas aquellas amistades que me brindaron su apoyo, para el logro de mis objetivos

Cinthya Karem Garcia Jara

AGRADECIMIENTO

Agradezco de todo corazón a Dios por haber sido mi guía y motivación para seguir luchando por cumplir mis objetivos de vida.

A mi mamá, abuelita y mi novia, por ser mi apoyo y fortaleza para no renunciar y seguir buscando el logro de mis objetivos académicos y personales.

Profundamente agradecido con la Universidad Estatal de Milagro y quiénes conforman la facultad de salud y servicios sociales, sus docentes y directivos, por la paciencia y vocación de enseñanza, transmitiéndonos sus conocimientos, permitiéndonos fortalecer nuestros conocimientos teóricos y prácticos, para que desarrollemos nuestro perfil profesional.

Totalmente agradecido con nuestra tutora, la doctora Mederos, por sus enseñanzas y acompañamiento oportuno, que permitieron que el presente trabajo se realice de manera exitosa.

Bryan Steeven Ligua Quinde.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|------|
| DERECHOS DE AUTOR | ii |
| DERECHOS DE AUTOR | iii |
| APROBACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL | iv |
| APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR | v |
| APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR | vi |
| DEDICATORIA | viii |
| AGRADECIMIENTO | x |
| ÍNDICE GENERAL | xii |
| ÍNDICE DE TABLAS | xiii |
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| CAPITULO I | 5 |
| PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN | 5 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 5 |
| 1.1.1 Delimitación del Problema | 7 |
| 1.1.2 Formulación del problema | 8 |
| 1.1.3 Sistematización del problema | 8 |
| 1.2 OBJETIVOS | 9 |
| 2. Objetivo General | 9 |
| 2.1. Objetivos Específicos | 9 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 10 |
| CAPÍTULO II | 12 |
| MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL | 12 |
| 2.1 Antecedentes | 12 |
| 2.2 Membrana hialina | 13 |
| 2.2.1 Epidemiología | 13 |
| 2.2.1 Etiología | 14 |
| 2.2.2 Factores de Riesgo | 14 |
| 2.2.3 Signos y Síntomas | 17 |
| 2.2.4 Diagnóstico | 18 |
| 2.2.5 Tratamiento | 20 |

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------|----|
| 2.2.6 | Prevención | 22 |
| 2.3 | Intervención de enfermería..... | 23 |
| 2.3.1 | Cuidados Respiratorios..... | 23 |
| 2.3.2 | Cuidados de enfermería..... | 25 |
| 2.4 | Diagnostico de enfermería..... | 27 |
| CAPÍTULO III | | 28 |
| METODOLOGÍA | | 28 |
| 3.1. | Tipo de investigación | 28 |
| 3.2. | Enfoques de investigación..... | 28 |
| 3.3. | Diseño de investigación | 28 |
| 3.4. | Método de investigación | 28 |
| 3.5. | Criterios de investigación..... | 29 |
| 3.6. | Fuente de datos..... | 29 |
| CAPITULO IV | | 30 |
| DESARROLLO DEL TEMA..... | | 30 |
| CAPITULO V..... | | 37 |
| CONCLUSIONES..... | | 37 |
| RECOMENDACIONES..... | | 39 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 40 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|-----------------------|----|
| Tabla 1. | 31 |
| Tabla 2. | 32 |
| Tabla 3. | 32 |
| Tabla 4. | 33 |
| Tabla 5. | 33 |
| Tabla 6. | 34 |
| Tabla 7. | 35 |
| Tabla 8. | 36 |

FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE MEMBRANA HIALINA

RESUMEN

El presente estudio investigativo tuvo como propósito analizar los factores de riesgo prenatales que influyen en el síndrome de la membrana hialina durante los años 2016 a 2021 mediante el uso del método bibliográfico documental. Su enfoque de investigación fue descriptivo y su diseño, no experimental. La técnica de análisis de datos aplicada fue la hermenéutica interpretativa que permitió indagar y describir percepciones sobre fundamentos científicos obtenidos de plataformas de revistas índice y de repositorios universitarios. Se obtuvo como resultado que los factores de riesgos prenatales que inciden en el desarrollo del SMH son los obstétricos enfocados en los procedimientos médicos efectuados durante el embarazo, los patológicos fundamentados en las diferentes sintomatologías que se identifican en el recién nacido y en la madre durante el período gestatorio, también constan los factores psicosociales relacionados con las condiciones diarias que cursa la madre e inciden en el recién nacido. Concluyendo que estos factores acorde a los estudios recopilados varían en sus porcentajes de impacto e incidencia en el neonato.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, prenatal, síndrome, membrana hialina, neonato.

PRENATAL RISK FACTORS INFLUENCING HYALINE MEMBRANE SYNDROME

ABSTRACT

The purpose of this research study was to analyze the prenatal risk factors that influence hyaline membrane syndrome during the years 2016 to 2021 through the use of the documentary bibliographic method. His research approach was descriptive and his design was not experimental. The data analysis technique applied was interpretive hermeneutics that allowed to investigate and describe perceptions about scientific foundations obtained from index journal platforms and university repositories. It was obtained as a result that the prenatal risk factors that affect the development of HMS are obstetric ones focused on medical procedures carried out during pregnancy, pathological ones based on the different symptoms that are identified in the newborn and in the mother during pregnancy. gestatory period, psychosocial factors related to the daily conditions experienced by the mother and affect the newborn are also recorded. Concluding that these factors according to the collected studies vary in their percentages of impact and incidence in the neonate.

KEY WORDS: Risk factors, prenatal, syndrome, hyaline membrane, neonate.

INTRODUCCIÓN

El recién nacido lo primero que debe realizar al momento de nacer es respirar algo que dentro del útero no lo necesitaba y para ello va a necesitar unos pulmones bronquios y alvéolos correctamente desarrollados y con la presencia de una sustancia llamada surfactante que actúa como un dilatador de alveolos que es del lugar donde ocurre el intercambio de oxígeno necesario para vivir. (Coto, et al., (2019)

La enfermedad membrana hialina (EMH) es un cuadro caracterizado por la dificultad respiratoria en el recién nacido prematuro al decir prematuro se refiere a que nacen ya sea por parto normal o cesárea antes de las 37 semanas de gestación según Costa (2017), entre más prematuro más probable de la aparición de esta patología por la inadecuada maduración pulmonar donde no habrá la correcta cantidad de surfactante lo que ocasionara que los alvéolos no se expandan adecuadamente, “la maduración pulmonar en el útero ocurre desde el primer trimestre sin embargo la producción de surfactante comienza desde las 26 semanas de gestación hasta las 38 semanas este proceso es lento debido a que no necesitará utilizar los pulmones hasta el momento de nacer” (Huamán & Sosa, 2018).

Los partos prematuros son muy comunes a nivel mundial alrededor de 16 millones de parto son antes de la fecha programada en países como Estados Unidos cada año 3 millones de niños nacen prematuros en Alemania un país de Europa y desarrollado con mejor asistencia sanitaria apenas 64 mil niños nacen prematuros a diferencia grande con Estados Unidos y otros diferentes países (Arias & Vargas, 2019).

En Latinoamérica según Ruíz et al., (2018) de cada 100 partos 58 son prematuros en Brasil el 34% de parto son antes de término en Argentina el 32% y en “Ecuador que en el 2016 fue considerada un país con baja tasa de nacimientos prematuros con el 5.1% actualmente tiene el 16% de partos prematuros” (MSP, 2017).

Los principales factores prenatales para la aparición de membrana hialina que menciona Ruíz et al., (2018), con infecciones urinarias enfermedades renales cardíacas anemias o trastornos de la tiroides trastornos hipertensivos como la preclamsia y eclampsia tener antecedentes de partos prematuros alteraciones con la placenta extremos de edad materna embarazos múltiples estados externos como maltrato depresión inadecuada alimentación el consumo de sustancias psicotrópicas o el abuso de ejercicio físico intenso.

El personal de enfermería está inmerso al momento de cumplir con los 4 roles fundamentales que son el asistencial al brindar cuidados directos tanto a la madre como el recién nacido, investigativo para obtener actualización constante de cuidados para la adecuada atención, educativo al informar a la madre las señales de peligro en el embarazo y para la adaptación de acciones saludables y por último el administrativo con el manejo del personal e insumos para que éstos sean indispensables durante la atención (Gómez, 2019).

Por lo cual se ha escogido el tema ya que es necesario el conocimiento que se ha recolectado en bases científicas siendo de gran ayuda para el personal de salud leyente al enfrentarse a la problemática que se encuentra afectando al sistema sanitario actualmente disminuyendo las probabilidades de vida para un recién nacido prematuro y permite desenvolverse de mejor manera para con ello lograr disminuir los índices de morbilidad y mortalidad.

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Anualmente nacen 16 millones de niños/as antes de las 37 semanas de gestación a nivel mundial, esta cifra ha ido creciendo a lo largo de los años, en el artículo de Méndez, et al., (2021), menciona que en los 182 países estudiados los partos prematuros ocurren entre el 5% y el 20 % y alrededor de un millón de niños muere cada año debido a las complicaciones dadas por la prematuridad.

Se considera un recién nacido prematuro cuando ha nacido antes del tiempo óptimo, para desarrollarse adecuadamente en la vida extrauterina, según Ruíz et al., (2018) se considera prematuros a los nacidos antes de las 37 semanas de gestación y se los clasifica en prematuro extremo cuando nacen antes de las 28 semanas de gestación, muy prematuros cuando nacen de 28 a 32 semanas de gestación y por último prematuro moderados a tardíos de 32 a 36 semanas.

Entre los motivos más comunes para la muerte neonatal por parto prematuro existe una lista de cinco factores primordiales que se mencionan en el artículo científico de Mendez y Enriquez, (2018) está en primer lugar la membrana hialina con el 47%, en segundo lugar la hemorragia intraventricular 24%, en tercer lugar la enterocolitis necrótica 16%, en cuarto lugar las infecciones con el 11% y por último otras morbilidades como deformidades o complicaciones genéticas con el 2%.

La membrana hialina es una enfermedad progresiva que se caracteriza por disnea grave debido a la ausencia de surfactante, sustancia compuesta por proteínas y lípidos secretada por el neumocito II el cual se encuentra en las paredes de los alveolos, lugar donde se realiza

la oxigenación de la sangre, al faltar esta sustancia el pulmón colapsa es decir ocurre atelectasia que puede ser completa o parcial (De Luca, y otros, 2021).

Según Pérez, et al., (2017) los recién nacidos con menos de 28 semanas tienen mayor predisposición a adquirirla con un 61%, entre las 32 y 35 semanas el 17 al 20% y después de las 37 semanas de gestación apenas existe un 4% de que esa enfermedad aparezca, esto evidencia la presencia de los factores de riesgo patológicos obstétricos a causa de la falta de un control prenatal debido a la irresponsabilidad o falta de recursos que la madre no posee y no le permite cumplir con las medidas preventivas de la enfermedad.

Pérez et al., (2018), menciona que los factores de riesgo maternos obstétricos más frecuentes durante el embarazo es la presencia de enfermedades como la cervicovaginitis, infección de vías urinarias, preeclampsia y amenaza de aborto o parto prematuro, además en su estudio se valoró que la mayoría de las madres con recién nacidos prematuros con membrana hialina no tenía la cantidad de controles prenatales adecuados o incluso ningún control.

En el estudio de (Tarqui, 2017), se pudo determinar que el factor biológico (edad de la madre), influía en menor proporción a relación del desarrollo de la membrana hialina en los recién nacidos, sin embargo, es un factor de consideración, ya que, dependiendo de la edad de la gestante, podría poner en peligro la vida del bebé que está por nacer y la de su madre.

Entre los factores psicosociales maternos, es evidente que existe incidencia sobre los RN, relacionados con el nivel de instrucción, hábitos nocivos y el peso del neonato con la presencia del síndrome; los factores de riesgo, según el estudio realizado por Incacutipa (2018), tienen mucho que ver con “controles prenatales entre 4-6 16.6% (n=18), cesárea 38.8

%(n=33), edad gestacional <32 semanas y patologías obstétricas como la preclampsia 35% (n=11) y ruptura prematura de membranas (RPM) 30% (n=9))” (pág. 38).

Dado que es una enfermedad que la mayoría de veces aparece en recién nacidos prematuros la mejor manera de prevenirla es evitando los partos prematuros y esto se puede dar mediante los controles prenatales correspondientes en cada trimestre de embarazo con el propósito de que disminuyan los factores de riesgo a través de tratamientos oportunos a cualquier patología que se presente, para con ello evitar más casos de la membrana hialina en los recién nacidos.

Para el tratamiento de la membrana hialina se podría necesitar atenciones de cuidado acorde a los casos presentados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) para la administración de oxígeno y presión positiva continua y en el peor de los casos respiración artificial total y sin embargo, a pesar de la recuperación del paciente puede presentar a largo plazo enfermedades respiratorias durante los primeros años de vida, lo cual representa una problemática para el sistema de salud debido a la necesidad de implementar el uso de una mayor cantidad de personal de salud, medicamentos e insumos médicos y gastos económicos por los días de hospitalización, es por ello que se planea la siguiente problemática.

1.1.1 Delimitación del Problema

Área de Investigación: Ciencias de la Salud y Servicios Sociales

Línea de Investigación: Salud Pública y Bienestar Humano Integral

Sub línea de Investigación: Atención Primaria de salud (APS)

Delimitación temporal: del 2016 al 2021

Delimitación espacial: Países desarrollados como Estados Unidos y Alemania, países de Latinoamérica que se encuentra en vías de desarrollo como Argentina y Brasil.

Universo: Estudios realizados sobre los factores de riesgo prenatales de la membrana hialina.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo prenatales que influyen en el síndrome de la membrana hialina según revisiones bibliográficas?

1.1.3 Sistematización del problema

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de la membrana hialina durante el periodo 2016 al 2021 sustentado bibliográficamente?

¿Cuáles son las características biológicas psicosociales y obstétricas asociados al síndrome de membrana hialina?

¿Cuáles son los factores de riesgo biológicos (edad de la madre) relacionada al síndrome de membrana hialina?

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosociales grado de instrucción y hábitos nocivos de las madres que se encuentran asociados al síndrome de la membrana hialina?

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos en cuanto a patologías y controles maternos asociados a síndrome de membrana hialina?

¿Cuál es el actuar del personal de enfermería ante los factores de riesgo del síndrome de membrana hialina?

Determinación del tema

Factores de riesgo prenatales que influyen en el síndrome de membrana hialina.

1.2 OBJETIVOS

2. Objetivo General

- Analizar los factores de riesgo prenatales que influyen en el síndrome de la membrana hialina durante los años 2016 a 2021 mediante revisiones bibliográficas

2.1. Objetivos Específicos

- Precisar la prevalencia del síndrome de la membrana hialina durante el periodo seleccionado mediante documentación bibliográfica
- Seleccionar las características biológicas psicosociales y obstétricas asociados al síndrome de membrana hialina
- Identificar factores de riesgo biológicos (edad de la madre) relacionada al síndrome de membrana hialina
- Determinar los factores de riesgo psicosociales grado de instrucción y hábitos nocivos de las madres que se encuentran asociados al síndrome de la membrana hialina
- Seleccionar los factores de riesgo obstétricos en cuanto a patologías y controles maternos asociados a síndrome de membrana hialina
- Describir el actuar del personal de enfermería ante los factores de riesgo del síndrome de membrana hialina

1.3 JUSTIFICACIÓN

El síndrome de membrana hialina tiene una incidencia del 11% en datos obtenidos en el año 2019 según Pérez, et. al., (2017) además que el 93% fue en partos prematuros lo cual representa una problemática para el sistema sanitario ya que en el Ecuador existe un índice alto de partos prematuros siendo este un factor predisponente para la aparición de esta patología y los partos prematuros se dan debido a enfermedades producidas durante la gestación es decir en el período prenatal donde el personal de salud debe tener un control de las problemáticas que pueden ocurrir y darle una solución óptima

Un dato preocupante es que en Ecuador el 57% de partos prematuros se dan en partos domiciliarios algo que el Ministerio de salud pública lleva 10 años tratando de disminuir ya que es de ahí que se pone en el triple de peligro la vida de la madre y el neonato por falta de la presencia de un personal de salud atendiendo el parto (MSP, 2017).

Según el Ministerio de salud pública en el año 2019 planteó como estrategia el salvaguardar la vida de las madres y el niño creando espacios de comunicación entre pacientes gestantes y el profesional de salud sin embargo según Huamán y Sosa (2018), en una encuesta realizada a 560 profesionales de la salud se obtiene como resultado que cada uno se da menos de 3 minutos para aconsejar al paciente sobre hábitos saludables al final de la consulta lo cual es un dato preocupante para la salud siendo este un derecho del paciente obtener la información adecuada.

Es por ello que al realizar esta investigación documental tendrá beneficio para el personal de salud sean estudiantes y docentes ya que proporciona conocimientos adquiridos de la síntesis de diferentes artículos científicos que aportan al tema seleccionado para con ello definir el actuar el personal de enfermería ante esta problemática, también pretende poner al alcance información a las futuras madres para que conozcan los factores de riesgo

durante la gestación para la aparición de la enfermedad de membrana hialina para con ello disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en la población

Este trabajo investigativo es cualitativo dado que obtiene la información del análisis de los factores de riesgo prenatales que influyen en el síndrome de membrana hialina mediante las revisiones bibliográficas de informes documentos e investigaciones científicas también se denomina transversal debido a que se realiza en un determinado período de tiempo

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

Más de un tercio de las muertes de recién nacidos están relacionadas con complicaciones en el parto prematuro, la enfermedad de la membrana hialina, síndrome de dificultad respiratoria neonatal, es la principal causa de mortalidad y morbilidad en recién nacidos prematuros, Purniti (2017), menciona que esta enfermedad causa alrededor del 45% de muerte a nivel mundial, en Estados Unidos el 28% en Alemania el 12,8% en España del 9%.

De Luca et al., (2021), evidencia que al nacer prematuro ,aumenta el riesgo de morir debido a órganos inmaduros, la enfermedad de la membrana hialina, es uno de los problemas de salud más comunes que se encuentran en los recién nacidos prematuros y generalmente empeora dentro de las primeras 48 a 72 horas, se diagnostica con base en la presencia de uno o más de los siguientes signos: frecuencia respiratoria anormal, ruidos espiratorios, aleteo nasal, recesiones de la pared torácica y asincronía torácica-abdominal con o sin cianosis.

El estudio de López et al., (2017), expone que aproximadamente las tres cuartas partes de los recién nacidos prematuros podrían sobrevivir si se les detectó membrana hialina, aunque, la prestación de atención adecuada para recién nacidos prematuros y madres podría cambiar estas cifras, además se menciona que las recomendaciones de salud mundial de la terapia de reemplazo de surfactante para los recién nacidos prematuros y la administración de corticosteroides para la madre con riesgo de parto prematuro durante el embarazo y el parto podría disminuir la mortalidad prematura.

En la investigación de Costa, (2017) y López et al., (2017) la edad gestacional, estado de vitamina D, bebés varones, nacimiento anterior de un neonato con enfermedad de membrana hialina, parto por cesárea, asfixia perinatal, estrés por frío, infección perinatal, bebés de madres diabéticas y la implantación placentaria anormal son factores de riesgo de enfermedad de la membrana hialina.

2.2 Membrana hialina

La enfermedad membrana hialina “EMH” es un cuadro caracterizado por la disnea en el recién nacido prematuro, es decir, antes de las 37 semanas de gestación. De acuerdo con Costa (2017), entre más prematuro más probable de la aparición de esta patología debido a la inadecuada maduración pulmonar donde no habrá la correcta cantidad de surfactante lo que ocasionara que los alvéolos no se expandan adecuadamente y colapsen produciendo atelectasias.

A juicio de Skinner et al., (2019), la maduración pulmonar en el útero ocurre desde el primer trimestre sin embargo la producción de surfactante comienza desde las 26 semanas de gestación hasta las 38 semanas este proceso es lento debido a que no necesitará utilizar los pulmones hasta el momento del nacimiento. Como expresa Fujiwara et al., (2019) “el surfactante es una sustancia compuesta por fosfolípidos el 90% el otro 10% se compone de lípidos, glucolípidos y en pequeñas cantidades de carbohidratos” (pág. 57).

2.2.1 Epidemiología

La enfermedad de membrana hialina tiene una incidencia del 11% a nivel mundial en el año 2019, como plantea Pérez et al., (2017), Estados Unidos reporto un índice de morbilidad del 4% lo cual es generalmente bajo comparado a Latinoamérica que tiene un índice general de 25% sobre todo en países como Perú, Colombia y Ecuador los cuales tienen altos índices de partos prematuros el responsable principal para la aparición de membrana hialina.

Ecuador el 57% de partos prematuros se dan en partos domiciliarios algo que el Ministerio de salud pública lleva 10 años tratando de disminuir ya que es de ahí que se pone en el triple de peligro la vida de la madre y el neonato por falta de la presencia de un personal de salud atendiendo el parto (MSP, 2017), además de la falta de controles prenatales que disminuyan los riesgos.

2.2.1 Etiología

Es un deterioro transitorio de surfactante a causa de un deterioro de la síntesis, con incremento cualitativo de la falta de activación, “la pérdida de la función tensoactiva produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional (CRF), que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias” (López & Valls, 2016). El pulmón se vuelve rígido y es propenso a un colapso rápido, incrementando la labor y esfuerzo del sistema respiratorio.

Este aumento del esfuerzo no podrá mantenerse debido a la limitación de la fuerza muscular que afecta a la función del diafragma y facilita que la pared torácica sea más débil y con tendencia a deformarse, lo que dificulta la ventilación y el intercambio gaseoso.

El principal causante de la membrana hialina es la insuficiente cantidad de surfactante en los alveolos, parte fundamental de los pulmones, ya que esta sustancia permite que los alveolos se abran y cierren para el intercambio gaseoso, esta se desarrolla desde la semana décimo sexta en el feto sin embargo no se termina de producir hasta llegar a las 38 semanas de gestación (Arias & Vargas, 2019).

2.2.2 Factores de Riesgo

Factores biológicos

El causante es tener antecedentes de partos prematuros previos será un condicionante para el embarazo actual, estar en los límites de edad, es decir, menor de 17 años y mayor 35 años, en el artículo de López et al., (2017)

Factores obstétricos y patológicos

Estos factores suelen evidenciarse en las madres mayores de 35 años, ya que presentan un peligro relativo esencial al tener complicaciones prenatales y más aún cuando no se ha llevado un control adecuado de las etapas del embarazo; otro factor de riesgo de la muerte neonatal es la ruptura prematura de la membrana en la gestación, tener algún tipo de hepatitis o multiparidad.

En el estudio de Salazar (2015) “se demostró que aquellas madres que presentaron controles prenatales incompletos 17/86 (19.7%); presentaron taquipnea transitoria del recién nacido con una relación 9/17 (52,9%), membrana hialina 4/17 (23,5%), y neumonía 4/17 (23,5%). Los que recibieron control prenatal adecuado 69/86 (80.2%); presentaron un predominio de taquipnea transitoria con una relación de 44/66 (66,6%) seguido de neumonía 13/66 (19,69%), membrana hialina 8/66 (12,1%), síndrome de aspiración de líquido meconial 1/66 (1,5%)” (pág. 78).

“De las madres de los pacientes estudiados los nacidos por parto eutócico 35/86 (40.7%); presentaron un predominio de taquipnea transitoria del recién nacido con una relación de 22/35 (62,8%); seguido de neumonía 8/35 (22,8%), membrana hialina 5/35 (14,2%). Los nacidos por parto distócico, 51/86 (59.3%), presentaron un predominio de taquipnea transitoria del recién nacido con una relación de 30/51 (58,8%), seguido de neumonía 10/51 (19,6%), membrana hialina 7/51 (13,7%), síndrome de aspiración de líquido meconial 1/51 (1.8%)” (pág. 79).

Entre las patologías más comunes que pueden aparecer durante el embarazo y que hacen de este propenso a adelantarse son según Arias y Vargas, (2019) las infecciones de vías urinarias no tratadas con el 30% embarazos múltiples con el 18% trastornos hipertensivos como la preclamsia y eclampsia con el 15.5% diabetes mellitus con el 11% trastornos placentarios con el 9% y anemias con el 4.5% estas afecciones pueden ser prevenidas con los adecuados controles prenatales y el accionar de los profesionales de enfermería ya que varios de estos factores se previenen mejorando los hábitos saludables en el diario vivir actividad que se puede lograr con la adecuada ejecución del rol educativo.

En la investigación de, se identifica a las “enfermedades hipertensiva del embarazo como la responsable del 40 % de las complicaciones materno fetales, y se asoció a la edad materna menor de 20 años y a ser primigesta. Estos autores reconocieron la relación entre la preeclampsia y el bajo peso al nacer o el sufrimiento fetal, que son factores de riesgo reconocidos para la Enfermedad de la Membrana Hialina” (Incacutipa, 2018, pág. 17).

En los resultados del estudio anteriormente mencionado, el parto realizado por medio de cesárea frente al realizado como eutócico fisiológico, tomando en cuenta que el factor de riesgo significativo en la aparición de la EMH, es que “tuvieron una incidencia de hasta un 37,5% de casos con EMH nacidos por cesárea y determinaron que el riesgo de padecer EMH era 2,75 veces mayor en los nacidos por cesárea que en los niños que nacieron de parto normal” (Salazar, 2015, pág. 18).

Factores psicosociales

Los factores psicosociales son los que están relacionados con la situación socioeconómica, entorno social, condiciones de trabajo y factores nocivos que hacen parte del estilo de vida de la madre e influyen en la problemática, estos factores inciden desde el

tiempo de gestación del niño, es decir, a través del estudio e identificación adecuada de estos factores se puede llegar a prevenir la enfermedad de membrana hialina, por lo que es esencial indagarlos y describir los datos significativos que permiten informar sobre los factores de riesgos, entre estos uno de los mencionados es la edad de la madre y su grado de instrucción.

Según (Huertas, 2018), la principal causa de esta enfermedad es el parto prematuro, el cual puede darse por diferentes motivos, como problemas en la madre, ya sea enfermedades que incidan en su estado emocional, también alteraciones que se dan durante el embarazo, como la preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp o algún trastorno hipertensivo, alteraciones con la placenta como la placenta previa o desprendimiento de placenta.

López et al., (2017) menciona que el estado de estrés, maltrato, malos hábitos alimenticios, consumo de sustancias tóxicas, excesiva cantidad de ejercicio forzado y depresión podría tener influencia en el parto prematuro, y Pérez et al., (2017), menciona otras condiciones como malformaciones fetales, infecciones intrauterinas son transmitidas por medio del cordón umbilical o del líquido amniótico.

2.2.3 Signos y Síntomas

La enfermedad de membrana hialina se presenta en las primeras horas de vida, principalmente en el prematuro extremo o el que ha presentado asfixia al momento del parto, los principales signos y síntomas, según Minuye et al., (2021), son:

- Quejido, sonido el cual se emite por dificultad respiratoria debido a que intenta mantener el oxígeno en los pulmones.
- Tiraje intercostal, normalmente los músculos de las costillas se expanden hacia afuera en la inspiración, cuando se presenta este síntoma los músculos no se expanden y tiran hacia adentro de los espacios intercostales.

- Retracción xifoidea, disociación toracoabdominal
- Taquipnea, respiraciones por minuto aumentadas.
- Aleteo nasal, las fosas nasales se ensanchan durante la inspiración.
- Cianosis, cambio de coloración de la piel por falta de oxígeno.
- Apnea, la respiración se detiene por unos segundos, este es un signo cuando existe previamente una inestabilidad de la temperatura corporal, sepsis o falla respiratoria.

2.2.4 Diagnóstico

Diagnostico perinatal del grado de madurez

Para la evaluación perinatal con el fin de determinar el grado de madurez del pulmón fetal, “se ha implementado el examen del líquido amniótico el cual se obtiene por medio de la amniocentesis, colocándose como el método más utilizado el índice lecitina / esfingomielina (L/E) en conjunto con la medición del fosfatidilglicerol (PG). (PG)” (Rojas & Rubio, 2018, pág. 1). El resultado de estas mediciones proporcionan el grado y/o nivel de madurez pulmonar, “el riesgo de desarrollar EMH en el período neonatal es casi inexistente; si los resultados indican inmadurez pulmonar, la probabilidad de la enfermedad es cercana al 70%” (pág. 1).

La complicación en base a la toma de decisiones se hace presente en el momento que se obtiene el resultado de ambas evaluaciones y estos no son concordantes. “La ultrasonografía Doppler es una herramienta que ha demostrado su utilidad en la evaluación hemodinámica fetal. La circulación pulmonar y su estudio mediante el Doppler ha sido descrita en diferentes situaciones” (Huamán & Sosa, 2018, pág. 429). En el transcurso del período de desarrollo embriológico del sistema vascular pulmonar y teniendo en cuenta que “existe un cambio progresivo en la resistencia del mismo, lo que implicaría cambios en la

onda de velocidad y flujo (OVF) Doppler de las arterias pulmonares conforme se incrementa la edad gestacional” (2018, pág. 430).

“En la OFV del tronco de la arteria pulmonar se evalúa el tiempo de aceleración (TA) que se inicia con la sístole y que concluye con el pico máximo de la misma, el tiempo de desaceleración (TD) que lo consideramos desde el pico sistólico hasta el final de la diástole, y el tiempo de eyección (TE) que es el periodo que dura el flujo a través de la arteria mientras la válvula sigmoidea permanece abierta” (García, 2016, pág. 7). “Estos tiempos son medidos automáticamente en milisegundos, y de ellos se derivan índices que pueden ser empleados para evaluar la impedancia del lecho vascular del pulmón y correlacionarlos con eventos tales como la presencia del surfactante o la ausencia del SDR” (pág. 8).

Diagnóstico del recién nacido con el síndrome de membrana hialina

Para la valoración física es de gran ayuda el test de Silverman-Anderson frente a un recién nacido que presenta dificultad respiratoria siempre y cuando se descarte depresión neurológica, asfixia y hemorragia intracraneana, Permyakova et al. (2021). Se valora en la primera hora de vida o preferiblemente dentro de los primeros treinta minutos en recién nacidos de partos prematuros con dificultad respiratoria, el puntaje va de 0 a 10, el cero significa que no hay presencia de dificultad respiratoria o asfixia, de uno a tres hay una dificultad respiratoria leve, de cuatro a seis una dificultad respiratoria moderada y de siete a diez el recién nacido necesitara un soporte respiratorio.

Este test de Silverman valora el aleteo nasal si se presenta ausente, mínimo o marcado, al igual que el tiraje intercostal y la retracción esternal, el quejido respiratorio si es ausente, si se puede escuchar con estetoscopio y la disociación toracoabdominal si es que se encuentra sincronizado, si es que hay retraso en la inspiración y si es que hay una descoordinación en la elevación del abdomen y el tórax (Barter & Maddison, 2018).

“Aparte de la valoración clínica es necesario una radiografía de tórax para determinar los hallazgos radiológicos es necesario reconocer las características de la radiografía ya que esto permitirá el diagnóstico oportuno, y una gasometría que permita identificar una acidosis respiratoria e hipoxemia con un pH menor de 7,25 y CO₂ mayor a 45 y O₂ menor a 50, siempre y cuando sea posible la extracción de la muestra, así como tener en cuenta el antecedente perinatal” (Santamaria, 2018).

La radiografía nos permitirá identificar el grado del síndrome de dificultad respiratoria producida por membrana hialina; Hulsey et al., (2017).

- Grado I: se identifica el volumen pulmonar reducido, unos pulmones poco airados, el broncograma es mínimo, pero está presente y la silueta del corazón tiene límites bien definidos.
- Grado II: el broncograma es nítido, el volumen cardíaco es reducido y la silueta del corazón presenta bordes borrosos.
- Grado III: El grado dos incrementa, el broncograma va hasta el borde del pulmón y la silueta del corazón ya no es definida.
- Grado IV: Ya representa una patología grave, hay una gran mancha opaca en todo el pulmón, ya no se distingue silueta cardíaca y el pulmón se encuentra totalmente ocupado.

2.2.5 Tratamiento

Según (Avery, 2018) la mejor manera de evitar la enfermedad de membrana hialina es previniéndola mediante los controles prenatales y evitar especialmente las complicaciones como la infección de vías urinarias que es el más común, si la gestante ya está denominada con alto riesgo y tiene amenaza de un parto prematuro ya es necesario administrar corticoides para ayudar a la maduración pulmonar si tiene menos de 34 semanas de gestación y tener en

cuenta que el lugar de parto debe ser en una unidad de salud que tenga los instrumentos necesarios en caso de que se presente esta patología.

Otra importante recomendación es que a todo recién nacido prematuro que presente dificultad respiratoria se le debe administrar oxígeno mediante el casco cefálico que permita el incremento de oxígeno arterial, se debe mantener los requerimientos hídricos en 70 mililitros por kilo de peso por día, este debe ir aumentando según el peso y la edad, de existir edema se debe restringir a 50 mililitros por kilo por día durante sus primeras 48 horas de vida hasta que haya diuresis adecuada, administrar fototerapia y ubicarlo en incubadoras de calor radiante. (Barter & Maddison, 2018)

La ventilación mecánica está indicada en caso de hipoxemia y acidosis respiratoria, la CPAP nasal o ventilación mecánica no invasiva está indicada en fase dos de la ventilación, esta pretende aumentar la capacidad residual y con ello evitar el colapso de los alveolos, un importante dato es que no es recomendable en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos, en la ventilación se manejan cifras de pH bajo y dióxido de carbono elevado para con ello no exponer al recién nacido a concentraciones altas de oxígeno disminuyendo las posibles lesiones como enfermedad pulmonar crónica, sepsis, fuga de aire, retinopatías y displasia broncopulmonar.(Barter & Maddison, 2018)

El surfactante tiene dos formas de administrarse, de manera profiláctica en los primeros treinta minutos de vida en recién nacidos con menos de treinta semanas de gestación, al estar aún los pulmones llenos de líquido permite una mejor distribución del surfactante, siempre y cuando el recién nacido se encuentre intubado y con un monitor de oxígeno, se administra también en forma de rescate cuando ya se diagnostica enfermedad de membrana hialina y se debe administrar antes de las primeras ocho horas de vida, en dos dosis (Jiménez & Reyes, 2019).

Hay dos tipos de surfactantes conocidos el Survanta que se administra 4 mililitros por kilo de peso y el Exosurf que se administra 5 mililitros por kilo de peso, con la aplicación de este medicamento se pretende reducir la necesidad de oxígeno, aumentar el volumen de los pulmones, disminuir el trabajo respiratorio al recién nacido y minimizar los requerimientos de un ventilador y con ello mejorar el índice de oxigenación. Para la administración de surfactante se debe tener en cuenta que el peso mínimo del recién nacido es de 600 a 1750 gramos, que debe tener menos de treinta y dos semanas de gestación, que la radiografía debe ser compatible con el diagnóstico de membrana hialina (Jiménez & Reyes, 2019).

2.2.6 Prevención

La administración de corticoides “entre las 24 y 34 semanas de gestación es una medida eficaz para disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal (distrés respiratorio, requerimiento de oxigenoterapia y soporte ventilatorio, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante) secundarias a la prematuridad” (Méndez, Martínez, & Bermúdez, 2017). “Las pautas con las que se ha demostrado esta disminución de la morbi-mortalidad son: Betametasona intramuscular (12 mg/24 horas, 2 dosis) o Dexametasona intramuscular (6 mg/12 horas, 4 dosis)” (pág. 46).

Administración de dosis repetidas de corticoides. El máximo de dosis a administrar no debe superar a seis, “los efectos a minimizar en las dosis de repetición, sólo se repetirán dosis o tandas si reaparece o persiste el riesgo de parto en los próximos 7 días (objetivable por la evolución de las condiciones clínicas, analíticas o ecográficas)” (pág. 47). En congruencia, “no será necesario administrar sistemáticamente dosis repetidas de corticoides en aquellas en que existe un riesgo basal de parto prematuro para el resto de la gestación, a no ser que exista un cambio que sugiera la evolución del cuadro” (pág. 48).

“Si el riesgo reaparece entre 7- 14 días desde la primera dosis, se administrará sólo una dosis de Betametasona 12mg intramuscular, si este reaparece \geq 14 días desde la primera dosis, se administrará una tanda completa. Pero si reaparece o persiste dentro de los 7 primeros días tras la primera dosis de corticoides, nos encontramos en el período de acción de la tanda previa y no es necesario administrar nuevas dosis” (pág. 49).

2.3 Intervención de enfermería

Los cuidados de enfermería son integrales, pueden ser basados en las necesidades que presenta un recién nacido prematuro teniendo en cuenta el riesgo de muerte debido a la patología, al tratamiento o debido a la prematurez, se aborda de dos formas el primero centrado en los cuidados respiratorios, es decir concentrados en la oxigenación, el mantenimiento adecuado de una vía aérea y la administración de surfactante y el segundo son los cuidados aparte de los respiratorios ya que con ello se brindaran cuidados integrales que a la larga afectan al recién nacido prematuro y a su enfermedad, Cuesta et al., (2018).

2.3.1 Cuidados Respiratorios

“En la sala de partos será necesario un especialista en neonatología y una enfermera con capacitación en reanimación cardiopulmonar en recién nacidos prematuros, el primer contacto es fundamental ya que ser posible la interrupción de oxígeno obtenido por el cordón umbilical con el propósito de disminuir la mala adaptación ya que este disminuye aún más la producción de surfactante, la administración de oxígeno será inmediata teniendo en cuenta la saturación de oxígeno” (Zaravia Antonio, 2019, pág. 31).

Para poder realizar una atención primaria en base a los cuidados respiratorios del niño “se comienza la reanimación con una concentración menor al 50% y se aumenta si el paciente no responde luego de 90 segundos a la efectiva ventilación por

medio de ambu. La saturación normal durante el periodo de transición, inmediatamente luego del nacimiento en RNPT, puede ser entre 40 y 60%, alcanzando 50-80% a los cinco minutos y 85% recién a los 10 minutos de vida. Los efectos tóxicos del oxígeno en esta población tan vulnerable deben ser prevenidos desde su estabilización al nacer. Procedimientos para la estabilización Una vez valorado en la sala de partos, se decidirá la modalidad terapéutica de administración de oxígeno, dependiendo de la condición clínica y si respira o no espontáneamente” (Salazar, 2015, pág. 31).

Si el esfuerzo respiratorio es adecuado, “se puede iniciar con CPAP con pieza nasal con un PEEP (presión positiva al final de la espiración) de entre 5-6 cm H₂O. En caso de no tener respiración espontánea, la indicación será colocar un tubo endotraqueal y administrar presión positiva para el reclutamiento alveolar. En la sala de partos, es prioridad la fijación de la pieza nasal en caso de utilizar CPAP, o asegurar la fijación del TET en su correcta posición” (pág. 32).

“Evitar las pérdidas de calor utilizando bolsas plásticas apenas nace, sin secar en menores de 28 semanas, y mantener la misma hasta que se comprueba la temperatura, una vez ingresado a la UCIN. Realizar los procedimientos bajo fuente de calor radiante y controlando la temperatura ambiental” (pág. 33).

En cuanto a la administración de oxígeno en la internación, “en cualquiera de las modalidades ventilatorias indicadas para los recién nacidos prematuros con SDR, el cuidado de enfermería deberá tener como objetivo prioritario el estar familiarizado con la fisiopatología de la enfermedad, iniciar intervenciones según indicación, reconocer los signos y síntomas del SDR y prevenir cualquier situación que afecte al neonato educando a la madre a fin de que conozca las posibles complicaciones” (pág. 33).

2.3.2 Cuidados de enfermería

En cuidados generales y al momento del nacimiento del niño, se debe efectuar lo siguiente:

- Lavarse las manos al inicio y al terminar cualquier procedimiento realizado al neonato.
- Preparar con anticipación el material para intubación, accesos venosos centrales o umbilicales por punción periférica, recordando que es una técnica estéril para todos los métodos invasivos.
- Manipular lo menos posible en la incubadora al recién nacido prematuro.
- Valorar el estado hemodinámico del paciente, mediante la monitorización de la frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, tensión arterial y retirar el brazalete después de cada toma.
- Conservar la temperatura corporal entre 36.5 y 37°C, empleando la incubadora de transporte o método canguro y controlar la temperatura de la incubadora
- Controlar de la humedad en el prematuro de muy bajo peso, las pérdidas de agua por evaporación están muy aumentadas por el escaso desarrollo de su epidermis
- Administrar drogas vasoactivas, bajo prescripción médica.
- Llevar registro del volumen de sangre extraído para muestras de laboratorio.
- Realización de los cuidados de catéteres umbilicales arterial y venoso, fijación, prevención de infecciones, compatibilidad de soluciones a infundir recordando los protocolos de la unidad (Quiroga, 2015).
- Efectuar la aspiración de secreciones con un circuito abierto de aspiración manteniendo la técnica estéril y aséptica.
- Mantener esterilidad en la manipulación de leche materna o fórmula y preparación de medicación y soluciones parenterales

- Controlar diariamente el peso del recién nacido Talla, Perímetro Craneal, Torácico y Abdominal. También, considerar la posición decúbito prono.
 - En varios pacientes se suspende la alimentación oral inicialmente, esto siempre previo a una valoración de tolerancia oral y a un balance riesgo- beneficio.
 - Controlar diariamente el peso del RN Prematuro Talla, Perímetro Craneal, Torácico y Abdominal, es necesario considerar la posición decúbito prono (Moncada & Plua, 2019).
 - Mantener el equilibrio hidroelectrolítico del recién nacido
 - Colocar el sensor alejado de las áreas de grasa parda, adherido a la piel sin cubrir ni apoyar al prematuro, y siempre visible, teniendo en cuenta que la ubicación ideal es en la línea media abdominal entre apéndices xifoides y ombligo (García, 2016, pág. 8).
- Realizar los cambios posturales para evitar úlceras por presión y nidos acolchados, que les proveerá límites en sus movimientos de búsqueda de contacto con superficies estables, (pág. 8).
 - La compresión vesical no se realiza en los neonatos, ya que provoca a una elevación importante de la presión arterial y de la presión intracraneal. Es más factible introducir un sondaje vesical si el recién nacido no orina espontáneamente, (pág. 8).
 - Es necesario, cubrir parte de la incubadora con una sábana, para evitar al recién nacido de luces intensas y brillantes.
 - Es importante en el manejo de la incubadora cerrar las puertas y ventanillas con suavidad, no golpear y evitar ruidos bruscos.

- Valorar los signos y síntomas de hiperbilirrubinemia, el cual es necesario usar fototerapia sobre 5mg/dl en prematuros con peso de nacimiento menos a 1.000grs o cuando el nivel de bilirrubinemia alcance el 50%, (pág. 8).
- Educar a la familia y alentar la presencia de los padres el mayor tiempo posible, ya que sufren un gran estrés emocional, por el estado de salud y las complicaciones asociadas a la prematurez, (pág. 9)
- Promover el cuidado piel a piel de acuerdo a la condición clínica del neonato, el cual favorece la termorregulación y promueve la organización de la conducta (pág. 9).

2.4 Diagnósticos de Enfermería

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales, reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería deben ser dirigidos a los problemas reales del paciente con el fin de mejorar la calidad de vida y evaluar los resultados de las intervenciones que se realiza en el paciente “Patrón respiratorio ineficaz; Patrón de alimentación ineficaz del lactante; Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal” (Brena, Cruz, & Contreras, 2015),

Para la caracterización de los diagnósticos ya sean enfocados en el problema, de riesgo, de promoción de la salud y de síndrome; se utiliza una (Nanda Internacional, 2015, pág. 19) “taxonomía que contempla la base para el plan de cuidados a realizar, en ella se encuentran 13 dominios, 47 clases y 235 diagnósticos aprobados, clasificados y codificados” (Nanda Internacional, 2015, pág. 16).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

En el estudio realizado sobre el análisis de los factores de riesgo prenatales que influyen en el síndrome de la membrana hialina durante los años 2016 a 2021 se usó la metodología bibliográfica documental, donde se determinaron diferentes conceptualizaciones de varios autores que aportaron de manera efectiva a la explicación del tema. Los recursos documentales obtenidos de las diferentes fuentes de información científica existentes en plataformas digitales de alto impacto como Scielo, PubMed, artículos y publicaciones en Dialnet, Redalyc, repositorios de tesis de grado y posgrado de universidades Internacionales y Nacionales, entre otros.

3.2. Enfoques de investigación

La investigación tiene un enfoque descriptivo ya que se describió las características esenciales del fenómeno estudiado, usando criterios sistematizados que permitieron desarrollar la estructura teórica de la problemática desglosándola en diferentes temas y subtemas, proporcionando información de calidad y explícita en base a las variables propuestas.

3.3. Diseño de investigación

El estudio es no experimental ya que no hubo manipulación de las variables y no se enfocó en una muestra específica, sino tuvo una percepción teórica que sirvió como datos de calidad e informativos en base a la temática establecida y por consecuente ser un proyecto que promueve el conocimiento científico.

3.4. Método de investigación

La técnica usada fue el análisis hermenéutico interpretativo que permite analizar los datos obtenidos de los textos científicos y usarlos a fin de conseguir respuestas a la

sistematización de la problemática. La técnica usada tiene una gran relevancia porque a través de las investigaciones documentales y bibliográficas se obtiene información de alta calidad y eficiente para la formación académica en todos los niveles, considerando que gran parte de los datos son actualizados.

3.5. Criterios de investigación

Criterios de inclusión: neonatos con membrana hialina en Latinoamérica

Criterios de exclusión: neonatos con membrana hialina en países fuera de Latinoamérica

3.6. Fuente de datos

Los métodos de consulta y/o búsqueda científica fue a través de los recursos digitales que brindan una gama de plataformas índice que propician información de calidad, siendo factible acceder a revistas que contienen temas sobre el área de salud como PubMed, Medline, Redalyc, Elsevier, Scielo, Mendeley. Google académico y adicional, se revisó los repositorios de tesis de la Universidad Estatal de Milagro y otras universidades a fin de consolidar datos en base a las variables de estudio.

CAPITULO IV

DESARROLLO DEL TEMA

De acuerdo con Pérez, et al., (2017) “los recién nacidos con menos de 28 semanas tienen mayor predisposición a adquirirla con un 61%, entre las 32 y 35 semanas el 17 al 20% y después de las 37 semanas de gestación apenas existe un 4% de que esa enfermedad aparezca” (pág. 238). Como es evidente existe incidencia de ciertos factores que se van desarrollando en el proceso prenatal, entre estos se tiene entendido que están los obstétricos, patológicos y los psicosociales.

Como afirman Pérez et al., (2018), los factores de riesgo maternos obstétricos suelen darse en etapa de embarazo y aquí es visible enfermedades a causa de la falta de control maternal que es necesaria para prevenir dificultades en el período gestatorio, se pueden prevenir diferentes tipos de infecciones, partos prematuros o abortos. A través de la revisión bibliográfica y en conjunto a la revisión y diseño de tablas informativas se pudo corroborar que los controles en el embarazo son necesario para disminuir la posibilidad de la adquisición de la enfermedad de la membrana hialina en el neonato.

Entre los factores psicosociales maternos, se ven relacionado con el grado de instrucción que en ciertas investigaciones mencionan no tener relación con la problemática, tal como lo menciona Incacutipa (2018), “según el al intervalo de significancia al 95% el valor Odds Ratio es de 0.325 el no presenta significancia, por tal razón según los resultados estadísticos no existe correlación el grado de instrucción y neonatos con EMH” (pág. 46).

Otro factor involucrado son los hábitos nocivos y el peso del neonato debido a la presencia de una enfermedad, siendo estos factores de riesgos significativos a causa de la irresponsabilidad o inmadurez de la madre del niño, según la misma autora ya mencionada,

Incacutipa (2018), menciona que mucho que ver con controles prenatales en un 16.6 %, la cesárea en 38.8 % y la edad gestacional considerándola en un período <32 semanas.

Según los datos obtenidos de los autores “la enfermedad membrana hialina afecta con más proporción a los neonatos prematuros oscilando entre la 31 a 35 semanas de gestación, al igual que estos suelen encontrarse con un peso menor a los 1500 gramos” (Moncada & Plua, 2019, pág. 38).

El actuar del personal de enfermería ante los factores de riesgo del síndrome de membrana hialina, se enfoca en el rol educativo y cuidados de enfermería en la gestante mediante los controles prenatales y en el neonato a través de la identificación de la patología a tiempo, a fin de prevenir complicaciones en la salud y disminuir los factores de riesgo.

Tablas relacionadas con el tema

Tabla 1.

Prevalencia de con el síndrome membrana hialina según la edad gestacional

| Autor | Edad gestacional (semanas) | | | | Peso (gramos) | |
|----------------|----------------------------|---------|---------|------|---------------|----------|
| | < 25 | 26 a 30 | 31 a 35 | > 35 | < de1500 | >de 1500 |
| Mendoza (2016) | 36,5% | | 63,5% | | | |
| Bolívar (2016) | | 49% | 21% | | 20% | |
| Pérez (2017) | | | | | 63,2 % | |

Nota. Análisis de la prevalencia de con el síndrome membrana hialina según la edad gestacional acorde a diferentes autores.

Según los datos obtenidos de los autores “la enfermedad membrana hialina afecta con más proporción a los neonatos prematuros oscilando entre la 31 a 35 semanas de gestación, al igual que estos suelen encontrarse con un peso menor a los 1500 gramos” (Moncada & Plua, 2019, pág. 38).

Tabla 2.*Factores obstétricos, controles maternos*

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|--------------------------------|---------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 14,531a | 2 | ,001 |
| Razón de verosimilitud | 13,925 | 2 | ,001 |

Nota. Descripción del factor obstétrico en relación al control materno. Estudio de Incacutipa (2018).

En otro estudio, Incacutipa (2018), determina que “el valor de P (Significación asintótica es $0.001 > 0,05$) por lo cual se considera que los Controles prenatales son de mucha significancia y se considerarían como factor de riesgo para Neonatos con Enfermedad de Membrana Hialina” (pág. 51).

Tabla 3.*Factores de riesgos maternos obstétricos*

| Autor | Sexo | | Factores de riesgos | | |
|-----------------------------|-----------|----------|---------------------|-----------------------|---------|
| | Masculino | Femenino | Prematuridad | Antecedentes maternos | Cesárea |
| Bolívar Montes (2016) | | 49,3% | | | |
| Pérez Martínez Y. D. (2017) | 63,2 % | | | 59,2 % | 79,6 % |
| Arias y Vargas (2019) | 47% | | 14% | 4,4% | 37,5 |
| Quiroga (2015) | | | 74% | 39% | |

Nota. Factores de riesgos maternos obstétricos, acorde a los autores recopilados en el estudio de (Moncada & Plua, 2019).

En la tabla se evidencia a través de una investigación realizada sobre las variables de estudio que hay más afinidad en la afectación en neonatos masculinos y esto suele darse por un historial de antecedente clínico materno, situaciones relacionadas con el parto por cesárea y prematuridad

Tabla 4.*Factores biológicos, edad de la madre.*

| Edad de la madre (años) | Total | Frecuencia |
|--------------------------------|--------------|-------------------|
| 15 – 18 | 15 | 9,2 % |
| 19 – 35 | 125 | 76,6 % |
| 36 o más | 23 | 14,2 % |
| Total | 163 | 100,0% |

Nota. Prevalencia de la EMH según la edad de la madre. Armas, et al., (2019)

Según la tabla de datos cuantitativos, la edad que más tiende a ser propensa a presentar un neonato con la enfermedad de membrana hialina, son las madres de 19 a 35 años, representando el 76,6% de la muestra de estudio de Armas, et al., (2019) que indagó sobre las variables similares propuestas.

Tabla 5.*Factor psicosocial, grado de instrucción*

| | Valor | Intervalo de confianza de 95 % | |
|--|--------------|---------------------------------------|-----------------|
| | | Inferior | Superior |
| Odds ratio para grado de instrucción (sin instrucción / con instrucción) | ,325 | ,039 | 2,718 |

Nota. Descripción del factor psicosocial en relación al grado de instrucción de la madre. (Incacutipa, 2018)

En la investigación de Incacutipa (2018), “según el al intervalo de significancia al 95% el valor Odds Ratio es de 0.325 el no presenta significancia, por tal razón según los resultados estadísticos no existe correlación el grado de instrucción y neonatos con EMH” (pág. 46). Es decir, que este factor no es tan incidente como otros al momento de determinar una relación entre la madre y el neonato con EMH.

Tabla 6.
Hábitos nocivos

| SUST NOCIVAS DIAGNOSTICO | | DIAGNÓSTICO | | TOTAL |
|--------------------------|-------------------|-------------|---------|-------|
| | | EMH | SIN EMH | |
| SIN SUSTANCIAS | Recuento | 48 | 114 | 162 |
| | Recuento esperado | 48,0 | 114,0 | 162,0 |
| | Recuento | 48 | 114 | 162 |
| TOTAL | Recuento esperado | 48,0 | 114,0 | 162,0 |

Nota. Descripción de la frecuencia de incidencia de la EMH en relación a consumo

de sustancias y/o hábitos nocivos. (Incacutipa, 2018)

Según el mismo autor “el 100% de madres no presentaron el consumo de sustancias nocivas, por lo tanto no se realiza tabla de contingencia y se considera como factor independiente de Neonatos con EMH” (Incacutipa, 2018, pág. 49). Pero en los estudios ya mencionados se evidencia que si existe un porcentaje de madres que poseen hábitos nocivos que inciden en la salud del neonato.

Tabla 7.

Tratamiento de la enfermedad de membrana hialina

| Código ATC | R07AA02 |
|---|--|
| Indicaciones | Tratamiento de la enfermedad de membrana hialina. |
| Dosis | Poractant: 2,5 mL/kg por dosis intratraqueal seguido de dos dosis subsecuentes de 1,25 mL/kg por dosis a las 12 horas. Calfactant: dosis inicial de 3 mL/kg por dosis intratraqueal seguido de tres dosis subsecuentes de 3 mL/kg por dosis con un intervalo de 12 horas. Beractant: 4 mL/kg por dosis intratraqueal. Se pueden repetir hasta tres dosis con intervalo de 6 a 8 horas. |
| Forma farmacéutica y concentración | Poractant: frascos de 1,5 mL y 3 mL Calfactant: frascos de 3 mL y 6 mL Beractant: frascos de 4 mL y 8 mL |
| Contraindicaciones | Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes |
| Efectos adversos | Frecuentes: Reflujo endotraqueal, palidez, obstrucción del tubo endotraqueal, desaturación, bradicardia. Raros: Persistencia del conducto arterioso. Apnea. Hemorragia intracraneal, sepsis, enfisema, hemorragia pulmonar y enterocolitis necrotizante |

Nota. Tratamiento de la Enfermedad de la Membrana Hialina. Guía de Práctica Clínica.

Recién nacido prematuro, (MSP, 2015)

A continuación, se detallará la manera general los factores de riesgo que están relacionados con la madre y el neonato propenso del síndrome de membrana hialina:

Tabla 8.*Factores de riesgos maternos*

| Factores | Desarrolladores de riesgos asociados |
|---|---|
| Obstétricos (Salazar, 2015) | Factores socio-económicos Características personales Gestante sin control prenatal Antecedentes Obstétricos |
| Patológicos (Incacutipa, 2018) | Diabetes múltiple Embarazo múltiple Partes de cesarí Asfixia Estrés por frío Eritroblastosis fetal Hemorragia materna EG < 32 semanas. |
| Psicosociales (Argomedeo & Guzmán, 2019) | Situación socioeconómica Entorno social Trabajo Factores nocivos |

Nota. Descripción general de los factores de riesgos. Aportación de los estudios de: (Argomedeo & Guzmán, 2019), (Incacutipa, 2018), (Salazar, 2015).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo prenatales que influyen en el síndrome de la membrana hialina durante los años 2016 a 2021 son los obstétricos que están enfocados en los procedimientos médicos efectuados durante el embarazo, los patológicos que se fundamentan en las diferentes sintomatologías que se identifican en el recién nacido y que posiblemente sean también evidenciadas en la madre durante el período gestatorio. También constan los factores psicosociales que están relacionadas con las condiciones diarias que cursa la madre e inciden en el neonato.

La prevalencia del síndrome de la membrana hialina durante el periodo seleccionado es altamente significativo, según los estudios revisados y como afirma Purniti (2017), es una de las enfermedades causantes de muerte a nivel mundial, siendo una de las problemáticas relacionadas con los neonatos con un impacto alto a nivel social y que requiere de ser detallado a fin de informar a las personas cuáles son su factores y por medio de estos poder disminuir la afectación en la población.

Las características biológicas, psicosociales y obstétricas asociados al síndrome de membrana hialina están relacionadas con la adecuada gestión y control materno. Las características biológicas o patológicas estén centrados en las enfermedades que adopta la madre o el neonato propenso al síndrome de la membrana hialina.

Los factores de riesgo biológicos sobre la edad de la madre en relación al síndrome de membrana hialina, Armas, et al., (2019) confirma en su estudio cuantitativo que la edad materna propensa a presentar un neonato con la enfermedad de membrana hialina, son entre los 19 a 35 años. Es decir, que en la etapa temprana adulta es donde más se corre riesgos de adquirir la EMH.

Con respecto a los factores de riesgo psicosociales en base al grado de instrucción y hábitos nocivos de las madres que se encuentran asociados al síndrome de la membrana hialina, se comprobó a través de la revisión bibliográfica sobre el estudio de Incacutipa (2018), determina que no existe correlación el grado de instrucción y neonatos con EMH. Y analizando el mismo autor, se concluye las madres no presentaron el consumo de sustancias nocivas en dicho estudio, pero que sí hay casos de madres con estilos de vida que incluyen los hábitos nocivos que afectan a la salud del neonato.

Los factores de riesgo obstétricos en cuanto a patologías y controles maternos asociados a síndrome de membrana hialina, Incacutipa (2018), confirma que tiene mucho que ver con controles prenatales, guardando relación con el desarrollo de la EMH y a causa de la ausencia o irregularidades en los controles prenatales, se puede generar complicaciones en el momento del parto y afectar al neonato.

El actuar del personal de enfermería ante los factores de riesgo del síndrome de membrana hialina, tiene un enfoque educativo ya que permite estudiar los diferentes factores que intervienen en el desarrollo del síndrome de membrana hialina y dan a conocer los cuidados de enfermería que deben aplicarse de forma efectiva sobre la gestante y el neonato.

RECOMENDACIONES

Se sugiere a futuros investigadores tener una indagación más actualizada sobre las variables propuestas, pues existe una innovación cada año sobre el área de salud, el tema sobre el síndrome de la membrana hialina durante los años 2016 a 2021 evidenciado que los factores se centran en tres fundamentales: los obstétricos, patológicos y psicosociales relacionados a la afección directa al neonato o a la madre, por lo cual es necesario considerar cada uno de estos factores para identificar futuras complicaciones en el recién nacido.

Es fundamental tener en cuenta que la prevalencia del síndrome de la membrana hialina durante el periodo seleccionado es muy significativa a nivel mundial, por lo cual se debe realizar actividades preventivas dirigidas a las gestantes como charlas educativas, entrega de trípticos en los centros de salud, establecimientos hospitalarios y puntos estratégicos. También difundir información por medio de banners, para disminuir factores de riesgo del síndrome de membrana hialina.

Fomentar la educación e indagación profunda sobre el actuar del personal de enfermería ante los factores de riesgo del síndrome de membrana hialina, mediante estudios innovadores y actualizados en relación cuidados que se deben dar en la gestante y el neonato para prevenir complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argomedo, M., & Guzmán, J. (2019). *Factores de riesgo perinatales en Enfermedad de Membrana Hialina en el Hospital "La Caleta", 2018*. Nuevo Chimbote, Perú: Tesis de medicina. Universidad San Pedro.
- Arias, & Vargas. (2019). Factores de riesgo en la membrana hialina. *BINASSS, SciELO*, 1(1), 122–125.
- Armas, Santana, Elías, Baglán, & Ville. (2019). Morbilidad y mortalidad por enfermedad de la membrana hialina en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo 2016-2018. *Revista Información Científica*, 98(4), 469-480.
- Avery. (2018). Surfactant deficiency in hyaline membrane disease: The story of discovery. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161(41), 1074–1075.
- Barter, & Maddison. (2018). The nature of the neonatal pulmonary hyaline membrane. *Archives of Disease in Childhood*, 35(183), 460–464.
- Bolívar. (2016). Incertidumbre asociada a padres de recién nacidos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. *Investigación y Educación en Enfermería*, 1(2), 360-367.
- Brena, Cruz, & Contreras. (2015). Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio. *Salud y Administración*, 2(6), 17-38.
- Costa. (2017). Membrana hialina. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, 43(1), 29–34.
- Coto, López, Fernández, Álvarez, & Ibáñez. (2019). Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Asociación Española de Pediatría*, 30(1), 285-305.
- Cuesta, Bela, & Gómez. (2018). Enfermería neonatal: Cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integral*, 98(1), 36–40.
- De Luca, Cogo, Kneyber, Biban, Semple, Pérez, . . . Rimensberger. (2021). Surfactant therapies for pediatric and neonatal ARDS: ESPNIC expert consensus opinion for future research steps. *Critical Care*, 25(1), 1-17.
- Fujiwara, Chida, Watabe, Maeta, Morita, & Abe. (2019). Artificial surfactant therapy in hyaline-membrane disease. *The Lancet*, 315(8159), 55–59.
- García, M. (2016). Cuidados de Enfermería en el recién nacido sano. *Revista Electrónica de Portales Medicos*.
- Gómez. (2019). Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina. *CASUS. Revista de Investigación y Casos En Salud*, 1(1), 51-58.
- Huamán, & Sosa. (2018). Madurez pulmonar fetal : evaluación ecográfica, ¿es confiable? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(4), 427–432.

- Huertas. (2018). Simposio Enfoque Perinatal Del Parto Pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399–404.
- Hulsey, Robillard, Annibale, & Keenan. (2017). Hyaline membrane disease: The role of ethnicity and maternal risk characteristics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(2), 572–576.
- Incacutipa, L. (2018). *Factores de riesgo asociada a la enfermedad de membrana hialina en prematuros del servicio de neonatología en el hospital regional Manuel Nuñez Butron Puno - 2017*. Puno, Perú: Tesis de medicina. Universidad Nacional del Altiplano.
- Jiménez, & Reyes. (2019). Surfactante pulmonar en el síndrome de dificultad respiratoria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 231–236.
- López, & Valls. (2016). Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. *Asociación Española de Pediatría.*, 1(1), 305-310.
- López, Hernández, & Rentería. (2017). Factores de riesgo del síndrome dificultad respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), 1–15.
- Mendez, & Enriquez. (2018). Complicaciones por desnutrición y restricción del crecimiento intrauterino en niños prematuros. *Redalyc*, 1(1), 1-17.
- Méndez, Martínez, & Bermúdez. (2017). Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en Recién Nacidos Prematuros. *Acta Universitaria*, 17(1), 46–51.
- Mendoza. (2016). Efectividad del tratamiento con Alveofact® y Curosurf® en prematuros de 32 semanas o menos con enfermedad de membrana hialina en Buga, Valle del Cauca, entre los años 2006 y 2013. *Medicas UIS*, 1(1), 13-25.
- Minuye, Alebachew, Alemu, Mesfin, & Demis. (2021). La carga de la enfermedad de la membrana hialina, la mortalidad y sus factores determinantes entre los recién nacidos prematuros ingresados en el Hospital General Debre Tabor, el centro norte de Etiopía: una retrospectiva Estudio de seguimiento. *PLoS ONE*, 16(3), 1-15.
- Moncada, A., & Plua, A. (2019). *Proceso de atención de enfermería en neonatos con enfermedad de membrana hialina en Latino América*. Milagro, Ecuador: Tesis de grado. Universidad Estatal de Milagro.
- MSP. (2015). *Guía de Práctica Clínica. Recién nacido prematuro*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- MSP. (2017). *Guía Práctica Clínica Recién Nacido Con Dificultad Para Respirar*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Nanda Internacional. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier.
- Pérez, Delgado, Ariz, & Gómez. (2017). Enfermedad de la membrana hialina en el Hospital Ginecobstétrico Mariana Grajales. *Medicentro*, 21(3), 237–240.

- Pérez, Jacobo, & Valdivia. (2018). Enfermedad de membrana hialina: Mortalidad y factores de riesgo maternos y neonatales. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 74(7), 354–359.
- Pérez, Y. (2017). Enfermedad de la membrana hialina en el Hospital Ginecobstétrico«Mariana Grajales». *Medicentro Electrónica*, 1(1), 237-240.
- Permyakova, Porodikov, Kuchumov, Biyanov, Arutunyan, Furman, & Sinelnkov. (2021). Clinical Medicine Discriminant Analysis of Main Prognostic Factors Associated with Hemodynamically Significant PDA: Apgar Score, Silverman-Anderson Score, and NT-Pro-BNP Level. *J. Clin. Med*, 10(1), 1-19.
- Purtini. (2017). The prevalence of hyaline membrane disease and the value of shake test and lamellar body concentration in preterm infants. *Paediatrica Indonesiana*, 51(4), 207–212.
- Quiroga. (2015). Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. *Enfermería Neonatal*, 1(1), 4-9.
- Rojas, & Rubio. (2018). Cuidados de enfermería en la enfermedad de membrana hialina. *Revista electrónica de Portales Medicos*, 1(1), Online.
- Ruíz, Ceriani, Cravedi, & Rodríguez. (2018). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(1), 36–45.
- Salazar, P. (2015). *Factores perinatales que influyen en el desarrollo de trastornos respiratorios en niños ingresados a la sala de neonatología del hospital provincial docente Ambato en el período julio – diciembre 2014*. Ambato, Ecuador.: Tesis de grado. Universidad Técnica de Ambato.
- Santamaria. (2018). Síndrome de dificultad respiratoria tipo I. *Salud en tabasco*, 8(1), 1-18.
- Skinner, Boys, Hunter, & Hey. (2019). Pulmonary and systemic arterial pressure in hyaline membrane disease. *Archives of Disease in Childhood*, 67(4), 366–373.
- Zaravia Antonio, K. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer, síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una clínica Lima, 2018. *Repositorio UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN*, 1-69.

ANEXOS

REPÚBLICA DEL ECUADOR



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Milagro, 2 de octubre del 2021

REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

PRIMER SEMESTRE 2021

FACULTAD SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL 1S2021 FACS ENFERMERÍA- EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)

TEMA: FACTORES DE RIESGO PRENATALES QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE MEMBRANA HIALINA

ACOMPAÑANTE: MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA

| DATOS DEL ESTUDIANTE | | | |
|----------------------|----------------------------|------------|----------------------------|
| Nº | APELLIDOS Y NOMBRES | CÉDULA | CARRERA |
| 1 | GARCÍA JARA CINTHYA KAREM | 0955744065 | LICENCIATURA EN ENFERMERÍA |
| 2 | LIGUA QUINDE BRYAN STEEVEN | 0951747252 | LICENCIATURA EN ENFERMERÍA |

| Nº | FECHA | HORA | Nº HORAS | DETALLE |
|--|------------|------------------------------------|----------|---|
| 1 | 20-07-2021 | Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m. | 2 | DIRECTRICES SOBRE TRABAJO DE TITULACIÓN ORGANIZAR EL CRONOGRAMA DE TRABAJO DEFINIR TÍTULO |
| ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1OveFU-pV50qL-D21Z5fGhYLWOpD13Awz?usp=sharing | | | | |
| 2 | 04-08-2021 | Inicio: 13:03 p.m. Fin: 15:03 p.m. | 2 | SE REVISAN PROBLEMATIZACIÓN LA CUAL SE ENCUENTRA INCOMPLETA SE INDICA CORREGIR Y ORIENTA SOBRE LOS ASPECTOS A TRABAJAR. ORIENTACIONES SOBRE PROBLEMATIZACIÓN, OBJETIVOS Y BIBLIOGRAFÍA |
| ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1Y7VBcSRyG66M5gNNBGeCdTmN97HY7mVT?usp=sharing | | | | |
| 3 | 25-08-2021 | Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m. | 2 | REVISAMOS INTRODUCCIÓN Y SE CONTINUA TRABAJANDO EN EL CAPITULO I |
| ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1JjGZL6fqdSHDsG6MCRQv7LwgNo2kSlgr?usp=sharing | | | | |
| 4 | 08-09-2021 | Inicio: 14:27 p.m. Fin: 16:27 p.m. | 2 | SE REVISAN CAPITULO II SE ORIENTAN DIRECTRICES |
| ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1otcgpP43zfsFWlJ_-Wd0_dNk_HWWhz?usp=sharing | | | | |
| 5 | 20-09-2021 | Inicio: 10:07 a.m. Fin: 12:07 p.m. | 2 | POR PROBLEMAS DE CONEXIÓN DE LAS ESTUDIANTES SE REVISAN POR VÍA EMAIL CAPITULO 3 Y RECIBEN ORIENTACIONES DEL CAPITULO 4 |
| ENLACE: | | | | |
| 6 | 29-09-2021 | Inicio: 09:07 a.m. Fin: 11:07 a.m. | 2 | ESTUDIANTES QUE CONTINUAN CON PROBLEMAS DE CONEXIÓN POR LO QUE NOS MANTENEMOS POR EMAIL, SE REVISAN CAPITULO 4 Y SE INDICAN CORRECCIONES |
| ENLACE: | | | | |
| 7 | 30-09-2021 | Inicio: 15:08 p.m. Fin: 17:08 p.m. | 2 | SE REVISAN LAS CORRECCIONES DEL CAPITULO 4 Y SE INDICA TERMINAR CAPITULO 5 |
| ENLACE: | | | | |
| 8 | 01-10-2021 | Inicio: 11:11 a.m. Fin: 13:11 p.m. | 2 | SE RECOMIENDA MODIFICAR TABLAS Y ARREGLAR CONCLUSIONES |
| ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1u8DzJxnyABVde1MjC6ACM9EzTwlix7i8?usp=sharing | | | | |
| 9 | 02-10-2021 | Inicio: 09:07 a.m. Fin: 11:07 a.m. | 2 | SE REVISAN TABLAS Y CONCLUSIONES SE ORIENTA REALIZAR LAS RECOMENDACIONES. SE SUBE A TURNITIN |
| ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/18VRkN-EEsyP9mf5LY1JshIOcjA8oCXtf?usp=sharing | | | | |
| 10 | 01-10-2021 | Inicio: 15:09 p.m. Fin: 17:09 p.m. | 2 | 4 % DE RESULTADO TURNITIN SE MUESTRA A LOS ESTUDIANTES Y SE ANALIZAN LAS RECOMENDACIONES |
| ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1fLaGtL2lv8qE93BFQn-PhxOauYaUpQl6CU?usp=sharing | | | | |
| Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 26 Comutador: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107 Telefax: (04) 2715187 Milagro • Guayas • Ecuador | | | | <p>MISIÓN</p> <p>La UNEMI forma profesionales competentes con actitud proactiva y valores éticos, desarrolla investigación relevante y oferta servicios que demanda el sector externo, contribuyendo al desarrollo de la sociedad.</p> |




MEDERAS MOLLINEDA KATIUSKA
PROFESOR(A)


GARCÍA JARA CINTHYA KAREM
ESTUDIANTE


LIGUA QUINDE BRYAN STEEVEN
ESTUDIANTE

