



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**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: ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES
NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2017-
2018**

Autores:

Yeslyn Yarellys Mejía Pérez

Shirley Jesennia Gorozabel González

Acompañante:

Juan Tarquino Calderón Cisneros

Milagro, Mayo 2019

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

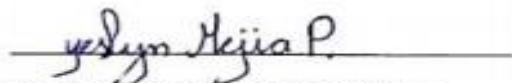
Presente.

Yo, Yeslyn Yarellys Mejía Pérez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complejivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedemos a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención del Título de Grado, como aporte a la Temática “ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2017-2018” de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedemos 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. Conservaremos a nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

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

La autora 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, a los 30 días del mes de Mayo de 2019


Yeslyn Yarellys Mejía Pérez
CI: 0941530115

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

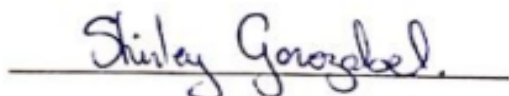
Presente.

Yo, Shirley Jesennia Gorozabel González, en calidad de autora 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 procedemos a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención del Título de Grado, como aporte a la Temática “ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2017-2018” de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedemos 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. Conservaremos a nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

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

La autora 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, a los 30 días del mes de Mayo de 2019



Shirley Jesennia Gorozabel González

CI: 1205336843

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, Juan Tarquino Calderón Cisneros, 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 las estudiantes Yeslyn Yarellys Mejía Pérez y Shirley Jesennia Gorozabel González, cuyo tema de trabajo de Titulación es “ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2017-2018”, que aporta a la Línea de Investigación SALUD PUBLICA previo a la obtención del Grado LICENCIATURA EN ENFERMERIA; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 30 días del mes de Mayo de 2019.



Juan Tarquino Calderón Cisneros
C.I.: 0914058284

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

ING. JUAN TARQUINO CALDERÓN CISNEROS

QF. FREDDY ANDRÉS ESPINOZA CARRASCO

MSC. CARMEN AZUCENA YANCHA MORETA

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta practica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA, presentado por el /la señor (a/ita) Yeslyn Yarellys Mejía Pérez

Con el tema de trabajo de Titulación: “ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2017-2018”


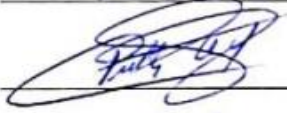
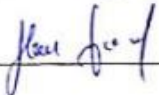
Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[80]
Defensa oral	[20]
Total	[100]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) APROBADO

Fecha: 30 de Mayo del 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	ING. JUAN TARQUINO CALDERÓN CISNEROS	
Secretario /a	QF. FREDDY ANDRÉS ESPINOZA CARRASCO	
Integrante	MSC. CARMEN YANCHA MORETA	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

ING. JUAN TARQUINO CALDERÓN CISNEROS

QF. FREDDY ANDRÉS ESPINOZA CARRASCO

MSC. CARMEN AZUCENA YANCHA MORETA

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta practica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA, presentado por el /la señor (a/ita) Shirley Jesennia Gorozabel González.

Con el tema de trabajo de Titulación: “ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2017-2018”


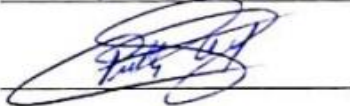
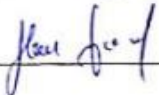
Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[80]
Defensa oral	[20]
Total	[100]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) APROBADO

Fecha: 30 de Mayo del 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	ING. JUAN TARQUINO CALDERÓN CISNEROS	
Secretario /a	QF. FREDDY ANDRÉS ESPINOZA CARRASCO	
Integrante	MSC. CARMEN YANCHA MORETA	

DEDICATORIA

La presente investigación deseo dedicársela en primer lugar a Dios, quien con su infinita gracia y amor me ha permitido alcanzar este logro tan importante para mí, me ha fortalecido en los momentos en que mis ánimos desfallecieron y me ha permitido llegar hasta este punto; en segundo lugar quiero dedicarles este trabajo a mis padres, a mi madre por su inmenso amor y su constante motivación hacia mí, a mi padre por su imparable esfuerzo laboral para que siempre pudiera acudir a la universidad y que nunca faltare nada, a los dos por su aprecio y cariño que tienen conmigo, les dedico esta meta alcanzada y en tercer lugar a mis familiares y amigos que de algún modo u otro por más pequeño que haya sido supieron ser un medio para que esto se convierta en realidad.

Yeslyn Yarellys Mejía Pérez

DEDICATORIA

Dedico este proyecto en especial y sobre todo a Dios, por guiarme y ayudarme a superar los obstáculos que se me presentaron a lo largo de esta etapa.

A mis padres, que gracias a su oportuna formación, desde pequeña me enseñó el valor de la preparación académica.

Y a mi familia que formó un pilar indispensable en mi vida, en especial a mi esposo, que con su paciencia y lucha insaciable, ha hecho que pueda conseguir lo que hasta ahora he alcanzado, a mis hijos ya que sin su paciencia incondicional no hubiese sido posible seguir adelante con este reto que me propuse para poder desarrollarme profesionalmente.

Shirley Jesennia Gorozabel González

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS, por guiar mi camino y ayudarme a superar todos los obstáculos que se me han presentado en todo este tiempo, hasta lograr alcanzar este reto profesional.

A mis padres, familiares y amigos por el apoyo incondicional que siempre me brindaron.

A mis maestros, por su orientación y asesoramiento académico que me han ayudado muchísimo en el desarrollo de este proyecto.

A la Universidad por ser el lugar, donde la preparación y formación de nuevos y mejores profesionales en las distintas carreras, son el objetivo principal.

Yeslyn Yarellys Mejía Pérez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS, por guiarme y ayudarme a superar los obstáculos que se me presentaron a lo largo de esta etapa.

A mi esposo e hijos por ser el apoyo incondicional que siempre me brindaron la paciencia en mis días de ausencia para poder r a estudiar.

A mis padres, por ser la base principal en mi vida y por brindarme todo el apoyo moral en todo momento.

A mis maestros, por su orientación y asesoramiento académico que me han ayudado muchísimo en el desarrollo de este proyecto.

A la Universidad por ser el lugar, donde la preparación y formación de nuevos y mejores profesionales en las distintas carreras, son el objetivo principal.

Shirley Jesennia Gorozabel González

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR.....	ii
DERECHOS DE AUTOR.....	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	v
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	vi
DEDICATORIA	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
AGRADECIMIENTO.....	x
ÍNDICE GENERAL.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	2
1. Planteamiento del problema	2
1.2. Objetivos	5
1.2.1. Objetivo general	5
1.2.2. Objetivos específicos.....	5
1.3. Justificación.....	5
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	7
2. Antecedentes de la investigación	7
2.1. Perfil epidemiológico	7
2.2. Perfil epistemológico.....	8
2.3. Fundamentos teóricos.....	11
CAPÍTULO III.....	18
METODOLOGÍA	18
3. Metodología de la investigación	18
3.1. Tipos de investigación.....	18
3.2. Enfoque de investigación	19
3.3. Muestra.....	19

3.4. Viabilidad de la investigación	20
CAPÍTULO IV	21
DESARROLLO TEMÁTICO.....	21
4. Desarrollo del Tema	21
4.1. Análisis e interpretación de información.....	23
4.2. Desarrollo de resultados	29
CAPÍTULO V	36
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXO.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2017.....	24
Tabla N° 2: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2018.....	25
Tabla N° 3: Criterios Clínicos Respiratorios en Recién Nacidos.....	26
Tabla N° 4: Grupo de peso de neonatos al nacer	27
Tabla N° 5: Relación entre factores y tipo de parto prematuro.....	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2017.....	24
Gráfico N° 2: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2018.....	25
Gráfico N° 3: Criterios Clínicos Respiratorios en Recién Nacidos.....	26
Gráfico N° 4: Grupo de peso de neonatos al nacer	27
Gráfico N° 5: Relación entre factores y tipo de parto prematuro.....	28

ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NIÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2017-2018

RESUMEN

El gran impacto que posee esta patología como lo es el Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal y las complicaciones que esta conlleva, ubicándose en primer lugar dentro de las causas de morbilidad y mortalidad además haciendo énfasis en que si se presentan estas complicaciones la mortalidad en el neonato puede ser prevenible de tal manera que todo el equipo de salud en el especial el equipo de personal de enfermería deberá de estar correctamente capacitado y especializado para brindar cuidados específicos a este tipo de pacientes y de esta manera mejorar notablemente su salud y desarrollo, debido a que estas complicaciones causarían lesiones para el desarrollo de sus habilidades y destrezas así como el estado emocional de los procreadores de estos seres. Actualmente, debido al desarrollo de las medidas diagnósticas y de la medicina perinatal pueden diagnosticarse muchas complicaciones fetales. Esto hace que en algunos casos sea posible el tratamiento intrauterino con mejoría probada en el pronóstico neonatal, y en otras ocasiones con mejoría en la información a los padres para que puedan tomar las decisiones y actitudes que consideren oportunas. El tratamiento y Proceso de Atención de Enfermería deberá de ser individualizado debido a que estas complicaciones se desarrollan por inmadurez pulmonar, neuronal entre otras que presenta el neonato, el personal de salud deberá contar con información sobre la implementación de las intervenciones probadamente eficaces para evitar la muerte neonatal y comprender mejor la capacidad actual de los sistemas sanitarios de nuestro país para brindar tratamiento oportuno y evitar desgracias, es por esto que este proceso es una herramienta valiosa la cual ayuda los recién nacidos a alcanzar su potencial máximo de salud.

PALABRAS CLAVE: Dificultad respiratoria, Neonatos, Atención de Enfermería

STATISTICS AND PROBABILITIES OF NEONATAL DEATHS CAUSED BY THE SYNDROME OF RESPIRATORY DIFFICULTY IN CHILDREN BORN IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OF GUAYAQUIL DURING THE PERIOD 2017-2018

ABSTRACT

The great impact that this pathology has, such as the Neonatal Respiratory Distress Syndrome and the complications that this entails, being placed first in the causes of morbidity and mortality, also emphasizing that if these complications occur, mortality in the newborn It can be preventable in such a way that all the health team in the special nursing staff team should be properly trained and specialized to provide specific care to this type of patients and in this way significantly improve their health and development, due to that these complications would cause injuries for the development of their abilities and skills as well as the emotional state of the procreators of these beings. Currently, due to the development of diagnostic measures and perinatal medicine many fetal complications can be diagnosed. This makes in some cases intrauterine treatment possible with proven improvement in the neonatal prognosis, and in other cases with improvement in the information to the parents so that they can make the decisions and attitudes that they consider appropriate. The treatment and process of nursing care should be individualized because these complications are developed by pulmonary immaturity, neuronal among others that presents the newborn, health personnel should have information on the implementation of proven effective interventions to avoid neonatal death and better understand the current capacity of health systems in our country to provide timely treatment and avoid misfortune, this is why this process is a valuable tool which helps newborns reach their potential maximum health..

KEY WORDS: Breathing difficulty, Neonates, Nursing Care

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de dificultad Respiratoria, es una enfermedad que se produce en los neonatos al momento de nacer por una alteración pulmonar debido a la falta o escasa producción del surfactante pulmonar. En la actualidad este Síndrome es uno de los más frecuentes padecimientos que causa consecuentemente morbi-mortalidad en la etapa perinatal del alumbramiento.

Dentro de nuestro estudio se pudo identificar los factores de riesgo que causan este tipo de padecimientos siendo estos los partos prematuros, enfermedades de las madres como la diabetes, parto gemelares, ect., produciendo rangos altos de condiciones de salud graves y críticas dentro de los cuadros clínicos, afectando más a los neonatos de sexo masculino.

El actual tema investigativo mantuvo un solo propósito, el de evaluar los factores de riesgo, considerando el más crítico los neonatos prematuros que nacen con un peso inferior de 1.500 gramos, debido a que la falta o escasa producción del surfactante pulmonar el cual es una sustancia compuesta de lípidos y proteínas que comprimen significativamente la tracción y tensión superficial dentro de los alvéolos pulmonares impidiendo que estos colapsen durante la espiración.

Este estudio investigativo evidencia un nivel muy alto de casos de parto prematuro, considerándose este el factor de riesgo más importante dentro de la patología de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el nacimiento de neonatos, pero el cual se asocia con los factores que inciden en la salud y control de las madres como puede ser la diabetes, por lo que explica la alta incidencia de nacimiento con este tipo de padecimiento.

Por lo tanto esta investigación es de gran importancia debido a que no solamente tiene un propósito académico sino tiene una relevancia desde el punto epidemiológico ya que se tomaran actitudes anticipadas y será de gran beneficio tanto para personal médico como para el personal de enfermería, debido a que se realiza un estudio de los factores que producen este tipo de diagnóstico que serán de gran beneficio ya que se tomaran medidas preventivas y así se pueda minimizar esta problemática.

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema

El Síndrome de Dificultad Respiratoria, también conocido como Síndrome de Distrés Respiratorio, es una alteración pulmonar producida en neonatos prematuros, debido a que los alvéolos (sacos de aire) de sus pulmones no están abiertos ya sea por la falta o escasa producción del surfactante pulmonar el cual es una sustancia compuesta de lípidos y proteínas que comprimen significativamente la tracción y tensión superficial dentro de los alvéolos pulmonares impidiendo que estos colapsen durante la espiración, este tipo de patología afectan asiduamente a neonatos prematuros que nacen con un peso inferior a de 1.500 gramos.

Hoy en día este Síndrome es uno de los más frecuentes padecimientos que causa consecuentemente morbi-mortalidad en la etapa perinatal del alumbramiento, el cual en la actualidad ha cobrado la vida de muchos neonatos a nivel mundial. De acuerdo al reporte de la Organización Mundial de la Salud, indica dentro de las estadísticas establecidas que:

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intrapartos o durante el periodo postnatal inmediato. (OMS, 2018)

En Ecuador, a partir del año 2014 se ha considerado una alarmante estadística de mortalidad neonatal siendo su principal causa el Síndrome de Dificultad Respiratoria,

información la cual se encuentra registrada en Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, institución la cual indica que:

Un total de 9.084 casos de recién nacidos alumbrados en el último trimestre del año 2015 al menos el 45.91% nacieron con dificultad respiratoria, debido a un sin número de factores, considerando esta complicación como un problema muy frecuente en nuestro país y con una gran tasa de mortalidad, en el cual se registraron 3.042 defunciones por lo tanto su porcentaje de mortalidad es de 33.10% los cuales están ligado a Síndrome de Dificultad Respiratoria. (INEC, 2017)

Dentro del Hospital Universitario de Guayaquil, institución que a finales del año 2016 cuenta con el funcionamiento del área de Materno Infantil brindando atención en diversas especialidades tanto a parturientas como a neonatos, la cual dispone de la unidad de cuidados intensivos neonatales, se han identificado los factores de riesgos más incidentes que conllevan al Síndrome de Dificultad Respiratoria en neonatos. (Saltos, 2018)

Los factores de riesgos más comunes son: diabetes en la madre, problemas del parto que reducen la circulación al bebé, el padecimiento similar de un hermano(a), parto por cesárea o inducción del parto antes de que el bebé esté a término, embarazo múltiple (gemelos o más), trabajo de parto rápido, entre otros. (López de Heredia Goya, 2018) (pág. 5)

Los síntomas más comunes que presentan los neonatos afectados, son al momento de nacer sus pulmones se encuentran rígidos, colapsándose completamente, obstruyendo a que ingrese el oxígeno por lo cual los sacos de aire tienden a vaciar los pulmones de aire, impidiendo su respiración.

La Dra. Maritza Inga, líder del equipo de médicos del área materna infantil del Hospital Universitario de Guayaquil manifiesta que:

Los recién nacidos intentan respirar, pero dado que los pulmones se encuentran tan rígidos, se produce una dificultad respiratoria grave presentándose la emergencia de distrés respiratorio grave, evidenciándose un aumento de la dificultad respiratoria, incluyendo retracción del pecho debajo de la parrilla costal, aleteo de los orificios nasales durante la inspiración y gruñidos durante la espiración. (Inga, 2019)

De la misma manera la profesional indica que:

Una buena parte del pulmón no tiene aire, por ello es que los recién nacidos presentan bajos niveles de oxígeno en sangre, ocasionándoles una anómala coloración azulada de la piel llamada cianosis, puesto que, en un lapso de horas, la dificultad respiratoria (distrés respiratorio) tiende a agravarse, ya que se cansan los músculos utilizados para respirar, se agota la poca cantidad de surfactante que existe en los pulmones y aumenta el número de alvéolos colapsados. Finalmente, sin tratamiento, los recién nacidos sufren lesiones en el cerebro y otros órganos por la falta de oxígeno o mueren. (Inga, 2019)

Cabe recalcar que el diagnóstico del síndrome de dificultad respiratoria se gravita en las sintomatologías, en los bajos niveles de oxígeno que llegan a la sangre y en los resultados infrecuentes que se observan en las radiografías de tórax tomadas a los neonatos, trayendo consigo una serie de secuelas que en muchos de los casos son imposibles de impedir o curar.

Por ello el valor significativo que tiene este trabajo de investigación ya que la información brindada será de mucha ayuda al conocimiento para prevenir o minimizar este padecimiento.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Identificar los factores de riesgo del Síndrome de Dificultad Respiratoria, en neonatos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario de Guayaquil de los periodos 2017 y 2018.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de los casos ingresados con el diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario de Guayaquil de los periodos 2017 y 2018.
- Establecer el índice de mortalidad en neonatos que nacen con Síndrome de Dificultad Respiratoria ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario de Guayaquil de los periodos 2017 y 2018.
- Identificar cuál es el factor de riesgo más incidentes en todos los casos de neonatos que nacen con Síndrome de Dificultad Respiratoria del Hospital Universitario de Guayaquil de los periodos 2017 y 2018.

1.3. Justificación

En Ecuador, actualmente se evidencia un nivel muy alto de casos de parto prematuro, considerándose este el factor de riesgo más importante dentro de la patología de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el nacimiento de neonatos, pero el cual se asocia con los factores que inciden en la salud y control de las madres como puede ser la diabetes, por lo que explica la alta incidencia de nacimiento con este tipo de padecimiento.

Es por eso la importancia de este trabajo investigativo ya que es notorio el nivel de los factores de riesgo que con más frecuencia se presentaron durante el primer año de funcionamiento del área Materno Infantil del Hospital Universitario de Guayaquil, exteriorizando datos estadísticos de relevancia y que se relaciona con esta patología, puesto que la información brindada en esta investigación quede como base para futuros estudios, presentando estrategias de prevención y control para disminuir la morbimortalidad de los neonatos que nacen con el Síndrome de Dificultad Respiratoria, y amenorar las consecuencias neurológicas y respiratorias producidas por la ventilación mecánica que se aplica en la emergencia del padecimiento.

Por lo tanto, este trabajo investigativo es de gran relevancia para la comunidad, específicamente para las madres de familia, las cuales son las personas más importantes quienes deben tener conocimiento sobre las medidas, controles y cuidados correctos de prevención y evitar partos prematuros que traen consigo el Síndrome de Dificultad Respiratoria, de la misma forma deben tener una precisa información sobre los factores de riesgo que conllevan a que sus neonatos contraigan este tipo de patología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Perfil epidemiológico

El Síndrome de Dificultad Respiratoria es descrito en 1967 por (Ashbaugh, 2008), “*Como fracaso respiratorio agudo con hipoxemia refractaria, infiltrados pulmonares difusos y membranas hialinas pulmonares similares a las del síndrome respiratorio del recién nacido; es una enfermedad frecuente en los servicios de terapia intensiva pediátricas*” (pág. 74).

Según los estudios reportados por el Hospital Universitario San Vicente Fundación de la ciudad de Medellín, el perfil de morbilidad por diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria en la unidad de cuidados intensivos pediátricos es de 547 niñas y 844 niños con una mortalidad superior al 50%. (Hospital Universitario San Vicente Fundacion, 2017)

En el mes de junio del 2012, en la reunión llevada a cabo en la ciudad de Berlín, liderada por Society of Critical Car y American Thoracic Society, ambas sociedades de Estados Unidos, se indicaron conclusiones exactas en conjunto con European Society of Critical Care Medicine, asociación de Europa, de poder alcanzar un acuerdo sobre los factores importantes que afectan a los neonatos con diagnóstico del Síndrome de Dificultad Respiratoria, el propósito de este consenso es alcanzar un acuerdo y homogeneizar a criterio y así permitir un fácil reconocimiento del padecimiento. (Society of Critical Car, American Thoracic Society, & European Society of Critical Care Medicine, 2016)

Para los Doctores Moya y Rodríguez, médicos clínicos del Hospital Clínico de Universidad de Chile, manifiestan que:

La definición dada al conocimiento de la valoración del Síndrome de Dificultad Respiratoria demostró tener mayor valor predictivo para la mortalidad, ya que admite mucha más amplitud en el diagnóstico y tratamiento oportuno de una enfermedad tan invalidante, para lograr enfrentar con mejores opciones las alteraciones que son causadas por defectos agudos y progresivos de oxigenación. (Rodríguez & Moya, 2015)

Para el doctor Martínez, quien indica que:

La mortandad general de neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria, obtienen valores estadísticos entre 42% al 67% de mortalidad incrementándose este porcentaje. (Martínez González, 2013) (pág. 252)

En Ecuador este nivel se localiza entre el 32% y el 41%; completamente, la mortalidad se eleva especialmente porque se enlazan con la disfunción orgánica múltiple.

2.2. Perfil epistemológico

En los países de Latino América, se estima que el Síndrome de Dificultad Respiratoria ocurre entre 15.000 a 25.000 de recién nacidos cada año siendo una complicación aproximadamente del 5% de los embarazos. Sin embargo, aproximadamente el 51% de los neonatos nacidos entre las 26 y 28 semanas de gestación, desarrollan esta afección provocando un 30% muertes neonatales. (OMS, 2018)

Los estudios realizados a nivel mundial apuntan a que este tipo de Síndrome afecta de los 100% de neonatos nacidos antes de tiempo a un 98% de los cuales solo un 51% logran poder sobrevivir a este tipo de padecimiento, siendo los principales aspectos característicos del Síndrome de Dificultad Respiratoria:

Disminución de la distensibilidad pulmonar y de la capacidad residual funcional con alteración de la relación ventilación/perfusión. El resultado patológico es la aparición de un exudado rico en fibrina y proteínas en el espacio alveolar lo que forma membranas hialinas las cuáles constituyen una barrera para el intercambio gaseoso que provoca mayor disminución de la síntesis de surfactante y grave alteración en intercambio gaseoso.

Diversas hormonas regulan la síntesis de surfactante como factores de crecimiento entre ellos el epidérmico, el cortisol, la insulina, la prolactina y la tiroxina, el papel de los glucocorticoides es especialmente importante, ya que inducen la formación de lípidos y apoproteínas del surfactante feta.

(Mancilla Ramirez, 2018) (pág. 58)

En neonatos prematuros este cuadro patológico establece una de las principales causas de morbimortalidad, los datos a nivel mundial la ubican entre las tres primeras causas de muerte neonatal general, información proporcionada por la Organización de la Salud Mundial.

El riesgo de desarrollar Síndrome de Dificultad Respiratoria es estrecha e inversamente dependiente de la edad gestacional al nacer, así a las 30-31 semanas alrededor del 50% de los recién nacidos son afectados, porcentaje que aumenta alrededor de 67% en menores de 28 semanas. Su incidencia general se estima alrededor de 0.5% y entre 5-10% en los prematuros.

(OMS, 2018)

Con los datos estadísticos interpretados por la OMS, con respecto al Síndrome de Dificultad Respiratoria, se puede manifestar que es un problema de gran importancia ya que en nuestro país el 71% de los neonatos que ingresan al área de UCIN de las entidades

hospitalarias y que solo llegaron a la edad gestacional inferior de 37 semanas, logran sobrevivir debido a al estado crítico al cual ingresan, evidenciando que esta patología se encuentra estrechamente asociada a la prematuridad de los neonatos, es decir mientras menos edad gestacional tenga el neonato mayor serán las complicaciones y lo cual puede llegar al fallecimiento de este, lo cual justifica la gravedad del problema.

Al entrevistar a la doctora Fanny Pino Vera, médico residente del área de neonatología del Hospital Universitario de Guayaquil, pudo indicar que:

El Síndrome de Dificultad respiratoria, se ha presentado una manera progresiva, la declinación en este periodo, desde cifras iniciales del año 2017 es de un 80% llegando a una letalidad aproximada de 10% y alrededor de 30% de neonatos que sobreviven mantienen una inobservancia que en muchos de los casos llegan a un mejoría media o total, sin embargo, el 10% quedan con secuelas totalmente irreversible, mientras que un 5% mueren.
(Pino Vera, 2019)

Pese a todo lo indicado anteriormente, la Dra. Gisella Quezada Rueda, especialista en pediatría de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, del Hospital Universitario de Guayaquil, manifiesta que:

Pese a las estadísticas que reflejan un índice alto de mortalidad neonatal que contraen el Síndrome de Dificultad Respiratoria, dentro de la institución hospitalaria esta patología ha decaído en un 58% debido a que el área de UCIN del Hospital mantiene un personal totalmente muy bien capacitado, llevando a cabo con un trabajo en equipo entre médico y enfermeras aplicando técnicas terapéuticas específicas, enfocándose a la disminución de defunciones neonatales. (Quezada Rueda, 2019)

Cabe recalcar que los neonatos que nacen con este factor de riesgo se encuentran propensos presentar más complicaciones, como contagios, infecciones, etc., durante su estadía en el área de cuidados intensivos de cualquier institución.

2.3. Fundamentos teóricos

Hoy en día, se han definido diversas denominaciones al Síndrome de Dificultad Respiratoria, puesto que es conocida como la Enfermedad de Membrana Hialina, Síndrome de Dificultad Respiratoria Idiopático, etc., en fin, estas denominaciones son una misma patología, la cual ha generado varios estudios e investigaciones, conllevando a una sola conclusión este es un tipo de enfermedad pulmonar causado por diversos factores, y que en la actualidad ha generado un nivel alto de mortandad en neonatos que en su mayoría son niños nacidos prematuramente.

Síndrome de dificultad respiratoria

Esta patología se caracteriza por una afección debido a una alteración pulmonar en los alvéolos, el cual no permite que llegue el oxígeno a los pulmones, la Dra. Ilari McCartney, directora del equipo de atención de cardiología fetal, del hospital Stanford Health Care, indica que:

El síndrome de dificultad respiratoria o como anteriormente se conocía, enfermedad de membrana hialina, se caracteriza por presentar dificultad respiratoria progresiva, secundaria a la falta de surfactante pulmonar en ausencia de cualquier malformación congénita, y puede ponerse en su curso natural al momento del nacimiento o poco después de este y puede evolucionar de manera grave si no se le da un tratamiento adecuado, y generar una hipoxia progresiva y una insuficiencia respiratoria grave,

contribuyendo así a la morbilidad inmediata y a largo plazo.

(Mccartney, 2017) (pág. 6)

Sin embargo, la Red Neonatal de Vermont Oxford indica que:

El neonato que tiene una PaO₂ (presión parcial de oxígeno en la sangre arteria) < 50 mm Hg en aire ambiente, cianosis central en aire ambiente o necesidad de oxígeno suplementario para mantener PaO₂ > 50 mm Hg (> 6.6 kPa) así como la apariencia clásica de la radiografía de tórax. (Scott A Lorch, 2016) (pág. 2 – 3)

Cabe recalcar que al instante que nace un neonato sus pulmones sufren una serie de ajustes y adaptaciones, conllevándolos a dos cambios profundos y definitivos que alteran la circulación del oxígeno fetal:

1.- Expansión pulmonar con aire que disminuye rápidamente, entonces la elevada resistencia vascular pulmonar (RVP), provoca un marcado aumento del flujo sanguíneo a los pulmones. (Villanueva, 2015) (pág. 29)

2.- Desaparición de la placenta lo que produce un rápido y significativo aumento de la resistencia vascular periférica. Este "juego" de presiones provoca desaparición de la gradiente de presiones entre ambas aurículas, lo que permite el cierre funcional del agujero oval en los primeros 90 minutos y la disminución del flujo por el ductus (ocurriendo el cierre funcional entre las 10 y 24 horas después del nacimiento). El aumento progresivo de la oxigenación sanguínea contribuye también a disminuir la resistencia vascular pulmonar. (Villanueva, 2015) (pág. 29)

La Dra. Patricia Salazar, especialista en cardiología neonatal de la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel, institución que su función principal es atender la salud de las embarazadas, madres y recién nacidos, indica dentro de su participación en el IV Congreso Médico Alemán dirigido por un staff de médicos especialistas en enfermedades pulmonares y cardiológicas neonatales realizado el 13 de noviembre del año 2015 que:

El reemplazo del líquido pulmonar fetal por aire es un fenómeno mecánico de magnitud que requiere la aplicación de presiones transpulmonares elevadas para lograr insuflar el pulmón en las primeras respiraciones; estas fuerzas deben superar tres elementos, viscosidad del líquido pulmonar, tensión superficial y resistencia de los tejidos, por lo que el pulmón logra estar bien aireado en los primeros segundos de la vida, sin embargo cualquier alteración en estos mecanismos de adaptación, provocarán alguna patología pulmonar. (Salazar, 2015)

En neonatos prematuros, existen incuestionables condiciones restringidas, los cuales no permiten este tipo de adaptación por lo tanto se deben aplicar técnicas de oxigenación y monitorear su función pulmonar, por ello resulta de mucho beneficio la presencia de signos clínicos a través de equipos hospitalarios que controlen las actividades respiratorias las mismas que indirectamente advierten de la función pulmonar.

Existen tres signos taquipnea, retracción y quejido que se presentan transitoriamente al momento de nacer un neonato en tiempo de gestación normal, sin embargo, la presencia de dos o más de estos signos hacen que el diagnóstico resulte evidente a un Síndrome de Dificultad Respiratoria, sin embargo, dentro de estos signos al notar la presencia de la cianosis es un indicador de una posible disfunción pulmonar. (Mendez, 2015)

Factores

Como se lo ha mencionado dentro de este tema, existen diversos factores de riesgos que conllevan a que un niño en el momento de su nacimiento padezca de este síndrome, siendo los más considerados y relevantes por su frecuencia los siguientes:

Dentro de esta patología el factor principal es la prematuridad con la que nacen los niños, es decir que el neonato nace con inmadurez pulmonar lo que provoca un déficit de producción de surfactante, puesto que este tipo de incidencia se da, de cada 100 partos un 44%, y la frecuencia calculada en niños prematuros de niños que logran sobrevivir a este tipo de padecimiento es de un 24%, siendo este factor considerado como el más riesgoso debido a la inmadurez de los pulmones de los recién nacidos. Información obtenida por estadísticas que brinda el INEC.

Otro de los factores importantes es la susceptibilidad genética quiere decir genes heredados asociados a este tipo de enfermedad y que se aproxima a un 9% de contingencia, lo que indica que es una patología heredada de algún tipo de familiar de primera y segunda consanguinidad.

Seguido a estos factores y el más importante son las enfermedades que afectan a la madre y las cuales provocan al parto prematuro encontrándose entre ellas la preeclampsia materna, hipotensión materna, hemorragias a partir del tercer trimestre, depresión neonatal, diabetes materna, etc., enfermedades que induce a que la madre no pueda recibir algún tipo de tratamiento provocando un parto antes de tiempo, causando en el neonato la falta de oxigenación por la inmadurez de sus pulmones.

Conjuntamente a estos factores también cabe recalcar que es importante considerar el sexo del neonato puesto que generalmente este tipo de enfermedad afecta en un gran porcentaje a los neonatos varones ya que a través de un estudio se ha comprobado que las niñas por mantener una ventaja biológica de supervivencia tienden a sobrevivir a esta afectación. (Wells, 2017)

Síntomas

El Síndrome de Dificultad Respiratoria, basa su diagnóstico en los síntomas, puesto que los niveles de oxígeno en sangre son bajos teniendo su determinación por medio de los resultados de la radiografía de tórax.

La parte fundamental donde se debe prestar mayor atención dentro de los síntomas visibles del Síndrome de Dificultad Respiratoria, es en el déficit del surfactante pulmonar que es un agregado macromolecular de lípidos y proteínas que posee la capacidad biofísica de disminuir la tensión superficial en la interfase aire-líquido alveolar, manteniendo así la estructura alveolar y previniendo el colapso del mismo. (Orozco, 2008) (pág. 52)

De la misma manera indica el profesional que:

Si llegara a darse el colapso, se debe a que hay como causa, una alteración en la función del factor tensoactiva que disminuye la tensión alveolar de los alvéolos, desestabilizando los alvéolos y los bronquios terminales, donde a su vez provoca edema, disminuye la capacidad residual funcional (CFR), provocando atelectasias pulmonares y la disminución del volumen corriente (VC) aunque la ventilación por minuto y el trabajo respiratorio están aumentados donde grandes áreas de pulmón no se encuentran bien perfundidas y un cortocircuito pulmonar con un gradiente. (Orozco, 2008) (pág. 52)

Debido a este colapso que sufre el neonato es que puede darse su fallecimiento, por ello es importante recalcar que al momento que nace un neonato prematuro en condiciones de alerta en su respiración es de vital importancia que el equipo médico y de enfermería este activo y atento a la emergencia para poder asistir al niño y no se provoquen lesiones o la muerte.

Diagnósticos

El diagnóstico del Síndrome de Dificultad Respiratoria en la etapa neonatal se efectúa evaluando la valoración clínica a través de un examen físico cuando los neonatos presentan

los signos mencionados anteriormente, el principal de estos son los exámenes de laboratorio el cual determina hipoxemia e hipercarbia y la placa torácica la cual determina la evaluación del corazón, de los pulmones y la pared del pecho, de manera que se puede diagnosticar la falta de oxígeno en el neonato.

Procedimiento de prevención ante esta patología

Este tipo de patología representa un reto y desafío para el equipo profesional al cuidado y atención de los neonatos que lo padecen, equipo conformado tanto de médicos como personal de enfermería, puesto que no solo se requiere de destrezas o habilidades en el manejo de tratamiento respiratorios.

El equipo profesional a cargo de este tipo de labores involucra el cuidado íntegro del recién nacido prematuro, cuidados que a la vez tendrán incidencia en la evolución y progreso del estado respiratorio y en la morbilidad ligada a la prematurez del neonato, entre las cuales se dan la displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, enterocolitis, entre otros.

En fin, el equipo profesional a más de lo indicado es el responsable de los procedimientos que deben seguir en la recuperación total del neonato, aplicando medicamentos para que pueda originar la producción de surfactante en los pulmones y lo cual es estimulada por corticoides, estradiol, drogas beta adrenérgicas, prolactina, tirotoxina, factor de crecimiento epidérmico, factor neumocítico fibroblástico y es inhibido por insulina y andrógenos. (Brousen, 2016) (pág. 12)

Indica el Dr. Brousen, que la producción y secreción del factor surfactante en los neonatos también se la puede producir a través de la madre a partir de la semana 23 de gestación, con betametasona, medicamento que estimula el riesgo de parto prematuro pudiendo llegar hasta la semana 36, disminuyendo las complicaciones respiratorias.

Esta medicación tensoactiva se sintetiza en el retículo endoplásmico, donde luego es transferido al aparato de Golgi donde posteriormente serán secretados al espacio alveolar como cuerpos lamelares en donde se desenrollan para formar una capa monomolecular cubriendo la superficie alveolar, encargándose de disminuir la tensión superficial encargada de disminuir la tensión superficial. (Ferreira, 2016) (pág. 22)

Además, se puede indicar que este tipo de tratamiento muchas veces se da cuando la madre mantiene un control prenatal, solo gracias a estos controles se puede prevenir esta patología o a su vez se puede minimizar el riesgo de muerte en el neonato.

Tratamiento

Cabe recalcar que se consideran dos puntos de suma importancia en la prevención de este tipo de enfermedad puesto que para minimizar y enfrentar este tipo de situación es importante prevenir parto prematuro o de no ser así acelerar la maduración pulmonar fetal, de manera que se puede optimizar el tratamiento post natal.

Sin embargo, el Dr. Eduardo Santamaría indica que el cuidado de estos pacientes debe ser realizado en unidades de cuidados intensivos neonatales, donde el personal de enfermería especialmente entrenado los asistirá y controlará. Preferentemente se usa monitorización incruenta de la temperatura cutánea, frecuencia cardíaca, respiratoria, pausas de apnea, tensión arterial por oscilometría y saturación transcutánea de oxígeno por pulsioximetría,. Se reserva la monitorización cruenta (cateterización radial o umbilical) para la medición discontinua o continua de la pO₂ y de la pCO₂ en los pacientes graves, inestables o más inmaduros. (Santamaria Jaramillo, 2017) (pág. 33)

Como lo indica el profesional es un trabajo arduo para el equipo de enfermería, debido a su experiencia ya que son quienes velan a diario su cuidado, administración de medicamento, alimentación y aseo de los neonatos, procurando su eficiente recuperación, de la misma manera este equipo profesional es quien da pautas y capacitaciones a las madres para que puedan superar junto con el neonato este tipo de crisis.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3. Metodología de la investigación

3.1. Tipos de investigación

Este estudio investigativo no es experimental debido a que la información obtenida mantiene relación constante con temas referentes que dan importancia a los procedimientos en el tratamiento que se aplica en los neonatos que nacen con Síndrome de Dificultad Respiratoria donde interviene médicos y personal de enfermería, cabe recalcar que dentro de estos procedimientos se entrelazan los cuidados de enfermería, los cuales son el eje principalmente en el tratamiento y recuperación de los neonatos.

De la misma manera este estudio de investigación tiene un enfoque descriptivo ya que hace referencia al análisis y material investigativo bibliográfico que brindo un gran aporte por medio de tesis y sustentos teóricos direccionados al tema efectuado de manera que fundamentan las teorías y conceptos de la problemática planteada.

Investigación documental

Este tema investigativo es de carácter documental debido a que el desarrollo de esta investigación se han delineados datos relevantes basados en escritos, informes, expediente, etc., con temas relacionados al estudio realizado que permiten un exhausto análisis de información delineando objetivos con el fin de establecer un plan preventivo que pueda minimizar el riesgo de la problemática planteada.

Investigación de campo

Se aplicó este tipo de investigación debido a que se necesitó concurrir al lugar de los hechos para obtener información por medio de entrevistas a médicos y personas que recurren al hospital de manera que se pueda interpretar los factores que dan lugar a la

problemática y así poder brindar solución a la situación y necesidad de brindar un método de prevención de manera que se pueda minimizar la problemática planteada.

Investigación cuantitativa

Se empleó este tipo de investigación ya que permitirá poder observar de manera clara los datos e información obtenida de manera específicamente numérica, con la ayuda de la herramienta estadística como es el EXCEL, instrumento que permitirá predecir el porcentaje de neonatos que nacieron con este tipo de padecimientos dentro del Hospital Universitario de Guayaquil, durante el periodo 2017 – 2018.

3.2. Enfoque de investigación

El actual tema de investigación tiene un enfoque cualitativo de naturaleza descriptiva, de corte transversal, debido a que abarca el espacio de estudio del área de UCIN, del Hospital Universitario de Guayaquil, institución que está bajo el mandato del Ministerio de Salud Pública del Ecuador ubicado en el Km 23 vía perimetral de la parroquia Tarqui, en la ciudad de Guayaquil.

El trabajo investigativo corresponde al periodo específico del año 2017-2018, direccionado al campo de estudio sobre el Síndrome de Dificultad Respiratoria de los neonatos nacido con en el hospital durante este periodo.

3.3. Muestra

La muestra objeto del presente estudio, está conformado por los neonatos nacidos con diagnóstico Síndrome de Dificultad Respiratoria, en el Hospital Universitario de Guayaquil, pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal durante el periodo 2017-2018.

Su estudio está basado en la representación estadística y el nivel de diferencia de nacimientos, factores e incremento de este tipo de diagnóstico.

3.4. Viabilidad de la investigación

Este estudio de investigación es de gran importancia debido a que no solamente tiene un propósito académico sino tiene una relevancia desde el punto epidemiológico ya que se tomaran actitudes anticipadas y será de gran beneficio tanto para personal médico como para el personal de enfermería, debido a que se realiza un estudio de los factores que producen este tipo de diagnóstico que serán de gran beneficio ya que se tomaran medidas preventivas y así se pueda minimizar esta problemática.

Por lo tanto, este tema investigativo tiene viabilidad positiva debido a que cuenta la información necesaria para llevar acabo su estudio.

CAPÍTULO IV

DESARROLLO TEMÁTICO

4. Desarrollo del Tema

Como se lo manifiesta en este estudio investigativo el Síndrome de Dificultad Respiratoria, es considerada como una perturbación pulmonar, que se produce en el desarrollo de los pulmones luego del nacimiento del neonato, en muchos de los casos antes de llegar a su término embrionario, sus pulmones inmaduros no son capaces de secretar surfactante; convirtiéndose esta patología en un padecimiento respiratorio complejo, el cual está caracterizado por la deficiencia del surfactante, conllevando al neonato a un nivel alto de tensión superficial en el alvéolo, lo cual interfiere en el cambio estándar normal de la interacción del oxígeno y dióxido de carbono.

Dentro de la Fisiopatología su diagnóstico apunta a una situación que conlleva a que los pulmones del neonato colapsen en la espiración al no quedar corpulencia residual disminuyendo la distensibilidad pulmonar.

Todo lo manifestado se debe a un sin número de factores que producen este tipo de complicaciones, iniciando esto desde el embarazo hasta el alumbramiento, por ello este tema de estudio propone una guía de prevención del Síndrome de Dificultad Respiratoria, que está directamente conexas con la atención y vigilancia gineco-obstétrica.

Cabe recalcar que el control del embarazo es considerado como una medida fundamentalmente preventiva para la uteroinhibición en caso de riesgo de parto prematuro. Cuando la gestante mantiene un control prenatal, al detectar riesgos que pueden producir el parto prematuro es necesario la administración de corticoides para la que pueda efectuarse la maduración pulmonar en el neonato siendo muy oportuna para poder brindar un eficiente procedimiento ante la emergencia de alta complejidad que se presenta en el parto de prematuros, puesto que este tipo de procedimiento radicalmente logra cambiar la evolución del padecimiento.

Con lo antes mencionado se puede indicar que dentro de este tema investigativo se procedió a realizar un estudio de retroceso y corte transversal, característico, en un grupo de neonatos con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario de Guayaquil, durante el periodo 2017-2018.

El universo de esta investigación lo conforman los neonatos que ingresaron al área de cuidados intensivos de neonatología con dificultad respiratoria en el período ya mencionado. De la misma manera se consideró la muestra seleccionada constituida las parturientas que ingresaron en el área de partos.

Cabe recalcar que no se tomó en consideración a los neonatos que fueron trasladados a otra casa de salud maternal por presentar malformación congénita asociado con otro tipo de afecciones extrapulmonares.

Se analizó las condiciones las cuales se definieron por la evaluación del tema de estudio clasificándolas de la manera siguiente:

Cuantitativas:

Constante: Edad gestacional del neonato y el peso que es de 1.500 g al nacer.

Discreta: Días que mantuvo ventilación mecánica, y cámara de oxígeno el neonato.

Cualitativas:

Relativa: El diagnóstico recibido, los antecedentes maternos, las complicaciones antes y durante el parto, el tipo de oxigenoterapia brindada al neonato, supervivencia del neonato.

Ordinal: Apgar al nacer, que tipo de parto que se dio, estado de salud en referencia a otras anomalías con la que nació el neonato, grado de dificultad respiratoria presentada al momento de su alumbramiento.

Para realizar la recolección de la información, se visitó las instalaciones del Hospital Universitario de Guayaquil, estación de UCIN donde a través de un registro (*anexo 1*) el cual es llenado por el equipo de enfermería, se pudo extraer datos de las historias clínicas

de los pacientes en mención durante los periodos establecidos; de la misma manera se revisó la información enviada al INEC donde indica los nacimientos vivos y fallecidos con este tipo de patología de los dos periodos en mención.

Dentro del análisis y los resultados obtenidos se definieron frecuencias en las tablas para diferenciar las variables empleadas, utilizando gráficos con valores en porcentaje absoluto.

4.1. Análisis e interpretación de información

En el Hospital Universitario de Guayaquil, durante el periodo 2017-2018, de hubo un total de 5.670 neonatos nacidos vivos, de los cuales en el periodo 2017 nacieron 2.894 y en el periodo 2018 nacieron 2.776; refiriendo a una aproximación de entre 106 a 330 neonatos nacidos vivos por cada mes, de estas cifras mencionadas, un 86% nacieron con dificultad respiratoria debido a diversos factores que conllevan a que se refiera a un diagnóstico clínico, indicando este al Síndrome de Dificultad Respiratoria.

4.1.1. Observación por cada periodo

Dentro de este total descrito se pudo realizar los análisis por cada periodo de manera que se pueda realizar una comparación entre los dos periodos mencionado de manera que se pueda tomar acciones preventivas ante esta problemática.

PERIODO 2017

Como se lo menciono con anterioridad, dentro de la recolección de información pudimos constatar que en el periodo 2017 de los 2.894 neonatos que nacieron con dificultades respiratorias; el 67% de neonatos nacieron en edad gestacional pretérmino, de los cuales el 14% nacieron en estado de cuidado, el 22% en estado grave y el 42% en estado crítico, ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por presentar Síndrome de Dificultad Respiratoria de inicio pulmonar.

De la misma manera se divisó que el 24% de neonatos que nacieron en edad gestacional a término con Síndrome de Dificultad Respiratoria el 5% nacieron en estado de cuidado, el 6% en estado grave y el 8% en estado crítico.

Y por último los neonatos nacidos con Síndrome de Dificultad Respiratoria en edad gestacional postérmino, el 2% nacieron en estado de cuidado, el 1% en estado grave y ninguno en estado crítico, representando el 9% de neonatos nacidos pasado su edad gestacional. Información que se evidencio y se plasmó su análisis bajo el siguiente esquema:

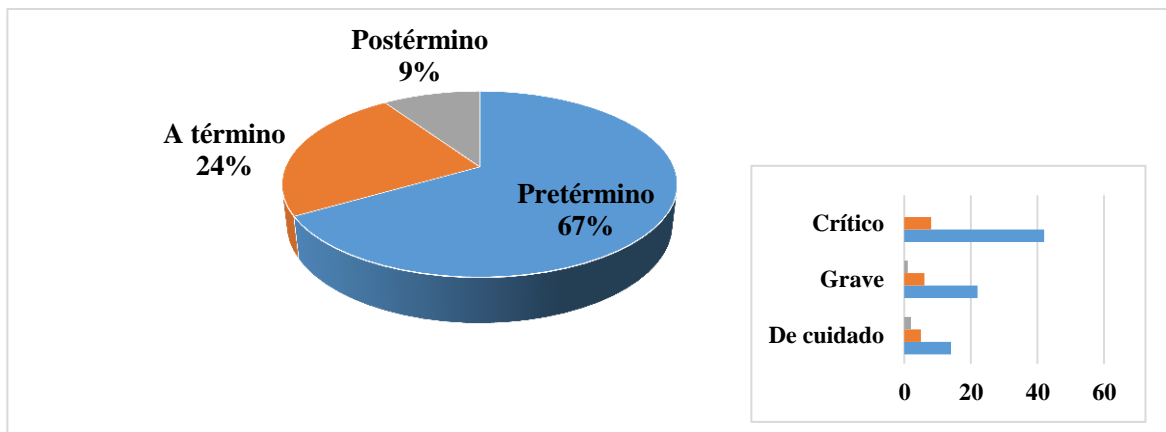
Tabla N° 1: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2017

RN según la edad gestacional	Estado de salud			Valor Absoluto
	De cuidado	Grave	Crítico	
	%	%	%	
Pretérmino	14	22	42	67%
A término	5	6	8	24%
Postérmino	2	1	0	9%
Total	21	29	50	100%

Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

Gráfico N° 1: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2017



Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

PERIODO 2018

De la misma manera pudimos constatar que de los 2.776 neonatos que nacen con dificultades respiratorias ya manifestado; el 85% de neonatos nacieron en edad gestacional pretérmino, de los cuales el 17% nacieron en estado de cuidado, el 27% en estado grave y el 49% en estado crítico, ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por presentar Síndrome de Dificultad Respiratoria de inicio pulmonar.

Asimismo se divisó que el 10% de neonatos que nacieron en edad gestacional a término con Síndrome de Dificultad Respiratoria el 2% nacieron en estado de cuidado, el 1% en estado grave y el 2% en estado crítico.

Del mismo modo los neonatos nacidos con Síndrome de Dificultad Respiratoria en edad gestacional postérmino, el 1% nacieron en estado de cuidado, el 1% en estado grave y ninguno en estado crítico, representando el 5% de neonatos nacidos pasado su edad gestacional. Información que se evidencio y se plasmó su análisis bajo el siguiente esquema:

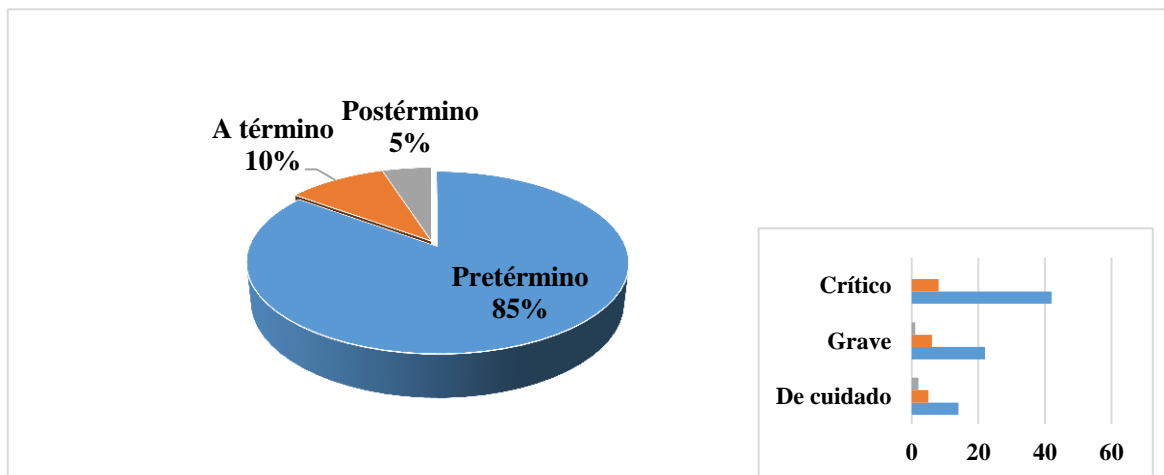
Tabla N° 2: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2018

RN según la edad gestacional	Estado de salud			Valor Absoluto
	De cuidado	Grave	Crítico	
	%	%	%	
Pretérmino	17	27	49	85%
A término	2	1	2	10%
Postérmino	1	1	0	5%
Total	20	29	51	100%

Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

Gráfico N° 2: Relación entre la edad gestacional y el estado de salud de los Neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria Periodo 2018



Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

4.1.2. Análisis por peso en relación a sexo de neonato y criterios clínicos respiratorios en recién nacidos

Se obtuvo la información sobre la valoración del peso de los neonatos nacidos en los periodos mencionados realizando un análisis agrupándolos por su sexo y los criterios médicos diagnosticados al nacer en base a las afecciones respiratorias.

El grupo más propenso a desencadenar el Síndrome de Dificultad respiratoria según su sexo es el de la agrupación masculina, puesto que se constató que más del 60% fueron niños que nacieron con el Síndrome de Dificultad Respiratoria siendo su cuadro clínico con mayor porcentaje la Taquipnea Severa que en relación a las estadísticas presentadas con anterioridad su estado de salud es el más crítico, análisis presentada a continuación:

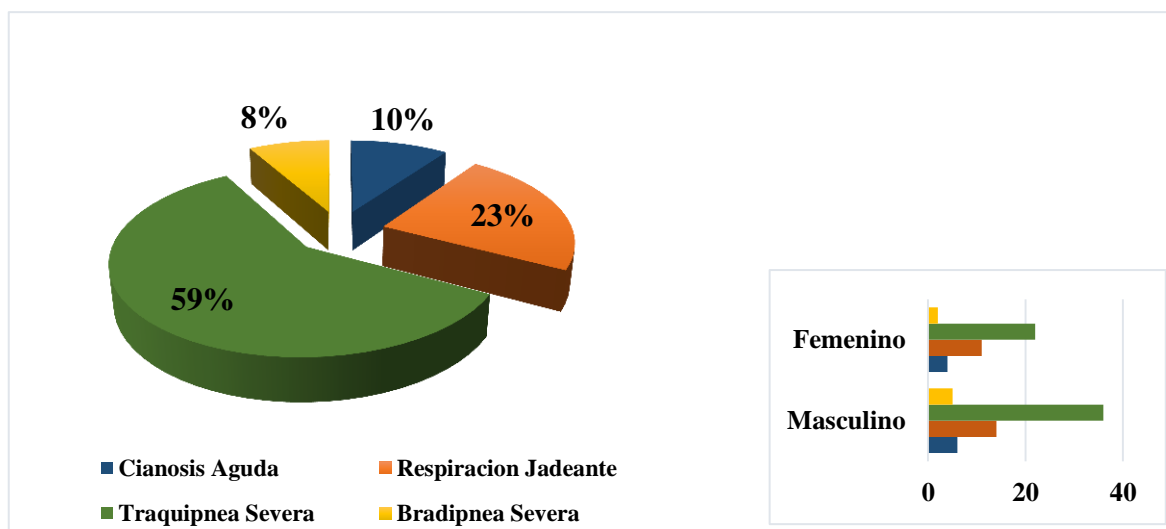
Tabla N° 3: Criterios Clínicos Respiratorios en Recién Nacidos

Criterios Clínicos Respiratorios en Recién Nacidos	Masculino	Femenino	Valor Absoluto
	%	%	
Cianosis Aguda	6	4	10%
Respiración Jadeante	14	11	23%
Taquipnea Severa	36	22	59%
Bradipnea Severa	5	2	8%
Total	61	39	100%

Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

Gráfico N° 3: Criterios Clínicos Respiratorios en Recién Nacidos



Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

Con lo antes manifestado se puede indicar que dentro del cuadro clínico con diagnóstico del Síndrome de Dificultad Respiratoria que presentan los neonatos entre estos periodos analizados tiene mucha relación con su peso al nacer, puestos que los porcentajes con un nivel estadístico alto de niños y niñas que nacen con este diagnóstico son los neonatos nacidos con un peso menor a de 1.500 gramos y que en su mayoría son de sexo masculino, análisis evidenciado en el siguiente diagrama establecido:

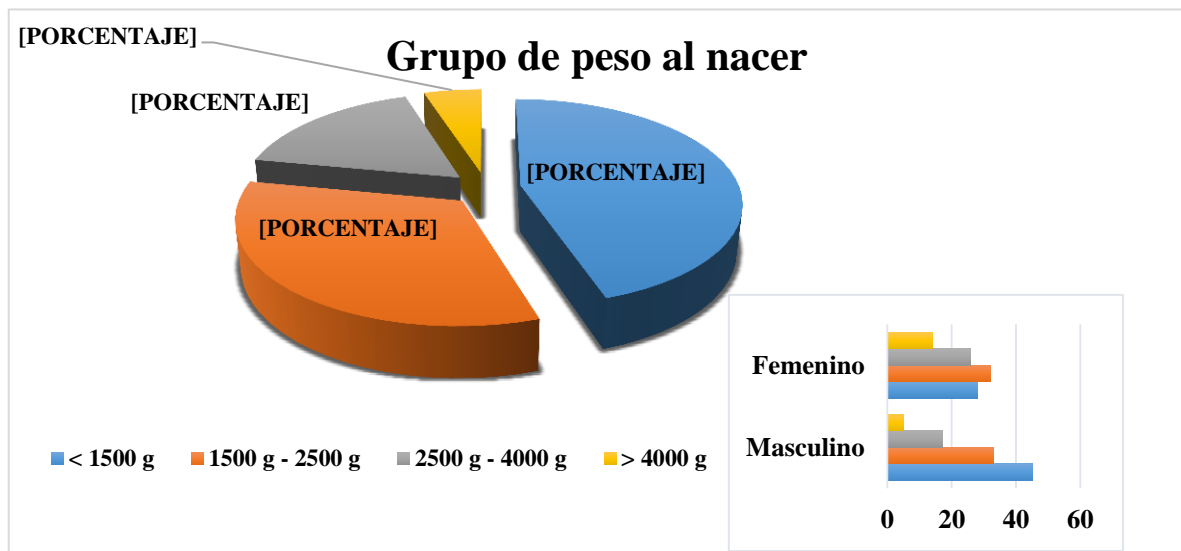
Tabla N° 4: Grupo de peso de neonatos al nacer

Grupo de peso	Sexo		Valor Absoluto
	Masculino	Femenino	
	%	%	
< 1500 g	45	28	45%
1500 g - 2500 g	33	32	33%
2500 g - 4000 g	17	26	17%
> 4000 g	5	14	5%
Total	100	100	100%

Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

Gráfico N° 4: Grupo de peso de neonatos al nacer



Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

En conclusión se puede evidenciar en el análisis realizado que los neonatos nacidos prematuramente con un peso menor a 1.500 gramos son los más afectados con un estado de salud crítico, presentando un diagnóstico de Síndrome de Dificultad respiratoria.

4.1.3. Análisis de factores que provocaron el parto prematuro

Dentro del análisis realizado también se consideró mucho los diferentes tipos de partos que hubo en los periodos mencionados los cuales se separaron debido a mucha familiaridad entre su condición y su causa, se constató lo siguiente:

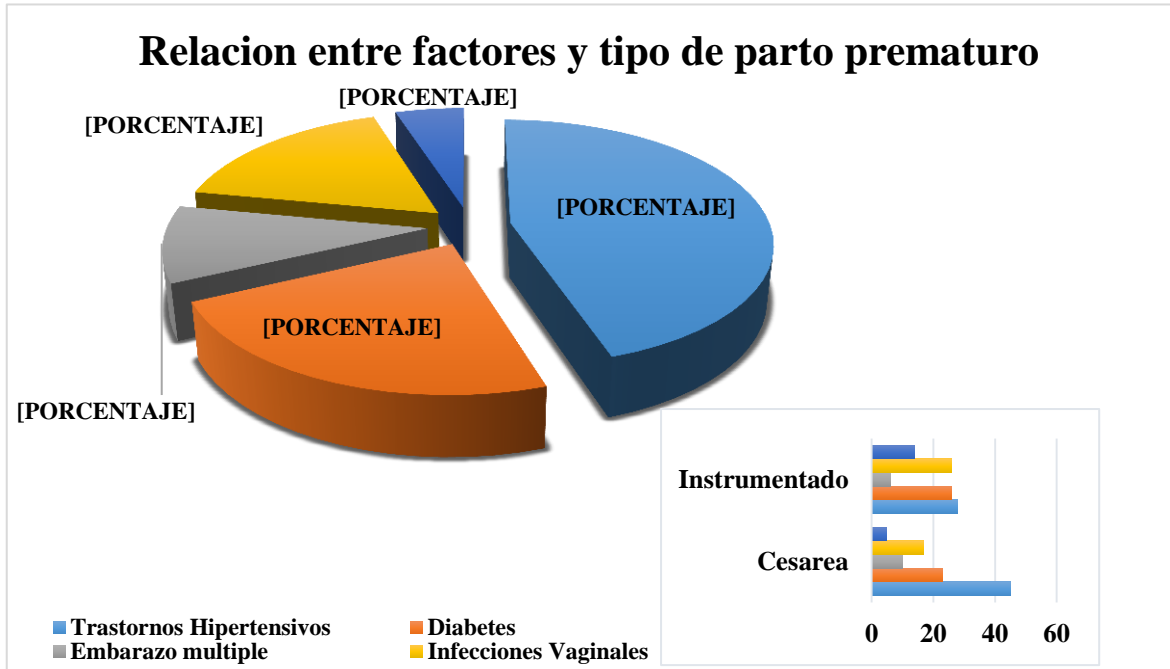
Tabla N° 5: Relación entre factores y tipo de parto prematuro

Relación entre factores y tipo de parto prematuro	Partos		Valor Absoluto
	Cesárea	Instrumentado	
	%	%	
Trastornos Hipertensivos	45	28	45%
Diabetes	23	26	23%
Embarazo múltiple	10	6	10%
Infecciones Vaginales	17	26	17%
Poco control medico	5	14	5%
Total	100	100	100%

Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

Gráfico N° 5: Relación entre factores y tipo de parto prematuro



Fuente: Registro Hospital Universitario de Guayaquil

Elaborado: Yeslyn Mejía y Jesennia Gorozabel

Al realizar la comparación de los diferentes tipos de partos que se realizaron a las madres de los neonatos que nacieron prematuros y que mostraron afecciones respiratorias, se puede indicar que el 45% de ellos fue producido por presentar trastornos hipertensivos siendo el 45% parto cesárea y el 28% parto instrumentado, siguiendo a esta estadística el factor diabetes el 23% fue por cesárea y el 26% fue instrumentado, luego se evidencia el factor de infecciones vaginales lo cual tenemos el 17 por cesárea y el 26% instrumentado cabe recalcar que el porcentaje de este factor que se dio por cesaría fue debido al estado de peligro que corría el bebe con la presentación de este tipo de infecciones (*información tomado de las historias clínicas de la institución*), luego tenemos los niveles estadísticos más bajos que son el embarazo múltiple y el poco control médico.

Este respectivo análisis dio pauta a comprobar las condiciones cuantitativas y cualitativas mencionadas en este trabajo investigativo y lo cual da pauta a proponer un Plan Preventivo, utilizado por el equipo de enfermería, debido a que estos profesionales son los responsables directos de la preparación de la parturienta, de manera que se pueda minimizar este tipo de patología que presentan los neonatos que se encuentran en el área de UCIN del Hospital Universitario de Guayaquil.

4.2. Desarrollo de resultados

El Síndrome de Dificultad Respiratoria, es una de las enfermedades más preponderante en los neonatos recién nacidos, en si es un proceso de insuficiencia o ausencia total de surfactante, causada por nacer prematuramente o por enfermedades que padecen las madres como la diabetes, presentándose este tipo de padecimiento en niveles controlables, graves y críticos, que en mucho de los casos evoluciona positivamente según el cuidado y condición en la que nacen. (Estrada, 2017)

Generalmente el diagnóstico clínico es identificado por signos y síntomas propios de la patología, de manera que los niños afectados tienen serias dificultades para respirar y presentan una coloración azulada a causa de la falta de oxígeno en la sangre. El diagnóstico se basa en los síntomas, los niveles de oxígeno en sangre y los resultados de la radiografía de tórax. (Francéscoli & Chauca, 2015)

Los síntomas inician al poco de nacer, su dificultad respiratoria se debe a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. Se caracteriza la dificultad respiratoria durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida. (Garzón, 2009)

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en neonatos que nacen antes de las 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas, siendo su incidencia progresiva y de mayor riesgo en varones, los niños nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato. (Garzón, 2009)

La fisiopatología del Síndrome de Dificultad Respiratoria es un déficit transitorio de surfactante, la pérdida de la función tensoactiva produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido cuesta distenderlo y tiende fácil y rápidamente al colapso, aumentando el trabajo y el esfuerzo 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. (Kusznierz, 2012)

El riesgo sufrir el síndrome de dificultad respiratoria se reduce considerablemente cuando el parto se retrasa hasta que los pulmones del feto han producido surfactante en cantidad suficiente. Cuando el parto prematuro no se puede evitar, los obstetras administran a la madre inyecciones de un corticoesteroide (betametasona). El corticoesteroide llega al feto y acelera la producción de surfactante. En las 48 horas posteriores al comienzo de las inyecciones, los pulmones del feto maduran en un nivel considerable, reduciendo la probabilidad de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria después del parto o para conseguir que, en caso de desarrollarse, sea más leve. (Molina, 2010)

Después del parto, los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria *leve* solo necesitan oxígeno adicional, el oxígeno se les administra mediante una cánula nasal o a través de una pequeña máscara de plástico (máscara de oxígeno) rellena de oxígeno, que se les coloca en la cabeza. Los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria *grave* necesitan administración de oxígeno mediante una presión positiva constante en la vía aérea, técnica que permite a los recién nacidos respirar de forma espontánea mientras se les administra oxígeno ligeramente presurizado o aire a través de una cánula nasal. En los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria *crítica*, suele ser necesaria la intubación con una sonda endotraqueal y es posible que el recién nacido requiera asistencia respiratoria mediante un respirador mecánico. (Rodríguez, 2011)

El uso de una preparación de surfactante puede salvar la vida y reducir complicaciones, como la perforación de los pulmones (neumotórax). La preparación de surfactante actúa de la misma forma que el surfactante natural. El surfactante puede administrarse a través del tubo endotraqueal e inmediatamente después del nacimiento, en la sala de partos, para intentar evitar el síndrome de dificultad respiratoria antes de que se desarrollen los síntomas, o bien en las primeras horas posteriores al nacimiento en recién nacidos prematuros que ya presentan los síntomas de este trastorno. Sin tratamiento, el síndrome causa daño cerebral o la muerte. (Rodríguez, 2011)

En la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio. Los primeros síntomas se inician al nacer o en las primeras horas, empeorando progresivamente, apareciendo dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente. El quejido espiratorio característico es debido al paso del aire espirado a través de la glotis semicerrada, para intentar mantener un volumen alveolar adecuado y evitar el colapso alveolar. Los niños más inmaduros presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar grave y un mayor grado de complicaciones pulmonares y extrapulmonares. El tratamiento con surfactante exógeno ha modificado la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo los síntomas clínicos, la duración de la asistencia respiratoria y las tasas de mortalidad. (Sanz, 2013)

Dentro de la labor de enfermería, este tipo de patología representa un reto a nivel profesional, debido a que esta labor requiere de mucha responsabilidad y de considerable habilidad sobre todo en el manejo de programas respiratorios, puesto que dentro de estas actividades se maneja el compromiso del cuidado neonatal ante la integridad propia del recién nacido, los cuales mantendrán una gran incidencia dentro de su evolución respiratoria y sus condiciones de desarrollo las cuales afecte este tipo de padecimiento.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el plan de cuidados de enfermería debe ser integral, basado en las necesidades que presenta todo Neonato y también teniendo en cuenta los riesgos de morbilidad, en relación directa a la patología, al tratamiento y a su condición de prematuridad. (Ruoser, 2015)

Esta patología se divide en 2 tipos de aspectos fundamentales de tratamiento:

- 1.- Los cuidados respiratorios centrados en la oxigenación, mantenimiento de la vía aérea y terapia de reemplazo de surfactante.
- 2.- Los cuidados no respiratorios que hacen a los cuidados integrales del pretérmino y que afectan directamente su condición respiratoria. (Ruoser, 2015)

Al igual que en la Guía infantil de Cataluña manifiesta que es necesaria la presencia de un neonatólogo y una enfermera capacitados en reanimación cardiopulmonar de Neonato que recién nace en condiciones menores de 28 semanas de gestación. Este periodo es fundamental, ya que la mala adaptación disminuye la producción de surfactante. Si es posible, retrasar el clampeo del cordón entre 30-45 segundos, para permitir la transfusión feto placentaria. (Francesca, 2014)

Según la Dra. Ana Quiroga dentro del diagnóstico se recomienda la administración de oxígeno mezclado y monitorizado, con fracción inspirada de oxígeno conocida, teniendo en cuenta la saturación del paciente en un oxímetro de pulso. 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 con bolsa y máscara. La saturación normal durante el periodo de transición, inmediatamente luego del nacimiento del neonato prematuro, 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. (Quiroga, 2010)

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. Si el esfuerzo respiratorio es adecuado, se puede iniciar con CPAP con pieza nasal con una 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 tubo endotraqueal en su correcta posición. (Quiroga, 2010)

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. (Quiroga, 2010)

Es imposible en la actualidad, entender el cuidado de un Neonato prematuro, sin el marco que ofrece el cuidado para el neurodesarrollo, filosofía de cuidado que se basa en la observación de la conducta del recién nacido por parte de enfermería. Esta valoración permite diagnosticar estrés o desorganización. Todas las acciones de enfermería deben estar orientadas al logro de la institución, de esta manera el recién nacido tiene menor gasto de energía y signos vitales de manera que se estabiliza y mejora la ganancia de peso entre otros beneficios. (Quiroga, 2010)

Los cuidados de enfermería orientados al neurodesarrollo se basan en: Valorar la conducta del recién nacido desde el nacimiento mediante signos fisiológicos y de la conducta para diagnosticar estrés. Implementar medidas de confort, anidamiento y disminución de estímulos ambientales para lograr una conducta organizada el mayor tiempo posible. Disminuir los estímulos dolorosos innecesarios y brindar tratamiento farmacológico y no farmacológico en los procedimientos. Brindar cuidado centrado en la familia y alentar la presencia de los padres el mayor tiempo posible. Ofrecer cuidado piel a piel apenas sea posible por la condición clínica del paciente. Se puede implementar en pacientes en

asistencia respiratoria mecánica, favorece la termorregulación y promueve la organización de la conducta. (Quiroga, 2010)

El Cuidado infectológico de su sistema inmunológico a la infección es inmadura como el resto de los sistemas y además debe permanecer en el ámbito de la UCIN, con procedimientos invasivos, y el riesgo que esto significa. El cuidado infectológico abarca todos los cuidados, ya que cada acción realizada desde lavarse las manos para acceder al paciente hasta el cuidado de las vías centrales, deben tener como objetivo evitar que el paciente se infecte. (Quiroga, 2010)

En Ecuador no se han implementado guías prácticas clínicas del Síndrome de Dificultad Respiratoria, como en los países España, Colombia incluso Chile que ha puesto interés en prevenir esta enfermedad, se deberían elaborar por parte del Ministerio de Salud Pública Guías prácticas en la cual el plan terapéutico implicaría medidas de prevención. (Padilla, 2018)

4.2.1. Medidas de Prevención

Las medidas de prevención principales son: Estricto lavado de manos antes y después de cada contacto y/o procedimiento. Mantener la integridad de la piel. Técnica estéril para todos los procedimientos invasivos. Técnica estéril para aspiración de secreciones especialmente con circuito abierto de aspiración. Mantener esterilidad de la humidificación. Realizar cambio de circuitos de respirador estériles según normativa de la unidad. Cuidado de los catéteres umbilicales arterial y venoso. Mantener la esterilidad en la aplicación de humedad durante el tiempo que se administre según protocolo de la unidad. Mantener la unidad del paciente con todos lo necesario para la atención (no compartir ningún elemento con otro paciente; en caso de hacerlo limpiar antes y después de utilizado). Espacio físico adecuado (propio del paciente y entre su unidad y la de otra incubadora). Mantener una adecuada relación enfermero/paciente para la atención de estos prematuros, jerarquizando la asignación de los mismos al profesional con mayor experiencia. Estricta técnica estéril en el fraccionamiento de leche humana o fórmula y preparación de medicación y soluciones parenterales. (Quiroga, 2010)

4.2.2. Cuidado centrado en la familia

Los padres de los neonatos prematuros que nacen sufriendo este tipo de complicaciones y que más aun no se encuentran preparados para afrontar el nacimiento de un hijo con dificultades respiratorias y las complicaciones que presentan, descargan un gran estrés emocional, más aun cuando tiene que adaptarse al ambiente del área de UCIN, combatiendo día a día la ansiedad sobre los diagnósticos clínico dados a diarios por personal médico.

Por ello es totalmente necesario que los padres mantengan un positivismo, es aquí donde integra la labor del equipo de enfermería, los cuales con el profesionalismo dirigen y coordinan el cuidado del neonato que padecen del Síndrome de Dificultad respiratoria los cuales integran a una guía de pasos a seguir para poder participar en la recuperación del niño.

Las actividades a desarrollar son: Tener una política de cuidado centrado en la familia con ingreso irrestricto de los padres en cualquier momento del día. Brindar comodidades para que puedan permanecer a lado de su hijo: sillas confortables, dos por unidad. Fomentar el cuidado piel a piel. Mantenerlos informados, alentarlos a expresar sus dudas y preocupaciones. Involucrarlos tempranamente en el cuidado de su hijo con tareas sencillas que pueden realizar como cambiar pañales, controlar temperatura, acariciarlo. (Quiroga, 2010)

De manera que presentamos esta propuesta para tratar de minimizar estadística y probabilidades de muertes neonatales a través de una Guía dirigido al equipo de enfermería con un Plan de Cuidados de Enfermería y estrategias que se pueden aplicar para prevenir posibilidades de muertes neonatales causadas por el Síndrome de Dificultad Respiratoria, basado en cuidados brindados a los pacientes, diseñado en base a la información obtenida y actividades aplicadas en el área de UCIN del Hospital Universitario de Guayaquil.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Hoy en día el nacimiento de un niño en estado de gestación a pretérmino, a término o postérmino, corren un riesgo de vida, debido a que nacen con algún tipo de patología producida por una variedad de factores, entre los cuales se encuentra el Síndrome de Dificultad Respiratoria, convirtiéndose en un problema clínico frecuente y probablemente en aumento, por ello concluimos lo siguiente:

- ❖ Este tipo de patología respiratoria en los recién nacidos es la causa más habitual que se presenta en el área de UCIN, esta enfermedad es uno de las patologías que mantiene al neonato un mayor tiempo de hospitalización y separación de la madre, por lo cual se requiere de mayor cuidado por parte del equipo profesional tanto medico como de enfermería para su atención hospitalaria.
- ❖ Las dificultades de salud que presentan los neonatos con SDR, relacionados a tiempo de gestación que mantuvieron son muy variados por los cuales los estados más críticos son los niños que nacen a pretérmino, motivo por lo que al no mantener su tiempo de gestación no tiene desarrollado por completo su sistema respiratorio, situando al neonato muchas veces en un estado crítico de salud.
- ❖ La reanimación que se considera en este grupo de neonatos al momento de nacer debe iniciar con una magnitud de oxígeno al 21%, considerando claramente las necesidades de su estado, pues el medico decidirá el aumento o mantenimiento, claramente dentro de los criterios clínicos se ha podido comprobar una mayor complicación en el neonato al usar un nivel más alto de contracciones de oxígeno.
- ❖ De la misma manera se concluye que el nivel de complicaciones se presenta en los niños que nacen en gestación prematura y aún más vulnerables son los de sexo masculino,

puesto que son frecuentes las dificultades respiratorias, por lo que el equipo profesional de enfermería debe tener extremo cuidado hospitalario para de esta manera que se pueda disminuir sus complicaciones.

❖ Pese a todo el esfuerzo realizado dentro de su hospitalización, su recuperación amerita mucho cuidado pese al alta médica, debido a que son habituales las rehospitalizaciones, por ello se realiza una inducción a los padres de familia sobre las medidas de prevención que debe tomar al momento de llevarse al neonato del centro hospitalario indicando que esté atento a cualquier situación que se presente en el domicilio.

❖ El seguimiento que se da al neurodesarrollo de los niños que pasan por este tipo de patología es de mucha importancia puesto que sus alteraciones están asociadas con su progreso de destrezas y habilidades, debido a que estas se despliegan con lentitud, por lo que el médico pediatra debe mantener su revisión médica más frecuente ya que su vigilancia producirá la detección de alguna complicación que presente el niño debido a esta patología y así pueda derivarlo al especialistas de acuerdo a cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Ashbaugh, E. (2008). *Síndrome de Dificultad Respiratoria: enfermedad pulmonar*. Medellín.
- Brousen, M. (2016). Enfermedades respiratorias en neonatos. *AMIR-SALUD*, 12.
- Estrada, N. (2017). *Sociedad colombiana de pediatría; SDR: una perspectiva actual*. Colombia.
- Ferreira, R. (2016). Prevención de complicaciones prenatal para embarazadas en riesgo de parto prematuro tardío. *INTRAMED*, 22.
- Francesca, S. (2014). Francesca, S. *Guía Infantil de Cataluña*.
- Francéscoli, R., & Chauca, D. (2015). *Factores de riesgo asociados al Síndrome de Dificultad Respiratoria*. España.
- Garzón, A. (2009). *Factores de riesgo identificados en niños que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo pediátrico con SDR severa*. Bogotá.
- Hospital Universitario San Vicente Fundación, H. (15 de Marzo de 2017). *PERFIL DE MORBILIDAD POR DIAGNÓSTICO DE EGRESO AGRUPADO POR EDAD Y SEXO - AÑO 2017*. Obtenido de http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/images/documentos/HM_Perfiles_Epidemiologicos_2017.pdf
- INEC, I. d. (2017). *Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas*.
- Inga, M. (22 de Febrero de 2019). Dificultad respiratoria de los neonatos. (J. G. Mejía Yeslyn, Entrevistador)
- Kuszniez, D. (2012). *Infección respiratoria aguda por adenovirus*. Santa Fe - Buenos Aires.
- López de Heredia Goya, J. (2018). Síndrome de Dificultad Respiratoria. *Asociación Española de Pediatría*, 5.
- Mancilla Ramírez, J. (2018). *PAC NEONATOLOGÍA: PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA EN NEONATOLOGÍA*. México: Intersistemas.
- Martínez González, O. (2013). *Prevalencia del Síndrome de Dificultad Respiratoria*. Camaguey - Cuba.
- Mccartney, I. (2017). Síndrome de dificultad respiratoria. *Children`s Health*, 6.
- Mendez, E. (2015). *Signos que se presentan en SDR*. Colombia.
- Molina, E. (2010). Guías de diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis evidencias y recomendaciones. *Pedriatria*.

- OMS, O. M. (2018). *Protocolo actualizado: Aliancia Mundial contra enfermedades respiratorias*.
- Orozco, C. A. (2008). *ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LOS NEONATOS*. Antioquia.
- Padilla, L. (22 de Febrero de 2018). Implementacion de Guias Practicas del Soindrome de Dificultad Respiratoria. (Y. M. Gorozabel, Entrevistador)
- Pino Vera, F. (22 de Febrero de 2019). Síndrome de Dificultad Respiratoria. (J. G. Yeslyn Mejia, Entrevistador)
- Quezada Rueda, G. (22 de Febrero de 2019). Muerte Neonatal. (J. G. Yeslyn Mejia, Entrevistador)
- Quiroga, A. (2010). *Cuidados Del Recien Nacido Con Síndrome De Dificultad Respiratoria*. Buenos Aires.
- Rodriguez, F., & Moya, A. (2015). *Prospectivas de pacientes en ensayos clinicos*. Santiago de Chile: Hospital Clinico de la Universidad de Chile.
- Rodríguez, R. (2011). Guía práctica clínica: Síndrom de Dificultad Respiratoria. *Salud O. M.*
- Ruoser, T. (2015). Cuidados de Enfermería. *Guia Practica Clinica*.
- Salazar, P. (13 de Noviembre de 2015). Enfermedades pulmonares y cardilogicas neonatales. *IV Congreso Medico Aleman*. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Salto, M. (22 de Febrero de 2018). Creacion del area Materno Infantil. (J. M. Gorozabel, Entrevistador) Ecuador - Costa.
- Santamaria Jaramillo, E. (2017). *Prevencion y tratamiento en problemas respiratorios de neonatos prematuros*. Medellin.
- Sanz, P. (2013). *Servicio de Neumología Pediátrica*. Madrid.
- Scott A Lorch, E. (2016). Morbilidad y mortalidad del RN menor de 1.500 g. *Experiencia de un hospital regional de la red internacional Vermont Oxford*, (págs. 2 - 3). Vermont.
- Society of Critical Car, S., American Thoracic Society, A., & European Society of Critical Care Medicine, E. (2016). Diagnostico del Síndrome de Dificultad Respiratoria. *The new definition for acute lung injury and acute respiratory distress syndrome*, (pág. 5). Berlin.
- Villanueva, R. (2015). *Neonatos: su vida antes y despues del parto*. Chile.
- Wells, O. (2017). *Ventaja Biológica de Supervivencia*. China.

ANEXO

ANEXO 1



Registro para la recolección de datos

Datos generales de la madre

Nombre y Apellido: _____

Fecha de parto: _____ HC: _____

Edad de la madre: _____ años

Antecedentes maternos: _____, _____, _____
y otros _____

Tipo de parto: Distócico _____ Eutócico _____ Instrumentado _____

Datos del recién nacido

Edad gestacional: _____ semanas

Peso al nacer: _____ gramos

Apgar al nacer: _____ puntos

Raza: Blanca _____ Mestiza _____ Negra _____

Complicaciones en el parto: _____, _____, _____

Reporte del estado de salud: De cuidado _____ Grave: _____ Crítico: _____

Grado de dificultades respiratoria: Leve _____ Moderada: _____ Grave: _____

Fecha de ingreso en el servicio: _____

Fecha de egreso del servicio: _____

Diagnóstico de afección respiratoria: _____

Tipo de oxigenoterapia:

O2 en incubadora _____ O2 en carcaza _____ Ventilación mecánica _____

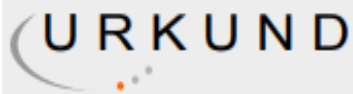
y modalidad: _____

Tiempo de acoplado al ventilador mecánico: _____ días

Tiempo con oxigenoterapia: _____ días

Complicaciones: _____, _____, _____

Sobrevivencia del RN: Vivo _____ Fallecido: _____



Urkund Analysis Result

Analysed Document: urkund corregido yeslyn.docx (D51149379)
Submitted: 4/26/2019 11:30:00 PM
Submitted By: jcalderonc@unemi.edu.ec
Significance: 3 %

Sources included in the report:

urkund.docx (D46929645)
tesis francisco ortiz y angela novillo.docx (D38033376)
tesis francisco ortiz y angela novillo.docx (D38032722)
tesis francisco ortiz y angela novillo.docx (D38023263)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm>

Instances where selected sources appear:

12



REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

Inicio: 28-11-2018 Fin 30-09-2019

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Línea de investigación: ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE, SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD, ALCOHOL, TABACO Y DROGAS 2018

TEMA: ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2017-2018

ACOMPAÑANTE: CALDERON CISNEROS JUAN TARQUINO

DATOS DEL ESTUDIANTE			
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARRERA
1	GOROZABEL GONZALEZ SHIRLEY JESENNIA	1205336843	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
2	MEJIA PEREZ YESLYN YARELLYS	0941530115	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Nº	FECHA	HORA	Nº HORAS	DETALLE
1	2019-11-02	Inicio: 11:26 a.m. Fin: 13:26 p.m.	2	REVISIÓN DE BIBLIOGRAFIA
2	2019-14-02	Inicio: 10:25 a.m. Fin: 12:25 p.m.	2	DEFINIENDO TEMA: PROBLEMAS RESPIRATORIOS ESTADISTICAS
3	2019-18-02	Inicio: 14:45 p.m. Fin: 16:45 p.m.	2	TEMA FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: ESTADÍSTICA Y PROBABILIDADES DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2017-2018
4	2019-25-02	Inicio: 12:25 p.m. Fin: 14:25 p.m.	2	ESTADÍSTICAS DE MUERTES NEONATALES CAUSADAS POR EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN ECUADOR DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS. REVISIÓN EN BASE DE DATOS SCIELO, SCOPUS Y EL INEC O ECUADOR EN CIFRAS
5	2019-08-04	Inicio: 09:53 a.m. Fin: 11:53 a.m.	2	INTRODUCCIÓN REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
6	2019-10-04	Inicio: 10:28 a.m. Fin: 12:28 p.m.	2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN
7	2019-12-04	Inicio: 11:36 a.m. Fin: 13:36 p.m.	2	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
8	2019-15-04	Inicio: 11:34 a.m. Fin: 13:34 p.m.	2	METODOLOGÍA REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
9	2019-17-04	Inicio: 11:21 a.m. Fin: 13:21 p.m.	2	DESARROLLO DEL TEMA /CONCLUSIONES /REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
10	2019-22-04	Inicio: 15:40 p.m. Fin: 17:40 p.m.	2	REVISIÓN DEL BORRADOR DE LA TESIS OK PARA PASAR AL SISTEMA SGA

CALDERON CISNEROS JUAN TARQUINO
PROFESOR(A)

VISIÓN
Ser una universidad de docencia e investigación.

VÁSQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS
DIRECTOR(A)

MISIÓN
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.

Dirección: Cdla. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 26
Conmutador: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107
Telefax: (04) 2715187
Milagro • Guayas • Ecuador



Shirley Gonzábel

SHIRLEY GONZÁBEL
ESTUDIANTE

Verónica María P.

VERÓNICA MARÍA PÉREZ
ESTUDIANTE

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 28
Computador: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107
Teléfono: (04) 2715187
Milagro • Guayas • Ecuador

VISIÓN

Ser una universidad de docencia e investigación.

MISIÓN

La UNEMI forma profesionales competentes con actitud propositiva y valores éticos, desarrolla investigación científica y ofrece servicios que demandan el sector público, contribuyendo al desarrollo de la sociedad.

