



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

**TEMA: FACTORES DE RIESGOS QUE INFLUYEN EN EL
SÍNDROME DE MEMBRANA HIALINA EN LOS PACIENTES
NEONATOS**

Autores:

Srta. MONTERO BAJAÑA GENESIS LIZBETH

Srta. SUAREZ MORENO JANINA VIRGINIA

Acompañante:

Mgr. VILLAMAR VASQUEZ GUISELLA ISABEL

**Milagro, Septiembre 2022
ECUADOR**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis amados padres Enrique Suarez y Maria Castellano por ser mi mayor ejemplo de constancia, ser mi apoyo incondicional quienes estuvieron siempre brindándome su mano amiga y a cada instante palabras de aliento.

A mi amada hija Valeska que es mi pilar fundamental por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi esposo Wilson Vines por su esfuerzo, sacrificio, paciencia y por creer en mi capacidad, aunque no ha sido fácil hemos pasado momentos muy difíciles y estos no han sido impedimento para que este ahí brindándome su apoyo, comprensión, amor y cariño.

A mis hermanas Stefania y Kesia estuvieron presentes y fueron parte durante mi evolución para llegar a convertirme en una profesional.

Les dedico mi tesina a Cada uno de ustedes que han aportado grandes cosas a mi vida, han sido base de mi formación y el gran apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de mi carrera universitaria.

Janina Virginia Suarez Moreno.

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por permitirme tener una buena experiencia dentro de mi formación académica en la universidad, gracias a la Universidad Estatal De Milagro por permitirme convertirme en ser una profesional en lo que me apasiona, gracias a cada uno de los Docentes que hizo parte de este proceso integral de mi formación. Gracias a mis padres, hija, esposo y hermanas que fueron mis mayores promotores durante este proceso para cada día continuar sin rendirme.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, gracias por sus aportes, su amor, su inmensa bondad y apoyo, lo complicado para llegar a esta meta se ha notado menos. Les agradezco y hago presente mi gran afecto a ustedes, mi hermosa familia.

Janina Virginia Suarez Moreno.

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento es a Dios quien me ha guiado y me ha dado fuerza durante todo este tiempo para Salir adelante. A mi madre ARCELIA BAJAÑA quien día a día estuvo de mi mano durante este proceso hasta llegar a mi meta por brindarme su comprensión y estímulo constante además su apoyo incondicional, a mi padrastro FRANCISCO MARTÍNEZ por creer en mí y ser mi ejemplo paternal por brindarme su amor y su confianza, a mis hermanos por no perder la fe de que lo lograría dejándome muchas veces practicar con ellos aquellas técnicas que no me salían , a mis abuelos y demás familiares que de una y otra forma me apoyaron a realizar aquel sueño que de pequeña tuve y que hoy estoy cumpliendo.

No quiero dejar fuera de este agradecimiento a la licenciada Génesis Bayas quien compartió conmigo y fue mi apoyo desde que me conoció me impulso a ser mejor y siempre deposito su confianza en mis destrezas gracias a ella tengo más claras aquellas falencias que tuve durante mi proceso de formación, darle las gracias a mi grupito de amigos también porque ellos forman parte de este logro.

Para finalizar agradezco a mi Asesor de tesis Mgtr. Villamar Vásquez Guisella por habernos brindado la oportunidad recurrir a sus capacidades y conocimientos científicos, así como también habernos tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante el desarrollo de la tesis.

Genesis Lizbeth Montero Bajaña.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
DERECHOS DE AUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE GENERAL.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	8
METODOLOGÍA	20
DESARROLLO DEL TEMA	22
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

FACTORES DE RIESGOS QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE MEMBRANA HIALINA EN LOS PACIENTES NEONATOS.

RESUMEN

La enfermedad de membrana hialina (EMH) es un cuadro de dificultad respiratoria grave y progresiva que se produce fundamentalmente en recién nacidos prematuros. Se presenta aproximadamente en el 5 a 10 % de los niños nacidos antes del término del embarazo, siendo más frecuente a mayor prematuridad. La metodología se constituyó por aplicar una revisión científica mediante la investigación bibliográfica – documental y utilizando un método analítico sintético. De acuerdo al desarrollo, se estableció mediante los diferentes autores, que los factores predisponentes en la aparición de la enfermedad de la hialina en neonatos están relacionados con el sexo masculino, el bajo peso al nacer, la edad gestacional del parto. Con respecto a la madre, los controles prenatales tienen bastante influencia debido a que no se puede detectar a tiempo los problemas de los neonatos, la falta de una correcta alimentación y la falta de ingesta de vitaminas. Se concluye que la enfermedad de Membrana Hialina, también conocida como el Síndrome de Dificultad Respiratoria, es uno de los problemas más comunes de los neonatos prematuros. Es una de las principales causas de muerte durante el período neonatal; La mortalidad puede ser tan alta como el 70% especialmente en prematuros menores de 1000gm pero desciende rápidamente al 10% o menos en mayores de 1500gm.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de la hialina, neonatos, parto prematuro, factores, bajo peso al nacer.

FACTORES DE RIESGOS QUE INFLUYEN EN EL SÍNDROME DE MEMBRANA HIALINA EN LOS PACIENTES NEONATOS.

ABSTRACT

Hyaline membrane disease (HMD) is a condition of severe and progressive respiratory distress that occurs mainly in premature newborns. It occurs in approximately 5 to 10% of children born before the end of pregnancy, being more frequent with greater prematurity. The methodology was established by applying a scientific review through bibliographic - documentary research and using a synthetic analytical method. According to the development, it was established by the different authors that the predisposing factors in the appearance of hyaline disease in neonates are related to male sex, low birth weight, gestational age at delivery. With regard to the mother, prenatal check-ups have quite an influence due to the fact that newborn problems, lack of proper nutrition and lack of vitamin intake cannot be detected in time. It is concluded that Hyaline Membrane disease, also known as Respiratory Distress Syndrome, is one of the most common problems of premature infants. It is one of the main causes of death during the neonatal period; Mortality can be as high as 70%, especially in preterm infants less than 1,000 gm, but drops rapidly to 10% or less in those older than 1,500 gm..

KEY WORDS: Hyaline disease, neonates, preterm birth, factors, low birth weight.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de la membrana hialina, también conocida como síndrome de dificultad respiratoria, es uno de los problemas más comunes en los bebés prematuros. Es una de las principales causas de muerte en la infancia; La mortalidad puede llegar al 70%, especialmente en niños que pesan menos de 1000 g, pero cae rápidamente al 10% o menos en los que pesan más de 1500 g.

Los lactantes o neonatos también están en riesgo de desarrollar cambios clínicos y complicaciones, que pueden incluir patologías pulmonares crónicas o agudas y problemas gastrointestinales, una de las principales patologías presentes es la enfermedad de la membrana hialina resultante de la disminución o ausencia de producción de surfactante. . . , una sustancia que contiene lípidos y proteínas de los neumocitos tipo 2, que sella los alvéolos y reduce su presión; Puede causar síndrome de membrana hialina en recién nacidos.

Ecuador tiene la quinta tasa de mortalidad infantil más alta de la región. Por eso, es necesario enseñar y educar a los niños sobre esta enfermedad, que es uno de los deberes profesionales de una enfermera que exige un papel educativo en la sociedad, tener conocimientos técnicos y científicos, ser oportuno y eficaz. y efectivamente, permite. Brindar la atención adecuada de acuerdo a las necesidades del paciente.

El objetivo de este estudio es determinar las causas del síndrome de membrana hialina en pacientes recién nacidos y muestra que las enfermeras tienen una gran responsabilidad no solo para educar a las madres sino también para prevenir esta enfermedad en el futuro. . Saben que utilizan una variedad de actividades en su desarrollo diario, incluidas las educativas, por lo que necesitan desarrollar sus actividades para proteger a las personas, incluidas las madres.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La enfermedad de la membrana hialina (HMD), también conocida como síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad por deficiencia de surfactante, es una enfermedad respiratoria que se observa en las unidades de cuidados intensivos neonatales. La neumonía, que afecta principalmente a los prematuros (RNPT), depende de la extensión y calidad de la deficiencia de surfactante pulmonar, por lo que se considera la principal causa de morbilidad y mortalidad en este grupo. El 60% de la PTNI se ve afectada por debajo de las 28 semanas y el 5% a las 34 semanas de gestación (Briones, 2020).

Según el análisis epidemiológico de 2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el síndrome de la membrana hialina es la causa más importante de muerte y también provoca un aumento en el cuidado de los niños, lo que a su vez provoca los siguientes trastornos. recién nacido, diagnóstico clínico radiológico. No se requiere examen clínico adicional. Algunos de los factores de riesgo conocidos de la enfermedad de la membrana hialina se pueden evitar con medidas preventivas de salud pública que se pueden tomar antes y durante el embarazo (OMS, 2020).

A nivel latinoamericano, la autora Balta (2019) dice que el anticonceptivo que utiliza la gestante no es suficiente, este es el principal factor que provoca el desarrollo de la enfermedad de la membrana hialina, es una cualidad que se debe tomar. este. como causa y factor importante, por lo tanto, para las enfermedades infecciosas del embarazo, la anticoncepción debería ser suficiente. Son una causa importante de la enfermedad de la membrana hialina (Balta, 2019).

La enfermedad de la membrana hialina se desarrolla en bebés prematuros con pulmones inmaduros, en los que los neumocitos maduros responsables de la producción de

surfactante no producen suficiente lecitina/esfingomielina. Por su condición, estos recién nacidos son más propensos a tener complicaciones así como la posibilidad de sepsis neonatal en las áreas de cuidados intensivos neonatales (Santos, 2020).

Los síntomas comienzan después del nacimiento, dificultad para respirar debido al daño mecánico en los pulmones y cianosis debido al intercambio gaseoso deteriorado. La insuficiencia respiratoria se presenta en las primeras horas de vida, alcanza su máximo a las 24-48 horas de vida, y en los casos menos severos comienza a mejorar a partir del tercer día de vida (Meléndez, 2018a).

Especialmente en los menores de 32 semanas, la morbilidad y la gravedad aumentan a medida que disminuye la edad gestacional, y es del 50% entre las 26-28 semanas. Es más común en hombres nacidos por cesárea y segundo gemelo. También puede ocurrir en los bebés gestantes de madres diabéticas con mal control metabólico y aquellos que experimentan asfixia perinatal, otras complicaciones del embarazo o parto prematuro (Calla, 2019).

El síndrome de membrana hialina es una enfermedad que causa una alta morbilidad y mortalidad en todas las unidades de cuidados intensivos, especialmente en las unidades pediátricas, y tiene múltiples etiologías, la mayoría de las cuales no se pueden prevenir. Desde su primera descripción en 1967, por Eshbaugh, se han logrado grandes avances en su definición, en la comprensión de su fisiopatología y en el tratamiento de las vías respiratorias y respiratorias, lo que ha llevado a una reducción significativa de las muertes por esta enfermedad, aunque continúa en algunos países, como Ecuador (Gaspar, 2019).

En Ecuador, a pesar del trabajo por mandato del Ministerio de Salud Pública y los esfuerzos de los programas gubernamentales para mejorar la calidad de vida de la población a través de la prevención, promoción y acceso al sistema público nacional de salud. y una atención médica adecuada puede haber reducido la mortalidad infantil, pero se

dice que el síndrome de la membrana hialina es la principal causa de hospitalización y morbilidad y mortalidad infantil en 2018, según el INEC. problemas respiratorios o el 16,88 por ciento de todas las muertes infantiles (INEC, 2021).

Varios estudios muestran que los riesgos del embarazo, es decir, durante el embarazo, como la presencia de enfermedades como cervicovaginitis, infección de vías urinarias, preeclampsia, riesgo de aborto espontáneo o parto prematuro, se suman al sector salud. En Ecuador se analizó que en los prematuros con membrana hialina, las gestantes no siguen los cuidados prenatales requeridos ni participan en absoluto de los cuidados.

Pregunta de investigación.

¿Cuales son los factores de riesgos que influyen en el síndrome de membrana hialina en los pacientes neonatos?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Analizar los factores de riesgos que influyen en el síndrome de membrana hialina en los pacientes neonatos.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgos asociados al síndrome de la membrana hialina mediante documentación bibliográfica.
- Identificar las características biológicas psicosociales y obstétricas asociados al síndrome de membrana hialina de la madre.
- Determinar los riesgos obstétricos asociados a la falta de controles maternos relacionados a la aparición del síndrome de membrana hialina.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo es determinar la situación actual y comprender los diversos eventos asociados a los riesgos asociados al síndrome de membrana hialina, informando así al público y a los futuros enfermeros sobre la importancia de educar a las gestantes.

El resultado y propósito de la búsqueda es brindar información diaria, sin olvidar que es parte de la estadía en hospitales y centros de salud, pues parte del trabajo profesional de enfermería es contribuir a la construcción del conocimiento real. La salud del país y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud.

Desde una perspectiva de salud, esta investigación tiene como objetivo proporcionar más información sobre las causas de este riesgo, así como examinar más de cerca la prevalencia de este fenómeno en los lactantes. Así, la verdad del significado del método de las personas involucradas, por lo tanto, contribuye al análisis de la Biblia, para analizar el peligro de esta enfermedad no solo en la sociedad, sino también en el mundo.

Es importante revisar la literatura sobre el contacto con bebés y los cambios en el desarrollo respiratorio de los bebés, para interpretar datos útiles de ensayos clínicos para identificar e identificar factores de riesgo e iniciar nuevos estudios en el futuro.

El objetivo de este estudio es revelar información veraz y precisa sobre diversas patologías y problemas respiratorios de los recién nacidos que beneficiará a las mujeres embarazadas, estudiantes de enfermería y futuros profesionales con altas metas educativas. Las familias previenen los problemas de esta enfermedad y mantienen el embarazo de forma sana y responsable.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Enfermedad de membrana hialina

La enfermedad de la membrana hialina, también conocida como síndrome de dificultad respiratoria tipo I, se define como un trastorno del parénquima pulmonar causado por una deficiencia de surfactante, una sustancia que sirve a los pulmones para mantener la interfase aire-agua en los alvéolos de los pulmones. reduciendo así la presión. previene el daño alveolar en el suelo (López, 2019).

¿En qué medida difieren las características del recién nacido, las características de la naturaleza, porque los neumocitos tipo 2 son incapaces de producir surfactante que, a diferencia de la deficiencia secundaria de surfactante asociada con el síndrome de dificultad respiratoria del adulto en los recién nacidos, conduce a una reducción del tamaño de los pulmones y al desarrollo de un colapso alveolar? como el olor del aliento. La presencia de meconio, neumonía, etc. neutraliza el tensioactivo presente. Es una de las principales causas de muerte en la infancia; La mortalidad puede llegar al 70%, particularmente en los bebés prematuros que pesan 1000 gramos, pero cae rápidamente al 10% o menos en los que pesan más de 1500 gramos (Aguilera, 2019).

Uso prenatal de esteroides 50%. Se presenta principalmente en prematuros y su incidencia es inversamente proporcional a la edad de nacimiento; Alrededor del 80% de los bebés prematuros menores de 26 semanas y el 10% de 32 semanas tienen esta afección (Campana, 2021).

Aspectos epidemiológicos.

En general, se estima que la enfermedad de la membrana hialina ocurre en el 5% al 10% de los bebés prematuros. En un país con una alta tasa de bajo peso al nacer y bajo peso al nacer, se produce el 20% de las muertes infantiles (Moran, 2022).

Incidencia.

Esta enfermedad es la principal causa de muerte durante el parto. Se estima que el 50% de todas las muertes neonatales se deben a la enfermedad de la membrana hialina o sus complicaciones (Guzman et al., 2019).

Una discapacidad desagradable es el tiempo; La actividad es parte de la presión intensa y la edad. Foro entre diabetes y los nacidos antes de las tres semanas; Además, una gran cantidad de embarazo, parte del embarazo, parte del nacimiento, parte del nacimiento, la risa, las transiciones marrones y la historia de los niños viejos y los niños viejos (Sabatelli, 2019).

Alteraciones funcionales.

- La energía restante se reduce.
- Cambios en la tasa de perfusión de las vías respiratorias.
- Cumplimiento pulmonar reducido.
- Aumento del trabajo respiratorio que causa fatiga muscular. (Delgado & Aguirre, 2018)

Embriología.

El desarrollo morfológico de los pulmones ocurre en tres etapas: 1) la etapa glandular, en la que comienza la división de los bronquios, 2) la etapa vascular y el crecimiento de las ramas del sistema bronquial, y 3) la etapa alveolar; cual es la diferencia limpia los alveolos (Rodríguez et al., 2017).

La etapa canalicular comienza a las 16 semanas de gestación y se caracteriza por una rápida vascularización, la formación de epitelio cuboidal que recubre los extremos de los bronquios y el desarrollo de un epitelio respiratorio delgado. cavidad respiratoria La etapa alveolar comienza desde la semana 24 a la 26 del embarazo, en este momento, el recién nacido tiene 5-8% de la cantidad de alvéolos en un adulto, el surfactante ya está en los pulmones fetales a las 16 semanas (Mayorga, 2021).

Fisiopatología.

Deficientes en factor surfactante, los gránulos eosinofílicos de las células alveolares tipo II son el precursor de la lecitina. En humanos, existen dos formas de hacer lecitina, la primera de las cuales comienza entre las 22 y 24 semanas de embarazo con la enzima metiltransferasa, dando como producto final palmitoilmeristoil lecitina, que es poco estable y muy sensible al cambio. temperatura, pH sanguíneo, hipoxia, etc. El segundo comienza entre las 35 y 35 semanas de embarazo, y la enzima fosfocolinotransferasa produce dipalmutato de lecitina como producto final, que es una sustancia estable (Vásquez, 2022).

La lecitina, el componente principal del factor de surfactante alveolar, se metaboliza rápidamente y debe producirse de manera continua para penetrar el material intraalveolar y evitar el colapso alveolar durante la aspiración. En los bebés recién nacidos, donde las células alveolares no producen suficiente lecitina, los alvéolos se colapsan y ejercen demasiada presión sobre el bebé con cada respiración, lo que provoca fatiga. Debido a que hay muchas áreas de atelectasia, el intercambio de gases es deficiente, lo que conduce rápidamente a acidosis respiratoria (alta absorción de CO₂) e hipoxemia significativa (Chonillo, 2020).

El conocimiento de la fisiopatología de la EMH ha llevado al desarrollo de técnicas apropiadas, como la presión positiva continua en las vías respiratorias, la ventilación mecánica y la administración de surfactante exógeno. Sin embargo, el curso natural de la

enfermedad cambió y la tasa de supervivencia aumentó. El examen del crecimiento pulmonar fetal en el líquido amniótico es importante para estimar el riesgo de desarrollar esta enfermedad en el feto. Las pruebas más utilizadas son la prueba de Clements o Shake, el índice lecitina/esfingomielina y la determinación de fosfatidilglicerol. Todo esto indica la presencia de surfactante en el líquido amniótico, que depende de la tasa de crecimiento de los pulmones del niño (Chonillo, 2020).

Los cambios fisiopatológicos que causan el SDRA pueden explicarse por las dos primeras condiciones descritas anteriormente.

- inflamación generalizada de los pulmones
- edema pulmonar severo debido al aumento de la permeabilidad debido a la inflamación. Ambos procesos pueden ocurrir de forma independiente: hay muchos casos de tumores de pulmón no complicados por tumores difusos, y pueden desarrollarse sin tumor, por ejemplo, en tumores de altura, tumores neurógenos o tumores de pulmón causados por sobredosis de fármacos. Con o sin resolución rápida de los resultados de ARDS.

Aunque la enfermedad inflamatoria se desarrolla con el tiempo, el edema pulmonar agudo se observa solo en las primeras semanas de la enfermedad. Después de esto, ocurren algunos cambios en la estructura y función de los pulmones, y se pueden distinguir tres etapas en RASS: la etapa severa, donde ocurre la inflamación, la etapa avanzada y la etapa tardía, donde está involucrada la fibrosis (Navarro, 2018).

Fisiopatología y manifestaciones clínicas de la enfermedad de membrana hialina (emh).

La depresión respiratoria comienza con sibilancias, polipnea y recurrencia en la propia sala de gestación o en las primeras horas de vida, acortando el primer período de gestación y aumentando la gravedad de la enfermedad. En los cambios "espontáneos", hay

un aumento progresivo de la actividad respiratoria y la demanda de oxígeno durante las primeras 36-48 horas, seguido de una disminución gradual de los síntomas respiratorios y la demanda de oxígeno durante 2-3 días. Los bebés prematuros a menudo requieren presión continua o ventilación mecánica y soporte respiratorio con el uso temprano de surfactante. Este tratamiento puede mejorar el desarrollo clínico y acortar la duración de la EMH. El efecto de cada condición, la acidosis metabólica y los cambios hemodinámicos (hipotensión, mala perfusión periférica) varía según la gravedad de la enfermedad (Calumani, 2022).

La determinación del perfil pulmonar en aspirado traqueal o faríngeo indica valor de relación lecitina/esfingomielina (L/E) <2 y ausencia de fosfatidilglicerol (PG). El uso generalizado de corticosteroides prenatales para acelerar el desarrollo pulmonar y el uso de surfactantes profilácticos significan que, aunque se han probado rápidamente otros métodos de evaluación al lado de la cama, el uso clínico de esta prueba está actualmente limitado debido al criterio de valoración tardío (Hurtado, 2018).

La presencia de hipoxemia sin necesidad de rescate de CO₂ al inicio del estudio y la ausencia de anomalías en el recuento y la fórmula de leucocitos son otros datos de laboratorio que confirman el diagnóstico de HME. La radiografía de tórax muestra un patrón típico con pulmones débiles y volumen pulmonar disminuido (atelectasias difusas) con aumento de datos relacionados con el peso. Hay cuatro grados o tipos diferentes de sobrepeso. (Pérez, 2003):

Tipo I: Reticulogranular a gris y patrón vítreo homogéneo. Tipo II: Similar al anterior, pero más intenso y visible con broncograma aéreo. Tipo 3: Relajación alveolar difusa y compleja con volumen pulmonar reducido. Tipo IV: "pulmón blanco". Está casi ausente en el parénquima pulmonar, cuya densidad es indistinguible de la silueta del corazón. Además de las complicaciones pulmonares graves (enfisema intersticial,

neumotórax), los bebés muy prematuros con HME grave tienen un mayor riesgo de ductal arterioso, hemorragia diarreica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Hurtado, 2018).

Factores de riesgo.

a.- Factores perinatales

Los factores de riesgo perinatales son características patológicas que pueden ocurrir 28 días antes del nacimiento y 28 días después del nacimiento, que, junto con el desarrollo de toda la genética del niño, aumentan la probabilidad de consecuencias, la capacidad de comenzar la vida fuera. El desarrollo físico y mental potencial y futuro depende de su capacidad para manejar situaciones peligrosas durante el embarazo y el parto. De hecho, las tasas más altas de morbilidad perinatal están asociadas a enfermedades hipóxicas, traumáticas, infecciosas y farmacológicas que afectan al recién nacido al nacer, siendo el feto la más común, comprendida y medible. (García & Arnold, 2018).

Meléndez (2018), hace hincapié en que la propagación de las condiciones maternas en el período perinatal significa que los niños en riesgo deben ser identificados a tiempo. De hecho, la asfixia perinatal es una de las principales causas de muerte y mortalidad infantil, pero es un signo de alta susceptibilidad humana. Cuidar a un bebé que sufre un evento de esta magnitud es un desafío y requiere habilidad, previsión, conocimiento y el esfuerzo coordinado del equipo que lo ayuda, ya que hay muchas cosas que pueden afectar su desarrollo y vida.

b. Factores neonatales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las muertes infantiles como "muertes hasta 28 días antes del nacimiento". Se considera un problema de salud pública y es el indicador más importante a considerar al momento de evaluar la calidad de salud de los recién nacidos en una institución o servicio. Por lo tanto, la Organización Mundial de la

Salud establece que todos los bebés con al menos un signo de vida al nacer: respiración o latido cardíaco o movimiento activo del cordón umbilical o músculos que se contraen deben considerarse nacidos vivos (Sánchez, 2021).

La morbimortalidad neonatal está asociada a diversos factores genéticos y ambientales, como restricción del crecimiento fetal, mujeres menores de 156 cm, embarazo múltiple e hipertensión arterial. El riesgo de muerte infantil en fetos de bajo peso al nacer depende de la edad de la madre, el tabaquismo, los embarazos múltiples, la hipertensión arterial y, lo que es más importante, la personalidad del niño, especialmente durante la adolescencia.

- **Complicaciones del parto y el alumbramiento**

El principal desafío del parto tiene que ver con el tiempo y la coordinación que requieren todas las partes. El trabajo de parto puede no comenzar cuando las membranas están "desgarradas" (ruptura prematura de las membranas) o puede comenzar hasta 37 semanas antes de la concepción (parto prematuro) o más de dos semanas después de la concepción (período posterior al embarazo). Además, la enfermedad materna o fetal, el retraso del crecimiento fetal o la posición fetal anormal pueden aumentar las complicaciones. Otros signos de peligro son sangrado vaginal abundante y frecuencia cardíaca fetal anormal. Las complicaciones graves son raras y generalmente esperadas, pero algunas pueden ocurrir de forma repentina e inesperada. En particular, deben ser diagnosticados de manera temprana para demostrar un tratamiento adecuado y así lograr un buen resultado (López, 2019).

- **Rotura prematura de las membranas**

La ruptura prematura de membranas es el desprendimiento de membranas líquidas con el "feto" que ocurre una hora o más antes del parto. La ruptura de membranas,

prematura o no, a menudo se denomina "ruptura de aguas". El líquido dentro de las membranas (líquido amniótico) sale del útero (Aguilera, 2019).

En el pasado, si las membranas se rompían prematuramente, se hacía todo lo posible para liberarlas para no causar una infección que dañaría a la madre y al útero. Sin embargo, esto ya no es necesario ya que el riesgo de infección se reduce al reducir la cantidad de exámenes ginecológicos después de que se detiene el agua. En la misma incisión del espéculo se puede controlar la ruptura de membranas, medir la longitud del cuello uterino y extraer líquido amniótico de la mujer. Si el análisis del líquido amniótico muestra que los pulmones del "feto" están completamente desarrollados, entonces se lleva a cabo el parto. Si los pulmones fetales no están desarrollados, intente retrasar el parto hasta que se complete.

El reposo en cama es recomendado por el 50 por ciento de las mujeres para retrasar el trabajo de parto, pero algunas también quieren tomar medicamentos que previenen las contracciones uterinas, como el sulfato de magnesio y la terbutalina. Controle su temperatura y pulso al menos dos veces al día, ya que una temperatura alta o un ritmo cardíaco alto pueden ser el primer signo de infección. Si ocurre una infección, al niño se le darán analgésicos.

Según Campaña (2021) Con menos de 37 semanas, los recién nacidos corren el riesgo de tener problemas respiratorios, de temperatura y de lactancia; estos riesgos están asociados con una mayor incidencia de corioamnionitis en mujeres que enfrentan ruptura prematura de membranas.

Para Moran (2022) El principal riesgo para el feto es la muerte fetal y conlleva el riesgo de muerte fetal, síndrome de membrana hialina, enterocolitis necrosante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal. Por lo tanto, estos son los riesgos más distantes de la RPMP.

- **Parto pretérmino**

Un parto prematuro es un nacimiento que ocurre antes de la semana 37 de embarazo. Dolor de parto que es difícil de detener o sangrado de los genitales de la mujer o de las membranas a través de las cuales se mueve el feto (Sabatelli, 2019).

El sulfato de magnesio y otros tocolíticos intravenosos detienen las contracciones en el 80 % de las mujeres, pero pueden causar efectos secundarios en la mujer, como un aumento de la frecuencia cardíaca en el útero, o ambos. Una vez que finaliza el primer parto, se le puede administrar a la mujer un corticoesteroide como la betametasona para ayudar a que los pulmones del bebé crezcan y para reducir el riesgo de problemas respiratorios (síndrome respiratorio neonatal) después del parto.

- **Embarazo postérmino y posmadurez**

Un embarazo tardío es un embarazo que dura 42 semanas. Después de la pubertad, existe un síndrome en el que la placenta comienza a funcionar normalmente más tarde en el embarazo, lo que representa un riesgo para el feto (Delgado & Aguirre, 2018).

Un signo del desarrollo tardío del líquido amniótico es un color amarillo verdoso, que es causado por las heces del feto (meconio); Esto demuestra que el problema con el feto se debe a la falta de placenta. Siempre que el examen no muestre signos de retraso, se puede permitir que continúe el próximo embarazo. Sin embargo, si la prueba es buena, el trabajo está hecho. Si el cuello uterino no es lo suficientemente blando para que pase el feto, se realiza una cesárea.

- **Parto demasiado lento**

Cada hora, el útero debe expandirse aproximadamente un metro y la cabeza del feto debe caer en la misma cantidad. De lo contrario, el feto puede ser demasiado grande para pasar por el canal de parto y es posible que se requiera una cesárea. Si el canal de parto es lo suficientemente grande para el bebé pero el dolor no se desarrolla como se desea, se

administra oxitocina por vía intravenosa para aumentar las contracciones uterinas. Si la oxitocina no funciona, se realiza una cesárea (Mayorga, 2021).

- **Problemas respiratorios**

Es raro que un bebé recién nacido no respire aunque no se hayan detectado problemas antes del nacimiento. Por ello, para que la persona se acostumbre a respirar oa vivir al aire libre, el personal sanitario que interviene en el parto debe tener experiencia en la reanimación de recién nacidos.

- **Posición anormal del feto**

La situación inusual es que el "feto" sale por el canal del parto, es decir, por la parte posterior de la cabeza (cara, frente), pantalón, hombros, etc. (Vásquez, 2022).

- **Embarazo múltiple**

Los gemelos nacen en 1 de cada 70 a 80 nacimientos. El ultrasonido es la mejor manera de detectarlos, pero también se puede hacer un monitoreo fetal electrónico que muestra dos latidos del corazón. Géminis aumenta el tamaño del útero, y el agrandamiento del útero generalmente significa que los primeros senos aparecen antes del final del embarazo. Como resultado, los gemelos a menudo nacen prematuros y pequeños. La transmisión puede ser difícil ya que pueden tener diferentes posiciones y poses. La adherencia del útero después del nacimiento del primer mellizo generalmente arranca la placenta del segundo. Como resultado, los segundos gemelos generalmente tienen más complicaciones al nacer y tienen un mayor riesgo de lesiones o muerte (Chonillo, 2020).

- **Prolapso del cordón umbilical**

El prolapso del cordón umbilical es una complicación rara que ocurre en aproximadamente 1 de cada 1000 nacimientos en los que el cordón umbilical se separa del bebé durante el canal de parto (Sánchez, 2018).

- **Hemorragia uterina**

El sangrado del útero es lo más preocupante durante el parto, la pérdida de sangre puede ocurrir si el útero no cae, o si parte de la placenta permanece en el útero después del nacimiento, impidiendo que se cierre correctamente. Un desgarro en la vagina o el cuello uterino también puede causar sangrado abundante (Navarro, 2018).

- **Inducción del parto**

La intrusión ocurre como resultado de iniciar un negocio ilegal; si no empezó solo. El trabajo de parto suele inducirse con oxitocina intravenosa (Calumani, 2022).

La estimulación uterina con oxitocina está indicada cuando una paciente con cáncer de mama no puede pasar el útero a través del canal de parto. Sin embargo, si la mujer está en las primeras etapas del embarazo (la placenta aún no se ha adherido y las contracciones son débiles), el descanso, el movimiento y el apoyo emocional son los mejores remedios para inducir el parto.

- **Cesárea**

Operaciones de actividad por Alcishisee. Este proceso se utiliza si un médico piensa en una madre, un bebé o ambos. El tratamiento quirúrgico de los partos por cesárea incluye algunos de los avances más importantes de la medicina moderna; sin embargo, hay un gran aumento de piezas innecesarias que en realidad son inofensivas y conllevan el riesgo de cirugía y anestesia (Hurtado, 2018).

A pesar de los beneficios de una cesárea tanto para la madre como para el bebé, este procedimiento quirúrgico no está exento de riesgos; Diversos estudios han reportado que la cesárea electiva se asocia con complicaciones neonatales como: prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar persistente y golpe de calor. La incidencia del síndrome de dificultad respiratoria ha sido reportada del 0,2 al 1,7% en lactantes con cesárea electiva, y algunos autores sugieren que los factores de riesgo para la

presencia del síndrome de dificultad respiratoria y taquipnea breve del recién nacido son la edad del embarazo y el tipo de parto.

Para García (2018) El parto por cesárea redujo la incidencia de asfixia perinatal, traumatismo del nacimiento y síndrome de aspiración de meconio, pero se planteó la hipótesis de que el aumento de la dificultad respiratoria se asociaba con taquipnea, debilidad e hipertensión pulmonar neonatales a corto plazo.

De acuerdo con Balta (2019) Aunque estos estudios y estudios en la literatura internacional muestran la importancia de diversas causas de muerte durante el embarazo (enfermedad y embarazo preexistente, malas prácticas o ausencia de embarazo, educación inadecuada para el parto, desnutrición, jóvenes a 16 años). años. , corto tiempo entre concepciones, entre otros), por otro lado, no confirma que la intervención socio-sanitaria y la falta de calidad de la atención jueguen un papel importante en la reducción de algunos daños al embarazo, como el aborto espontáneo y el aborto muy espontáneo, antes de que jueguen un papel importante. papel importante. peso al nacer, debido a la baja sensibilidad de la mayoría de los factores de riesgo seleccionados evaluados individualmente o en combinación

c. Factores maternos

Según Meléndez (2018), Incapacidad para concebir recién nacidos de madres mayores de 35 años en el historial de parto materno; Otras causas de muerte fetal incluyen nacer prematuramente, ruptura prematura de las membranas en el embarazo actual, contraer hepatitis a lo largo de la vida y el sobrepeso es un factor en la muerte fetal. La falta de educación en la comunidad, las tareas domésticas y el desempleo fueron identificados como factores de riesgo para la muerte infantil.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Para esta investigación se utiliza la investigación bibliográfica, según Sampieri (2016) este tipo de análisis es un método sistemático de recolección, selección, clasificación, análisis de información y materiales impresos, imágenes y datos físicos. literatura científica o estudios empíricos que sirven como fuente de teoría, concepto y/o método para otros estudios científicos. Es un tipo de investigación que investiga, interpreta y presenta hechos e información sobre un tema específico de investigación científica utilizando métodos analíticos y con el fin de obtener resultados apropiados. Puede proporcionar una base conceptual para desarrollar el análisis.

Se eligió el diseño de este estudio porque varias fuentes digitales, como revistas académicas, tesis doctorales, artículos en línea y otros recursos en línea, recopilaron y obtuvieron datos confiables y válidos, citados de trabajos anteriores sobre el tema en cuestión. base para el apoyo a la investigación.

Entre los métodos utilizados se encuentra el método de análisis de diseño. Se ocupa del análisis de objetos y eventos. El significado de la palabra investigación es investigar, examinar algo en detalle. Por lo tanto, el método analítico parte de todo el evento y lo considera como parte de él (rotura o falla total), su función y relación interna. Piezas simples separadas entre sí, consideradas en el análisis, previamente calculadas mediante integración (comprensión de todos los datos, hechos o factores que inciden en los eventos), explicando cómo se relacionan entre sí y cómo entienden el evento. una pregunta (Sampieri, 2016)

Utiliza el método analítico-sintético porque implica un proceso de analizar, analizar o examinar algo en detalle. Por tanto, el método analítico parte del acontecimiento total, lo acepta como parte (separación o separación del todo), se llena de una parte, incluyendo

tareas y relaciones internas. Las partes aisladas en el análisis, después de la comparación, ahora se juntan (entendiendo todos los datos, hechos o factores que interfieren en un fenómeno), cómo se relacionan entre sí y cómo se afectan entre sí. comprender el fenómeno. en preguntas generales, hasta el final de todo (Sampieri, 2016)

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

Según la literatura, la investigación sobre el síndrome de la membrana hialina es predominantemente realizada por médicos y profesionales de la medicina o enfermería que se ocupan de este tipo de enfermedades.

De acuerdo al estudio de Sánchez (2020) En México existe un ejemplo denominado “Síndrome de Dificultad Respiratoria Infantil”. El paciente presentaba esta enfermedad como se conoce en otros países, pero en muchos países de América Latina se le llama síndrome de enfermedad hialina. Tiene las mismas características clínicas que los hallazgos clínicos de los niños con esta enfermedad, que son del sexo masculino, tienen problemas respiratorios que requieren hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, tienen bajo peso a pesar de las 38 semanas de embarazo y son un caso selectivo. Se determinó que la madre no recibió atención prenatal adecuada y estaba desnutrida (J. Sánchez, 2020).

Cotallo (2021) En España o en la enfermedad "Término del recién nacido con dificultades respiratorias: problema médico y de tratamiento", principalmente en el caso de la madre, falta de anemia y controles avanzados (Cotallo et al., 2021).

En un estudio realizado por Pérez (2017), se realizó un estudio descriptivo de cuatro años de la “Enfermedad de la Membrana Hialina en el Hospital Ginecológico Mariana Grajales” en una muestra de 49 lactantes en Cuba. Como resultado de este estudio se determinó que el 62,2% de estos bebés nacieron con menos de 1500 gramos, su edad estuvo por debajo de las 30 semanas y la mayoría eran varones, lo que se mostró como un factor efectivo. en la ruptura prematura de membranas. y preeclampsia los más afectados. El 89,9% de los pacientes fueron tratados con surfactante y ventilación invasiva, y la mayoría presentó complicaciones como conducto arterioso, sepsis y sangrado

intraventricular. Según este estudio, los síntomas de la enfermedad hialina están asociados con el parto, el bajo peso al nacer y son más comunes en los niños (Pérez & Delgado, 2017).

Castillo (2019) En el estudio “Factores de riesgo perinatal asociados a enfermedad de membrana hialina en neonatología prematura del servicio de neonatología del hospital Yarinacocha Amazonas en 2018” en Colombia, analizamos casos y controles en una muestra de 120 historias clínicas de lactantes. . El síndrome de membrana hialina se observó en el 40% de los bebés en su estudio. Este estudio contrasta con otros estudios previos en los que la falta de medicación preventiva tuvo un impacto significativo (Castillo, 2019).

De la misma forma en una investigación de Sánchez (2019) Bajo el título "Factores asociados a la muerte de prematuros con enfermedad de membrana hialina". Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital Cayetano Heredia, Piura - 2018”, en Perú, con estudios analíticos, en 2057 recién nacidos en el 2018. En su estudio, el 47,3% de los bebés presentaron síndrome de membrana hialina y fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Los factores asociados son edad materna mayor o igual a 35 años, gestación menor de 28 semanas por KAPOOR, muy bajo peso al nacer, APGAR al nacer menor de 7 años. Muchos bebés requieren intubación endotraqueal y RCP. En este estudio se identificaron nuevos factores de riesgo como la edad materna, la edad gestacional y el APGAR a los 7 años del nacimiento (K. Sánchez, 2019)

En otra investigación de Aguiar (2019) Interesante estudio descriptivo retrospectivo con 127 prematuros hospitalizados, titulado “Factores predictores de enfermedad de membrana hialina en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santísima Trinidad, 2017-2018” de Paraguay. Unidad de Cuidados Neonatales del Hospital Santísima Trinidad, Asunción. El autor cree que en este hospital se registran

55 casos de esta enfermedad, los factores importantes son la edad de nacimiento de 18 a 35 años, la falta de supervisión de los niños. Comorbilidades como ruptura de la bursa e hipertensión gestacional. Tienen el tamaño más bajo y el peso al nacer más bajo para la edad gestacional entre los factores neonatales.

En otra investigación de Mayta (2020) En el estudio titulado “Atención de enfermería al recién nacido con enfermedad de membrana hialina en el servicio de atención neonatal del hospital materno-infantil docente El Carmen Huancayo – 2020” del Perú, mediante análisis, descripción, revisión de estudios; Nacieron 830 personas, 58 de las cuales estaban en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital, 20 de las cuales nacieron con enfermedad de membrana hialina (34,5% de los pacientes). En este hospital, el autor afirma que reconocer la energía en acción permite considerar los muchos problemas que enfrentan los bebés con síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de la membrana hialina); proporciona riesgos maternos (edad gestacional menor de 32 s. Sangrado materno, asfixia perinatal, hijo de madre diabética, hombre o mujer, preeclampsia, ruptura prematura de membranas (Mayta, 2020).

De la misma forma en una investigación de Huaccha (2022) Se realiza anualmente en Chile con una población de estudio de todos los recién nacidos hasta los 32 años, con el tema “Niño nacido por cesárea y su asociación con la enfermedad de membrana hialina, 2012-2020” en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Cajamarca . Semanas de parto y cesárea de mujeres con y sin enfermedad hialina que postularon al programa de neonatología en el periodo 2012-2020. Se encontró una correlación significativa entre el parto por cesárea y la enfermedad hialina en niños de baja edad gestacional. Más de 32 semanas de servicio de neonatología. En conclusión, los autores concluyeron que el parto por cesárea es un factor de riesgo para el desarrollo de la

enfermedad de la membrana hialina en lactantes de 26 a 32 semanas de edad (Huaccha, 2022)

En la investigación de Mosquera (2018) Esta es la Dra. Factores de riesgo y complicaciones de la enfermedad de la membrana hialina y métodos de seguimiento de los recién nacidos en el período previo a la llegada. examen de muchos factores a través de registros médicos, como edad gestacional, peso al nacer, género, modo de parto, manejo del embarazo, enfermedades gestacionales y enfermedades durante el embarazo, así como en el caso de 27 bebés recién nacidos, el autor dice que el problema real es dado... y los niños se deben a la combinación de andrógenos. , el 54% de los niños nacidos con bajo peso al nacer (1500 a 2000 gramos) y el 64% de los niños nacidos antes de las 37 semanas nacieron con distocia, bajo peso al nacer y distocia (Mosquera, 2018).

De acuerdo al estudio de Sánchez y Reyes (2020) Estudio de investigación titulado "Factores de Riesgo para el Síndrome de Dificultad Respiratoria en Infantes" realizado en el Hospital General. Entre enero de 2016 y diciembre de 2019 hubo 349 pacientes con síndrome respiratorio neonatal, de los cuales el 8% fueron diagnosticados con síndrome hialino. promedio de 37,75 SG para la edad gestacional. Además, el 75% de los niños que nacen con bajo peso al nacer tienen sobrepeso. En cuanto al sexo, de los 28 pacientes con enfermedad hialina, el 79% eran hombres y el 21% mujeres, con una proporción de hombres de 3:1. El hallazgo clínico más frecuente fue la taquipnea con un 92,9%, seguido de la retracción intercostal con un 64,3%, y en la radiografía de tórax se observaron cambios incluyendo líquido desdoblado en un 29% (D. Sánchez & Reyes, 2020).

Después de haber analizado los diferentes estudios relacionados con la membrana hialina y su aparición en neonatos. Se constató en estudios realizados en Latinoamérica, donde este síndrome toma el nombre de enfermedad de membrana hialina y es común por la falta de controles prenatales, sin embargo, a nivel mundial, este síndrome toma el

nombre de síndrome de distrés respiratorio, incluyendo a la membrana hialina como un factor o característica, más no como una patología, por ello, se incluyeron en su mayoría estudios relacionados con Latinoamérica, que es donde está situada esta investigación.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo general de la investigación, se analizaron de forma bibliográfica los factores de riesgos que influyen en el síndrome de membrana hialina en los pacientes neonatos, encontrando los siguientes resultados en base a los objetivos específicos:

- Los factores de riesgos asociados al síndrome de la membrana hialina mediante documentación bibliográfica, los estudios explican que estos factores están asociados a los causados de forma directa e indirectamente por la madre, como por ejemplo la falta de visita a los controles obstétricos, la incorrecta alimentación, la falta de educación y la falta de centros hospitalarios cercanos a la zona de residencia.
- Las características biológicas psicosociales y obstétricas asociados al síndrome de membrana hialina de la madre están relacionadas con la adecuada gestión y control materno. Las características biológicas o patológicas estén centrados en las enfermedades que adopta el neonato propenso al síndrome de la membrana hialina, por ejemplo, el bajo peso al nacer y pertenecer al sexo masculino.
- Los riesgos obstétricos asociados a la falta de controles maternos relacionados a la aparición del síndrome de membrana hialina la revisión indica 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.
- Como futuras profesionales de enfermería, durante toda la estancia y prácticas preprofesionales en los centros hospitalarios, se pudo constatar que en Ecuador,

el primer factor de riesgo asociado a la aparición del síndrome de membrana hialina, se debe a la influencia materna, en cuanto a la falta de controles prenatales, en un 60% de los casos presentados, las madres gestantes no cumplieron con el 75% de los controles propuestos por los profesionales médicos, también se evidenció que no poseen una correcta alimentación y en su mayoría se presenta en madres adolescentes, muchas de estas menores de 15 años, por lo que el riesgo se duplica. En el Ecuador, el síndrome de membrana hialina causa la mortalidad de aproximadamente el 15% de los neonatos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, A. M., Montoya, R. F., Multimed, D. P. D.-, & 2019, undefined. (n.d.). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Scielo.Sld.Cu*. Retrieved September 4, 2022, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155
- Balta, G., & Ernesto Asesor Zanabria Armas, J. (2019a). *Factores de riesgo perinatales en Enfermedad de Membrana Hialina en el Hospital " La Caleta"*, 2018. <http://200.48.38.121/handle/USANPEDRO/9156>
- Balta, G., & Ernesto Asesor Zanabria Armas, J. (2019b). *Factores de riesgo perinatales en Enfermedad de Membrana Hialina en el Hospital " La Caleta"*, 2018. <http://200.48.38.121/handle/USANPEDRO/9156>
- Belén, Á., & Moran, V. (2022). *Proceso atención de enfermería en neonato con enfermedad de membrana hialina*. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/11504>
- Briones, J. D. (2020). *Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad de membrana hialina. En el Hospital Almanzor Aguinaga. Periodo 2018-2020*. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/8535>
- Calla, L. P. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a prematuro con síndrome de distrés respiratorio, enfermedad membrana hialina, fisura labio palatino y paladar hendido*. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1861>
- Calumani, L. C. (2022). *Factores de riesgo asociados a enfermedad de membrana hialina en recién nacidos pretérmino del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010–2020*. <http://www.repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4557>
- Campana, A., ... I. A.-R. E., & 2021, undefined. (n.d.). Comportamiento de la enfermedad de la membrana hialina. Hospital Lenin. Julio 2015–junio 2016. *Dialnet.Unirioja.Es*. Retrieved September 4, 2022, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8156784>
- Castillo, K. (2019). Factores de riesgo perinatales asociados a la enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros del servicio de neonatología del hospital amazónico de Yarinacocha en el año 2018. *Universidad Nacional de Ucayali*. <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/4502>
- Chonillo, G. C. (2020). *Efectos del CPAPN en la enfermedad de membrana hialina del recién nacido*. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49988>
- Cotallo, C., Sastre, L., & Colomer, F. (2021). *Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico*. www.aeped.es/protocolos/
- De, F., & Humana, M. (2018). *Parto por cesárea relacionado a enfermedad de membrana hialina en neonatos pretermino. Hospital Belén de Trujillo 2013-2016*. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3866>

- Delgado, F. O., & Aguirre, A. N. (2018). *Establecer factores de riesgo en recién nacidos pretérminos entre 28-33 semanas con membrana hialina*. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31155>
- Esteban, M. G. (2019). *Proceso de atención de enfermería a recién nacido pre término con síndrome de distrés respiratorio, enfermedad de membrana hialina en el Servicio de Cuidados*. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/2931>
- García, R., & Arnold, J. (2018). *Factores asociados a mortalidad en recién nacidos prematuros con enfermedad de membrana hialina en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2015–mayo*. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPU_69b5ee9a6bccd343ab747a2495c9485d
- Guzman, E., De, B., & Chimbote'', N. (2019). *Factores de riesgo neonatal asociados a mortalidad neonatal en preterminos tardios del Hospital Regional Eleazar Guzman Barron de Nuevo Chimbote*. <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/5767>
- Huaccha, C. (2022). *Neonatos nacidos por cesárea y su asociación con la enfermedad de membrana hialina en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente De Cajamarca, 2012 al 2020*. *Universidad Nacional de Cajamarca*. <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4868>
- Hurtado, V. Q. (2018). *Factores de riesgo asociados a enfermedad de membrana Hialina, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, 2013-2017*. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4868>
- INEC. (2021). *Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf
- López, M. A., ... M. S. D.-R. I., & 2019, undefined. (n.d.). *Morbilidad y mortalidad por enfermedad de la membrana hialina en el Hospital General Docente" Dr. Agostinho Neto", Guantánamo 2016-2018*. *Scielo.Sld.Cu*. Retrieved September 4, 2022, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000400469
- Mayorga, S. L. (2021). *Paciente neonato a término con enfermedad de membrana hialina*. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10248>
- Mayta, E. (2020). *Cuidados de enfermería en recién nacidos con enfermedad de membrana hialina del servicio de cuidados intensivos neonatales en el hospital regional docente materno infantil El Carmen Huancayo- 2020*. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5846>
- Meléndez, K. M. (2018a). *Factores de riesgo y complicaciones en la enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros ya término Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante año 2016*. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36111>

- Meléndez, K. M. (2018b). *Factores de riesgo y complicaciones en la enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros ya término Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante año 2016*. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36111>
- Mosquera, K. (2018). *Factores de riesgo y complicaciones en la enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros y a término Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante año 2016*. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36111/1/CD63-%20MOSQUERA%20MELENDEZ%2c%20KARLA%20JACKELINE.pdf>
- Navarro, M. B., Cobas, M. C., Medisan, Y. C. D., & 2018, undefined. (n.d.). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *Scielo.Sld.Cu*. Retrieved September 4, 2022, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192018000700578&script=sci_arttext&tlng=pt
- OMS. (2020). *Membrana hialina - RELACSYS*. <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/863-foro-becker-membrana-hialina>
- Pérez, Y., & Delgado, Y. (2017). Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001456.PUB2/PDF>
- Rodríguez, J., Camacho, P., RUNA, W. A.-H., & 2018, undefined. (2017). PARTO POR CESÁREA RELACIONADO A ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA EN NEONATOS PRETÉRMINO. *200.62.226.189*, 17(1), 31–41. <http://200.62.226.189/HAMPIRUNA/article/view/956>
- Sabatelli, D., Milet, B., ... P. M.-R. chilena, & 2019, undefined. (n.d.). Restricción de crecimiento aumenta el riesgo de displasia broncopulmonar, muerte y sepsis en gemelos de 30 o menos semanas de gestación. *SciELO Chile*. Retrieved September 4, 2022, from https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062019005000203&script=sci_arttext
- Sánchez, D., & Reyes, C. (2020). *Factores de riesgo del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, trabajo de investigación realizado en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor en el período 2016 - 2019*. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52686>
- Sánchez, J. (2020). Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 87(3), 115–118. <https://doi.org/10.35366/94843>
- Sánchez, K. (2019). Factores asociados a la mortalidad en los prematuros con enfermedad de membrana hialina. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital Cayetano Heredia, Piura - 2018. *Universidad Nacional de Piura / UNP*. <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1645>
- Sánchez, N., Arellano, G., RECIAMUC, V. A.-, & 2021, undefined. (n.d.). Estilos de crianza en el desarrollo de la identidad y autonomía en niños de 4 a 5 años. *Reciamuc.Com*. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(3\).agosto.2021.208-221](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(3).agosto.2021.208-221)

Santos, E. M. (2020). *Cuidados de enfermería en recién nacidos con enfermedad de membrana hialina del servicio de cuidados intensivos neonatales en el hospital regional docente*. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5846>

Vásquez, C. H. (2022). *Neonatos nacidos por cesárea y su asociación con la enfermedad de membrana hialina en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente De Cajamarca*. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4868>