

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

INTRODUCCION

El Síndrome de dificultad Respiratoria, es una enfermedad que se produce en los neonatos a momento de nacer por na alteración pulmonar debido a la falta o escaza 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 a neonatos prematuros que nacen con un peso inferior de 1.500 gramos, debido a que la falta o escaza 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 escaza 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 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. “

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”.

CITATION ORG14 \1 3082 (OMS, 2018). De acuerdo

al reporte de la Organización Mundial de la Salud, indica dentro de las estadísticas establecidas que:

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. CITATION ORG14 \1 3082 (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. CITATION INE17 \1 3082 (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. CITATION Sal18 \1 3082 (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),

0: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm>

79%

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. CITATION Fla18 \1 3082 (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 materno 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.

CITATION Ing19 \l 3082 (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

existente 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.

CITATION Ing19 \l 3082 (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 20018.

1.2.2. Objetivo general

- 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 20018.
- 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 20018.
- 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 20018.

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 CITAION Ash08 \l 3082 (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%. CITAION Hos17 \l 3082 (Hospital Universitario San Vicente Fundación, 2017)

En el mes de junio del 2012, en la reunión llevada a cabo en la ciudad de Berlín, liderada por Society of Critical Care 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 criterio y así permitir un fácil reconocimiento del padecimiento. CITAION Soc16 \l 3082 (Society of Critical Care, 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. CITAION Rod15 \l 3082 (Rodríguez & Moya, 2015)

Para el doctor Martínez, quien indica que:

La mortalidad general de neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria, obtienen valores estadísticos entre 42% al 67% de mortalidad incrementándose este porcentaje. CITAION Mar13 \l 3082 (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 ocurren 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. CITATION ORG14 \l 3082 (OMS, 2018)

Los estudios realizados a nivel mundial apuntan a que este tipo de Síndrome afecta del 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:

0: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 61%

1: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 60%

2: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 60%

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. CITATION Mel14 \l 3082 (Mancilla Ramirez, 2018) (pág. 58)

En neonatos prematuros este cuadro patológico establece una de las principales causas de morbimortalidad,

la información basada en datos brindados a nivel general, ubican a este tipo de padecimiento entre las tres primeras causas de muerte neonatal.

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. CITATION ORG14 \l 3082 (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. CITATION Dra19 \l 3082 (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. CITATION Dra191 \l 3082 (Quezada Rueda, 2019)

Cabe recalcar que los neonatos que nacen con este

tipo de padecimiento son más susceptibles a presentar diversas dificultades y complicaciones, durante el tiempo que permanecen hospitalizados

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. CITATION Mcc17 \l 3082 (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. CITATION Sco16 \l 3082 (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. CITATION Vul15 \l 3082 (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".

CITATION Vul15 \l 3082 (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”.

CITATION Sal15 \l 3082 (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.

Como lo indica el mismo profesional “

Por lo que

0: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx	100%
1: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx	100%
2: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx	100%

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”

CITATION Sal15 \l 3082 (Salazar, 2015),

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. CITATION Men15 \l 3082 (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 preclamsia 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. CITATION WEL17 \l 3082 (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”.

CITATION ORO08 \l 3082 (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 (1/5 a 1/10

de lo normal), donde a su vez provoca edema, disminuye la compliance (1/5 a 1/10 de lo normal), la capacidad residual funcional (CFR), provocando atelectasias pulmonares”

CITATION ORO08 \l 3082 (Orozco, 2008) (pág. 52)

Debido e este colapso que sufre el neonato es que puede darse su fallecimiento, “

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”

CITATION ORO08 \l 3082 (Orozco, 2008),

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.

CITATION BRO16 \l 3082 (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”.

CITATION FER16 \l 3082 (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”.

CITATION San17 \l 3082 (Santamaria Jaramillo, 2017) (pág. 33)

Como lo indica el profesional “

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”

CITATION San17 \l 3082 (Santamaria Jaramillo, 2017), 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.

Como lo indica el autor “

0: urkund.docx

71%

Es estimulada por corticoides, estradiol, drogas beta adrenérgicas, prolactina, tirotoxina, factor de crecimiento epidérmico, factor neumocítico fibroblástico y es inhibido por insulina y andrógenos”

CITATION BRO16 \I 3082 (

Brousen, 2016),

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 toman 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 toman 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 a cabo 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 esta 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,

con información estadística del periodo 2017 y 2018 de

neonatos que nacieron

con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria ingresado al área de UCIN 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.

Al realizar la comparación de las madres de familia que alumbraron a sus hijos 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 él 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. CITATION Est17 \l 3082 (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.

CITATION Fra15 \l 3082 (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". CITATION Gar09 \l 3082 (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.

CITATION Gar09 \l 3082 (Garzón, 2009)

Como lo indica este mismo autor “

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”. CITATION Gar09 \l 3082 (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”. CITATION Kus12 \l 3082 (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.

CITATION Mol10 \l 3082 (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. CITATION Rod11 \l 3082 (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. CITATION Rod11 \l 3082 (Rodríguez, 2011)

“En

0: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx	100%
1: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx	100%
2: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx	100%

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”. CITATION San13 \l 3082 (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. CITATION Ruo \l 3082 (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. CITATION Ruo \l 3082 (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. CITATION Est14 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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. CITATION Pad18 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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. CITATION Qui10 \l 3082 (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.

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: urkund.docx

9 71%

Es estimulada por corticoides, estradiol, drogas beta adrenérgicas, prolactina, tirotoxina, factor de crecimiento epidérmico, factor neumocítico fibroblástico y es inhibido por insulina y andrógenos"

CITATION BRO16 \1 3082 (

9: urkund.docx 71%

es estimulada por corticoides, estradiol, drogas betaadrenérgicas, prolactín, factor de crecimiento epidérmico, factor neumocítico fibroblástico, y es inhibido por insulina y andrógenos. CITATION Dra15 \1 12298 (29)

Instances from: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx

2 60%

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

2: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 60%

disminución de la distensibilidad de los pulmones y disminución de la capacidad residual funcional con alteración de la relación ventilación/ perfusión, el resultado es la aparición de un exudado rico en proteína y fibrina en el alveolo los que forma las membranas hialinas las cuales actúan como una barrera para que no se realice el intercambio gaseoso

6 100%

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"

6: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 100%

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.

10 100%

la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio.

10: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 100%

la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio.

Instances from: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx

3 60%

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

3: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 60%

disminución de la distensibilidad de los pulmones y disminución de la capacidad residual funcional con alteración de la relación ventilación/ perfusión, el resultado es la aparición de un exudado rico en proteína y fibrina en el alveolo los que forma las membranas hialinas las cuales actúan como una barrera para que no se realice el intercambio gaseoso

7 100%

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"

7: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 100%

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.

11 100%

la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio.

11: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 100%

la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio.

Instances from: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx

4 61%

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

4: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 61%

disminución de la distensibilidad de los pulmones y de la capacidad residual funcional con alteración de la relación ventilación/ perfusión, el resultado es la aparición de un exudado rico en proteína y fibrina en el alveolo los que forma las membranas hialinas las cuales actúan como una barrera para que no se realice el intercambio gaseoso

8 100%

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"

8: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 100%

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.

12 100%

la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio.

12: tesis francisco ortiz y angela novillo.docx 100%

la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio.

Instances from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005

5 96%

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”.

5: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005 96%

El reemplazo del líquido pulmonar fetal por aire, es un fenómeno mecánico que requiere de 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.

Instances from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm>

1

79%

parto por cesárea o inducción del parto antes de que el bebé esté a término, embarazo múltiple (gemelos o más), trabajo de parto rápido,

1: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm> 79%

Parto por cesárea o inducción del parto antes de que el bebé esté a término.

- Problemas del parto que reducen la circulación al bebé.
- Embarazo múltiple (gemelos o más).
- Trabajo de parto rápido.