



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
EMERGENCIAS MÉDICAS**

TITULO

**SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO EN PREMATUROS
MODERADOS EN EL POLICLINICO MORA DE SANTO DOMINGO**

AUTOR

DELLA MAGDALENA BRAVO RODRIGUEZ

TUTORA

LIC. RUTH OVIEDO

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO EN PREMATUROS MODERADOS EN EL POLICLINICO MORA DE SANTO DOMINGO.

AUTOR/ES: Lic Della Magdalena Bravo Rodriguez

TUTOR: : Lcda Ruth Oviedo
REVISOR : Dr. Andres Cruz Acosta

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Maestría en Emergencias Medicas

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS:64

ÁREAS TEMÁTICAS: Salud

PALABRAS CLAVE: Distres respiratorio, Membrana Hialina, parto prematuro

RESUMEN: El síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos prematuros moderados o enfermedad de la membrana hialina (EMH) es la patología respiratoria más frecuente en el recién nacido pre término. Como antecedente se encontró la falta de conocimiento de la población involucrado en este problema para llevar un control de cuidados estandarizados en el área a fin de proporcionar una mejor evaluación y seguimiento de los pacientes. Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, perteneciente a la línea de investigación de Atención Integral a la salud infantil. El universo de estudio se conformó con los 50 recién nacidos en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo de enero a septiembre del 2016 y la muestra la constituyeron el 100% de los casos presentados con Síndrome de dificultad respiratoria leve, moderada y grave que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Los datos se recolectaron de las historias clínicas de los pacientes y se procesaron empleando estadísticas descriptivas y distribuciones de frecuencia mediante fórmulas de Microsoft Excel. Predominaron los neonatos del sexo masculino, menores de 34 semanas, con peso por debajo de los 1500 gramos y puntaje de Apgar normal, en su mayoría nacidos por cesárea y sin maduración pulmonar previa. La tasa de supervivencia fue elevada acercándose al 98% de efectividad en los tratamientos aplicados. El objetivo del estudio es la de orientar las acciones de prevención, atención y control prenatal en la población gestantes en el área de Gineco-obstetricia, la propuesta se expone con un plan de cuidados estandarizados al personal de enfermería para llevar un control adecuado del recién nacido en esta institución de salud.

No. DE REGISTRO :

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL :

ADJUNTO PDF:

☒ SI

☐ NO

**CONTACTO CON
AUTOR/ES:**

Teléfono: 0981870237

E-mail: dellyleootmail.com

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Lic. DELLA MAGDALENA BRAVO RODRÍGUEZ, Mgs. Esp., del Programa de Maestría: EMERGENCIAS MÉDICAS, nombrado por el Decano de la Facultad de CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO: que EL “Trabajo de Titulación Especial”, , titulado **SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO EN PREMATUROS MODERADOS EN EL POLICLÍNICO MORA DE SANTO DOMINGO**, en opción al grado académico de Magíster en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente,



Lic. RUTH OVIEDO

TUTOR

Guayaquil, Diciembre del 2016.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado con mucho cariño a mi amada familia, en especial a mi hija que es la motivación que me impulsa a prepararme profesionalmente.

A aquellas personas que ocupan un lugar especial en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a Dios que me ha dado la vida, salud, inteligencia y sobre todo la fortaleza para seguir adelante.

A mis padres quienes siempre me han brindado lo mejor y su apoyo en forma incondicional, sobre todo con el amor que fortalece a la familia y que incentiva a ser cada día mejores.

A todas aquellas personas que han colaborado de forma directa en la culminación del presente trabajo académico con la finalidad de alcanzar una meta más en mi vida profesional.

A todos muchas gracias.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

A handwritten signature in purple ink, appearing to be 'Della Magdalena Bravo Rodríguez', is written over a horizontal line.

FIRMA

LIC. DELLA MAGDALENA BRAVO RODRÍGUEZ

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	6
MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Teorías generales	6
1.2. Teorías sustantivas	10
1.3. Referentes empíricos	12
 CAPÍTULO II	 14
MARCO METODOLÓGICO	14
2.1. Metodología	14
2.2. Métodos	14
2.2.1. Teóricos	14
2.2.2. Empíricos	15
2.3. Hipótesis	15
2.4. Universo y muestra	15
2.5- Operacionalización de variables	16
2.5.1. Variables de la Investigación	16
2.5.2. Operacionalización de variables	16
2.6. Gestión de datos	17
2.7. Criterios éticos de la investigación	17
 CAPÍTULO III	 18
RESULTADOS	18
3.1. Antecedentes de la población	18

3.2. Estudio de campo	22
CAPÍTULO IV	25
DISCUSIÓN	25
4.1. Contrastación empírica	25
4.2. Limitaciones	26
4.3. Líneas de investigación	26
4.4. Aspectos relevantes	27
 CAPÍTULO V	 28
PROPUESTA	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 No. de nacimientos de recién nacidos vivos prematuros moderados periodo enero-septiembre 2016 Policlínico Mora de Santo Domingo de los Tsáchilas.....	19
Tabla No. 2 Sexo de los recién nacidos prematuros	20
Tabla No. 3 Edad gestacional del Recién nacido	20
Tabla No. 4 Tratamiento aplicado.....	21
Tabla No. 5 Surfactante	21
Tabla No. 6 Días de tratamiento	22

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 No. de nacimientos de recién nacidos vivos prematuros moderados periodo enero-septiembre 2016 Policlínico Mora de Santo Domingo de los Tsáchilas	50
Gráfico No. 2 Sexo de los recién nacidos prematuros	50
Gráfico No. 3 Edad gestacional del Recién nacido	51
Gráfico No. 4 Tratamiento aplicado	51
Gráfico No. 5 Surfactante	52
Gráfico No. 6 Días de tratamiento	52

Resumen

El síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos prematuros moderados o enfermedad de la membrana hialina (EMH) es la patología respiratoria más frecuente en el recién nacido pretérmino. Como antecedente se encontró la falta de conocimiento de la población involucrada en este problema para llevar un control de cuidados estandarizados en el área a fin de proporcionar una mejor evaluación y seguimiento de los pacientes. Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, perteneciente a la línea de investigación de Atención Integral a la salud infantil. El universo de estudio se conformó con los 50 recién nacidos en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo de enero a septiembre del 2016 y la muestra la constituyeron el 100% de los casos presentados con Síndrome de dificultad respiratoria leve, moderada y grave que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Los datos se recolectaron de las historias clínicas de los pacientes y se procesaron empleando estadísticas descriptivas y distribuciones de frecuencia mediante fórmulas de Microsoft Excel. Predominaron los neonatos del sexo masculino, menores de 34 semanas, con peso por debajo de los 1500 gramos y puntaje de Apgar normal, en su mayoría nacidos por cesárea y sin maduración pulmonar previa. La tasa de supervivencia fue elevada acercándose al 98% de efectividad en los tratamientos aplicados. El objetivo del estudio es la de orientar las acciones de prevención, atención y control prenatal en la población gestantes en el área de Gineco-obstetricia, la propuesta se expone con un plan de cuidados estandarizados al personal de enfermería para llevar un control adecuado del recién nacido en esta institución de salud.

Palabras clave: Distres respiratorio, Membrana Hialina, parto prematuro

Abstract

Respiratory distress syndrome in moderate preterm infants or hyaline membrane disease (MCH) is the most common respiratory pathology in preterm infants. As antecedent was found the lack of knowledge of the population involved in this problem to bring a standardized care control in the area in order to provide a better evaluation and follow-up of patients. A descriptive, cross - sectional and retrospective observational study was carried out, belonging to the research line of Integral Attention to Children 's Health. The study universe consisted of 50 newborns in the Mora Polyclinic of the city of Santo Domingo de los Tsáchilas during the period from January to September of 2016 and the sample consisted of 100% of the cases presented with respiratory distress syndrome Mild, moderate and severe who entered the Neonatal Intensive Care Unit. Data were collected from patients' medical records and processed using descriptive statistics and frequency distributions using Microsoft Excel formulas. Prevalence of male infants, younger than 34 weeks, weighing less than 1500 grams and normal Apgar score, mostly born by cesarean section and without previous pulmonary maturation. The survival rate was high, approaching 98% of effectiveness in the treatments applied. The objective of the study is to orient the actions of prevention, care and prenatal control in the pregnant population in the area of Gineco-obstetrics, the proposal is exposed with a plan of standardized care to the nursing staff to take an adequate control of the newly Born in this health institution.

Key words: respiratory distress, hyaline membrane, preterm birth

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Membrana Hialina es considerada como una patología conocida como Síndrome de Distrés Respiratoria Neonatal la cual afecta al sistema respiratorio de los recién nacidos y por lo general en los que nacen de forma prematura de menos de 35 semanas de edad gestacional y es originado por la deficiencia del factor surfactante, sustancia tenso activa producida por los neumocitos tipo II que recubre los alveolos, lo que ocasiona dificultad respiratoria que se inicia en las primeras horas de vida extrauterina (Perez J., Blancas O.& Ramírez J. , 2014).

El comportamiento clínico de la presentación de la patología es cuando se presenta al nacimiento o poco tiempo después con polipnea y dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia, el manejo de estos pacientes es complejo y requiere un tratamiento multidisciplinario de soporte. La introducción de los corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y el tratamiento postnatal con surfactante ha modificado su evolución natural, disminuyendo su morbilidad (Gonzales C., Omaña M. , 2012).

En el Ecuador, la mortalidad infantil desde los años noventa se ha ido reduciendo progresivamente; sin embargo, el segmento correspondiente a la mortalidad neonatal y su morbilidad asociada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año. En consecuencia, constituye un desafío para los servicios públicos de salud del país (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014).

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1% (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014).

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), o enfermedad de la membrana hialina, es la complicación más frecuente de la prematurez, ya que más de la mitad de los recién nacidos con un peso al nacer de entre 501 gramos y 1500 gramos muestran

signos de SDR (Hack M., Horbar JD., Malloy MH., & cols., 2013). En neonatos con SDR, se demostró que el surfactante exógeno reduce la mortalidad y cualquier forma de pérdida de aire pulmonar en alrededor de un 30% y un 50%, respectivamente (5). El momento de la administración del surfactante exógeno parece ser crucial, ya que se ha demostrado que los neonatos que reciben surfactante profiláctico (administrado inmediatamente después del parto, antes de que el neonato desarrolle dificultad respiratoria) presentan mejores resultados que aquellos que reciben surfactante de rescate (administrado solamente a los que desarrollan dificultad respiratoria) (Soll R., Morley CJ. , 2012)

El problema se origina en los países en desarrollo como el Ecuador, en donde las muertes neonatales representan más de un tercio de todas las muertes, las tasas de mortalidad son muy altas en el periodo neonatal temprano: las muertes ocurren en las 24 horas de vida (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) existe el 60 y 70% de la mortalidad infantil y las principales causas son prematuridad 30.5%, por Enfermedad de Membrana Hialina especialmente en aquellos que nacen antes de la semana 32 y que pesan más de 1500 gr. (Mazzi G., 2014). La natalidad en América Latina las estadísticas elevadas pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos. Esto suele darse debido las diferencias sociales, económicas y de educación entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.

El Ecuador tiene actualmente una población alrededor de 16 millones de habitantes y el número de nacidos vivos cada año son muertes de neonatos menores de 28 días, ocurren en las primeras semanas de vida (Mazzi G., 2014).

Delimitación del problema

El Ecuador es un país en vías de desarrollo y como tal dentro de sus estadísticas generales en el área de Salud, presenta altas tasas de morbi-mortalidad infantil, como se mencionó anteriormente esta causa está relacionada al componente a la neonatalidad precoz, la cual está mayormente relacionada con los factores de prematuridad, y estos a su vez con la presencia del síndrome de distres respiratorio.

Varios estudios han demostrado que existen factores de riesgo perinatales que se asocian con dificultad respiratoria en el recién nacido. A pesar de haberse logrado adelantos técnicos, clínicos y de infraestructura en neonatología, la morbilidad neonatal sigue representando un gran problema, especialmente en el grupo de los que padecen distres respiratorio neonatal causado por diversos factores madre-feto que marcan alteraciones en el curso normal del embarazo y parto, repercutiendo en el recién nacido. Por lo tanto, el problema se lo delimita en los siguientes aspectos:

Campo.- Salud

Área.- Neonatología

Aspecto.- síndrome de distres respiratorio.

Problema.- Síndrome de distres respiratorio en prematuros moderados por membrana hialina en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo domingo área de Neonatología.

Delimitación espacial.-Se llevó a efecto en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo de los Tsachilas.

Delimitación temporal.- Se desarrollará durante el periodo del año 2016.

Formulación del problema

¿Cómo incide el Síndrome de distres respiratorio por membrana hialina en prematuros moderados atendidos en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo área de neonatología, periodo 2016?

Justificación

El presente estudio se realiza debido a la presentación de una considerable incidencia del Síndrome de Distres respiratorio por membrana hialina en prematuros moderados en la ciudad de Santo Domingo, aunque según las investigaciones se haya encontrado que se observa una notable caída de la mortalidad aún los datos son muy desiguales según reportes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) distan mucho de los países desarrollados, por lo tanto, se justifica el presente estudio porque aún hay que hacer muchos esfuerzos para mejorar estas cifras, la

investigación presente y futura para los profesionales en medicina debería centrarse en prevenir los nacimientos prematuros mejorar la calidad de atención en las unidades neonatales, reducir secuelas a largo plazo y los problemas de desarrollo entre los sobrevivientes.

Es importante conocer el impacto real de los diferentes factores de riesgo pre y post natales sobre la severidad del distres respiratorio en neonatos prematuros moderados, para conocer su comportamiento en nuestra población y poder identificar los pacientes que son de mayor riesgo para desarrollarla y posiblemente tomar decisiones terapéuticas más tempranas que puedan disminuir la severidad de la patología y así menos secuelas y menor costo en el manejo.

La investigación además tiene importancia porque su aporte permite el conocimiento para modificar los factores de riesgos en los neonatos en cuanto a la incidencia de síndrome de distres respiratorio por membrana hialina, de tal manera se diseñará un conjunto de recomendaciones metodológicas basadas en acciones de promoción y prevención de salud. Siendo así de mucha importancia para disminuir el riesgo de mortalidad neonatal.

Objeto de estudio

Recién nacidos prematuros moderados con cuadro clínico de distres respiratorio.

Campo de acción o de investigación

Unidad de Neonatos del Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, periodo 2016.

Objetivo general

Determinar el Síndrome de distres respiratorio por membrana hialina nacidos en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, periodo 2016.

Objetivos Específicos

- Determinar los factores de riesgo de Síndrome de Distres respiratorio por membrana hialina en neonatos prematuros moderados.
- Cuantificar los casos de Síndrome de Distres respiratorio por membrana hialina atendidos en el servicio de neonatología del Policlínico Mora de Santo Domingo.
- Identificar las complicaciones respiratorias neonatales asociadas al síndrome de Distres respiratorio.
- Establecer los antecedentes gineco-obstétricos que ocasionan el síndrome de dificultad respiratoria.
- Establecer los cuidados especiales que deben aplicarse en el área de Neonatología según el cuadro clínico de distres respiratorio.
- Elaborar una propuesta de plan de cuidados del paciente neonatal con distres respiratorio.

La novedad científica

El estudio especializado en el área de neonatología y establecer el conocimiento sobre los manejos adecuados en los casos de patologías como el distres respiratorio en neonatos prematuros tanto en sus particularidades clínicas y epidemiológicas, se pueden conocer las estrategias adecuadas para su cuidado en los profesionales médicos y de enfermería y todo el grupo de apoyo que interviene en el cuidado del neonato. Además de contribuir a la prevención y aplicar controles prenatales eficientes durante el embarazo que fomenten la disminución de índices de morbilidad y mortalidad por trastornos respiratorios en el recién nacido a través del seguimiento materno-fetal de forma adecuada y oportuna.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Teorías generales

La Enfermedad de Membrana Hialina también llamada la Enfermedad por déficit de Surfactante o Síndrome de Distres Respiratorio (SDR) es un cuadro clínico que ocurre en recién nacidos especialmente prematuros, y que se encuentra asociado al déficit de surfactante alveolar en el pulmón inmaduro de estos neonatos (Sinha SK., Gupta S. & Donn S., 2014)

Su incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional, ya que está relacionada con la inmadurez pulmonar. Así se describe una incidencia aproximada del 80% en neonatos con edad gestacional de 28 semanas o menos, un 75% en neonatos entre 29 y 30 semanas, 48% en aquellos con 31 a 32 semanas de edad gestacional y 33% en los mayores de 33 semanas. Después de las 33 a 36 semanas de edad gestacional la incidencia es del 15 al 30%, mientras que en los mayores de 37 semanas es de apenas un 5% (18), siendo la EMH la causa más común de dificultad respiratoria en el período neonatal. De los factores de riesgo asociados con RDS incluye menor la edad gestacional, asfixia perinatal, y la diabetes materna (García Arias, P. Zuluaga Arias, M. C. Arrabal Terán, J. Arizcun Pineda. , 2015)

De acuerdo con lo expuesto por **(Godoy Ramírez, 2012)**

Las tasas de supervivencia de los recién nacidos prematuros y de muy bajo peso reflejan la calidad de la atención prenatal, del cuidado proveído durante el parto y la infraestructura para la atención neonatal en las distintas regiones y países de la mundo. Se espera que los países más ricos tengan menores tasas de mortalidad neonatal temprana y tardía que los países donde la asistencia sanitaria es menos fuerte. En contraste, la frecuencia de la prematuridad es mayor en los países más pobres, porque precisamente las condiciones de salud de la futura madres son menos estables (p. 52).

Es decir, que el éxito de los procedimientos que se apliquen ante la presentación de este cuadro clínico en los neonatos prematuros dependerá de las condiciones como se maneja el mismo en la atención prenatal y los cuidados que se proveen al neonato, mientras mejor equipado se encuentre la unidad de salud y cuente con especialistas

sobre el tema, el problema tiene menos prevalencia de morbilidad en el recién nacido.

Avery ME., Mead J., (2014) fueron los primeros en demostrar que la disminución del surfactante pulmonar es crítica en el desarrollo de SDR. El surfactante pulmonar es una sustancia producida a partir de la semana 20 de edad gestacional por las células alveolares tipo II (neumocitos tipo II), pero no es liberada a la superficie alveolar sino hasta las 24 semanas, con una tasa más alta de producción después de las 34 semanas de gestación.

De acuerdo con Pickerd Nicole & Kotecha Sailesh, (2013)

El surfactante pulmonar se ha asociado a varias funciones tanto biofísicas como no biofísicas. Entre las primeras se encuentra la capacidad para disminuir la tensión superficial, dada su alta actividad de superficie confiere estabilidad al alveolo en condiciones de bajo volumen y presión pulmonar (final de la espiración), evitando el colapso del mismo en estas circunstancias. Igualmente contrarresta las fuerzas físicas que promueven al flujo de contenido intravascular (proteínas, líquido, etc.) hacia el espacio alveolar. Entre sus funciones no biofísicas se destacan su capacidad inmunomoduladora y modificadora de la respuesta inflamatoria, específicamente por las proteínas del surfactante. Al nacer, la primera respiración requiere de la mayor presión inspiratoria del ser humano (alrededor de 10-20cm de H₂O), con lo cual los alvéolos se expanden por primera vez (p. 153-157)

Según lo expuesto por los autores, quienes afirman que ante la presencia de una adecuada cantidad de surfactante pulmonar que impide el colapso alveolar al final de la espiración, los pulmones retienen hasta un 40% del volumen residual, de tal manera, que para las siguientes respiraciones no se necesitan presiones inspiratorias tan elevadas (alrededor de 4cm H₂O)(25). En el pulmón del prematuro no ocurre esto, pues al tener un déficit de surfactante pulmonar ocurre colapso alveolar al final de la espiración conduciendo a atelectasia de alvéolos y bronquiolos terminales; de modo que este neonato debe realizar un esfuerzo mayor con cada respiración subsiguiente para lograr la presión inspiratoria necesaria para la apertura alveolar. Este proceso conduce a lesión alveolar y bronquiolar, fenómeno conocido como recorex (expansión y colapso alveolar repetido) que se traduce en fuga de contenido plasmático, compuesto principalmente por proteínas y fibrina dentro del alvéolo, dando origen a las llamadas “membranas hialinas”.

Habitualmente, los neonatos con SDR presentan manifestaciones clínicas al nacer o dentro de las dos primeras horas de vida. En ausencia de tratamiento la dificultad respiratoria se agrava pudiendo desaparecer el quejido para dar paso a apnea, hipotensión, palidez, deterioro neurológico y cianosis que no responde a la administración de oxígeno, y finalmente conducen a paro respiratorio y muerte. Los signos clínicos suelen ser más marcados mientras menor sea la edad gestacional (Godoy Ramírez, 2012).

El uso de surfactante pulmonar exógeno ha modificado el curso natural de la enfermedad, acelerando la mejoría y disminuyendo la mortalidad.

El manejo postnatal del pretérmino puede considerarse como un cuidado de soporte mientras la inmadurez fisiológica y anatómica se adapta al medio postnatal independiente de la circulación placentaria. Las demandas asociadas del sistema respiratorio y cardiovascular, su transición a la liberación oxígeno tisular y eliminación del dióxido de carbono tienen que tener lugar muy rápidamente. En general, con el incremento de la edad gestacional, particularmente en las gestaciones mayores de 32 semanas, la mayoría de prematuros son capaces de manejar la transición con mínima ayuda. Por debajo de las 32 semanas de gestación aumenta la predisposición para desarrollar SDR más severo y frecuentemente requieren algunas medidas de soporte respiratorio (Pickerd Nicole, Kotecha Sailesh , 2013).

Mientras muchas alternativas o apoyos respiratorios complementarios existen, la evidencia para comparar la efectividad individualmente y para estrategias clínicas tienen una base limitada. Hay preocupación semejante sobre las potenciales secuelas respiratorias y neurológicas de varias de las estrategias y modalidades de tratamiento. Avances en el cuidado intensivo neonatal y el muy difundido uso de esteroides prenatales, soporte ventilatorio y uso de surfactante han aumentado considerablemente la supervivencia de los prematuros extremos (Torresin M, Zimmermann LJ, Cogo PE, Cavicchioli P, Badon T, Giordano G, et al., 2012).

A pesar de estos adelantos, las consecuencias del déficit de surfactante y su manejo (lesión pulmonar epitelial e inflamación llevando finalmente a BPD) no se han reducido significativamente. La discusión de la prevención prenatal de la prematuridad y el SDR está más allá del alcance de esta revisión (Torresin M, Zimmermann LJ, Cogo PE, Cavicchioli P, Badon T, Giordano G, et al., 2012).

Estudios clínicos han mostrado que el tratamiento materno con corticoides disminuye la incidencia de SDR hasta en un 50%, y los infantes que desarrollan SDR tienden a tener una enfermedad menos severa (Rodríguez RJ, Martin RJ & Fanaroff A., 2012). No existe ninguna duda respecto al beneficio importante para el tratamiento prematuro con esteroides antenatales, en cuanto a la disminución en la incidencia y severidad de la enfermedad de membrana hialina. En cuanto al sinergismo existente entre esteroides antenatales y surfactante postnatal (el hecho que se cuente con la terapia con surfactante, no implica que no siga siendo igual de importante el tratamiento con esteroides antenatales), debido al incremento en el volumen pulmonar, los fetos tratados con corticoides tienen una mayor respuesta al surfactante postnatal, al disminuir la inhibición del surfactante por proteínas plasmáticas. Hay un efecto aditivo o sinérgico entre los pulmones expuestos a corticoide y el tratamiento con surfactante, con un efecto adicional de la disminución en la incidencia de edema pulmonar y hemorragia periventricular (Rodríguez RJ, Martin RJ & Fanaroff A., 2012).

Las respuestas de los pulmones fetales a los corticoesteroides son múltiples y afectan muchos sistemas diferentes que pueden influir en la evolución clínica. La respuesta particular depende en especial, de la dosis de corticoides y la edad gestacional. En general, los corticoides inducen una maduración estructural pulmonar por incremento de la superficie de áreas para el intercambio de gas como es reflejado por medición del volumen pulmonar. Aunque el principal efecto de los corticoides en los pulmones fetales parece ser inducir la síntesis de surfactante, efectos en las enzimas de la vía de la síntesis no han sido demostrados de forma consistente, y el pool de surfactante no se incrementa hasta 4 días después de que el tratamiento materno con corticoides se ha instaurado (Blickstein Isaac, Shinwel Eric S, Ayala Lusky, & Reichma Brian, 2015) .

La función pulmonar puede mejorar tras el tratamiento materno con glucocorticoides aunque el surfactante no se haya incrementado por cambios en la estructura pulmonar. El último consenso de la Academia Americana de Obstetricia recomienda el uso de esteroides antenatales desde la semana 24 hasta la semana 36, inclusive (Blickstein Isaac, Shinwel Eric S, Ayala Lusky, & Reichma Brian, 2015) .

1.2. Teorías sustantivas

Riesgo neonatal

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como “la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida”. Se considera un problema de salud pública y es el indicador básico a considerar para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. En este sentido la OMS recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpitations del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria.

La enfermedad y la muerte del recién nacido están asociadas a diversos factores relacionados con los genes y el medio ambiente, se asocia a la restricción del crecimiento fetal, mujeres con talla menor de 156 cm, embarazos múltiples e hipertensión arterial. En embarazos de peso normal al nacer, el riesgo de muerte neonatal se asocia a la edad de la madre sobre todo en las adolescentes, el hábito de fumar, embarazos múltiples, hipertensión arterial y fundamentalmente las características individuales del neonato.

Enfermedad por membrana Hialina

La afectación de la membrana hialina en los neonatos prematuros, también recibe el nombre de síndrome de dificultad respiratoria, este diagnóstico clínico se justifica en un recién nacido prematuro con dificultad respiratoria que implica taquipnea (> 60 respiraciones por minuto), retracciones torácicas y cianosis al respirar aire ambiental que persiste o progresa en las primeras 48-96 horas de vida y con una radiografía de tórax característica (patrón retinologranular uniforme y broncogramas aéreos periféricos) (Gastélum, 2013)

Por lo general, este riesgo disminuye cuando la edad gestacional es mayor en donde se observa en el 60% de neonatos menores de 28 semanas, en 30% de nacidos entre 28 y 34 semanas y en menos del 5% de recién nacidos mayores de 34 semanas (Ministerio de Salud de España, 2015)

Composición y fisiopatología del Surfactante

El surfactante pulmonar es una mezcla, un complejo que contiene especialmente lípidos y proteínas. Los fosfolípidos constituyen el 80% y es la fosfatidilcolina desaturada (DPPC) la más abundante seguida por el fosfatidilglicerol (PG), tiene además un 10% de proteínas denominadas; A (SP-A), B (SP-B), C (SP-C y D (SP-D) así como algunas proteínas contaminantes como la albúmina.

En el síndrome de dificultad respiratoria, la frecuencia respiratoria se encuentra elevada por lo que a pesar del volumen corriente (V_t) disminuido, la ventilación minuto inicialmente esta incrementada. Debido a la deficiencia o disminución en la cantidad o calidad del surfactante pulmonar la mayor parte del pulmón está colapsado o poco ventilado y la mayor parte de la ventilación alveolar se deriva a una región muy pequeña del pulmón lo que conlleva a una disminución de la capacidad residual funcional (CRF). Asimismo la distensibilidad está muy disminuida, no tanto por el tórax del recién nacido que es fácilmente distensible, sino que por los pulmones que con esta deficiencia de surfactante llegan a tener mediciones de la distensibilidad de 0.3-0.6 ml/cmH₂O/kg en lugar de 2.0-2.5 ml/cmH₂O /kg que es lo normal, lo cual traduce una distensibilidad menor al 30% de lo normal (Ministerio de Salud de México, 2015)

La resistencia de la vía aérea es normal pero con tendencia a incrementarse hasta en 40-50% como resultado de todo esto el trabajo respiratorio se verá incrementado en poco más del 50% (Ministerio de Salud de México, 2015).

Factores de riesgo

Los factores que disminuyen la posibilidad de enfermedad en la membrana hialina son: el sufrimiento intrauterino crónico, ruptura prolongada de membranas, hipertensión materna, uso de narcóticos y cocaína, retardo de crecimiento intrauterino corticoesteroides, agentes tocolíticos (Ecured, 2015).

Los factores que aumentan la posibilidad de padecer enfermedad membrana hialina son: prematuridad en el neonato, diabetes materna, factores genéticos, hidropesía, predisposición familiar, corioamnionitis, sexo masculino, hernia diafragmática, asfixia perinatal, cesáreas sin trabajo de parto. (Ecured, 2015).

Cuadro clínico

Los signos de dificultad respiratoria pueden manifestarse desde los primeros minutos de vida o después de algunas horas, y por lo general son de incremento gradual. Aunque en ocasiones estos signos de dificultad respiratoria son menos marcados debido a la debilidad de la musculatura respiratoria, lo que los llevará rápidamente a una falla respiratoria con hipoventilación y apnea. (Ministerio de Salud de México, 2015)

Los signos de dificultad respiratoria se manifiestan con taquipnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea, disociación toracoabdominal, aleteo nasal, y quejido espiratorio, este último es uno de los más frecuentes y es motivado por el cierre de los glotis en su afán de realizar un auto PEEP (presión positiva al final de la espiración) para conservar los alveolos abiertos y aumentar el volumen residual pulmonar para un adecuado intercambio gaseoso. A la auscultación de campos pulmonares se encontrará la disminución del murmullo vesicular habitualmente en forma bilateral.

Además de los signos de dificultad respiratoria se puede presentar cianosis central que obligará al uso de oxigenoterapia en cualquiera de sus modalidades y que podría variar desde los casos leves que solo requieran apoyo con oxígeno o bien casos moderados y severos que requerirán CPAP (presión positiva continua en vías aéreas) o ventilación mecánica en sus diversas modalidades según lo requiera cada paciente. (Ministerio de Salud de México, 2015)

1.3.Referentes empíricos

El parto prematuro es el determinante más importante de la mortalidad infantil entre países. Tanto en hospitales de países desarrollados como en vía de desarrollo, la prematuridad es también el principal factor determinante de la mortalidad neonatal. Según estadísticas en el año 2004, los nacimientos antes de 24 semanas en los Estados Unidos fue 0,8% del total de nacidos vivos y fueron responsables de 46,3% de las muertes infantiles.

La frecuencia de la prematuridad está aumentando en todo el mundo, con la posible excepción de Francia y Finlandia. En Brasil, en 2004, hubo 3.026.548 nacimientos, de los cuales 34.012 (1,1%) pesaron <1 .500 G.5. Durante el mismo año, 54.183 niños murieron antes de 1 año de edad, 15.560 (29%) de los cuales su peso al

nacer era < 1500 g los cuales murieron antes de completar los 7 días de vida (Revista de Pediatría, 2014).

Con el fin de analizar la tasa de mortalidad neonatal precoz de los prematuros recién nacidos es necesario tener en cuenta el contexto en el que se obtuvieron los datos, es decir la calidad de la atención prenatal, la calidad de la atención prestada durante el trabajo y la entrega, la infraestructura en términos de material físico, los recursos humanos y la prevalencia del uso de las intervenciones basadas en pruebas, además de la participación de la familia en cuidados intensivos neonatales.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Metodología

A continuación se explicarán los métodos y protocolos de atención que se utilizaron en la presente investigación, de tal manera que el lector pueda conocer y entender de forma clara el procedimiento que se llevara a efecto para lograr cumplir los objetivos planteados.

La modalidad de la investigación se la considera dentro del paradigma propositivo, debido a que enfoca el planteamiento de una propuesta viable basado en el problema observado en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo, en la Unidad de Neonatos en donde se presentan casos de Distres respiratorio en los neonatos prematuros y trata de buscar las soluciones que ayuden en la prevención del problema estudiado.

2.2. Métodos

2.2.1. Teóricos

Los métodos empleados en el presente estudio sobre el cual se desarrolló es cuali-cuantitativo porque busca la comprensión y compresión de los factores que prevalecen en la aparición del síndrome de dificultad respiratoria en los recién nacidos prematuros, pudiendo orientar el tratamiento adecuado en los mismos y de esta manera evitar las complicaciones para mejorar el pronóstico de los mismos.

También se aplica el método analítico sintético debido a que se analizó y conceptualizó las generalidades del Distres respiratorio tales como son los factores de riesgo, incidencia y manejo que debe emplearse en los recién nacidos que presentaron esta patología en el Policlínico Mora de Santo Domingo.

Se realizará un enfoque cuantitativo de diseño no experimental de tipo transversal, analítico la información se obtuvo de las historias clínicas, con la finalidad de conocer los factores de riesgos en el Síndrome de Distres respiratorio por la enfermedad membrana hialina en recién nacidos prematuros moderados atendidos e ingresados en el servicio de neonatología del Policlínico Mora en Santo Domingo de los Tsachilas. Se emplea la investigación documental-bibliográfica y Web grafica considerando las referencias de los diferentes autores.

2.2.2. Empíricos

Los métodos empíricos son aquellos que se emplean a través de los procedimientos técnicos de recolección de datos, a través de fichas de observación de cuadros clínicos y demás manifestaciones patológicas en los pacientes de la unidad de Neonatología.

2.3. Hipótesis

La prevalencia de riesgo de prematurez en los neonatos incide en la aparición del cuadro clínico de Síndrome de Distres respiratorio por Enfermedad Membrana Hialina en el Policlínico Mora de Santo Domingo del servicio de neonatología.

2.4. Universo y muestra

Lugar: Policlínico Mora de Santo Domingo de la ciudad de Santo Domingo de los Tsachilas.

Tiempo: Año 2016

Universo: El universo está conformado por los recién Nacidos prematuros que fueron ingresados en la Unidad de Neonatología que fueron hasta el mes de Septiembre del año 2016 de 50 pacientes.

2.5. CDIU – Operacionalización de variables

2.5.1. Variables de la Investigación

Variable Independiente: Distres Respiratorio

Variable Dependiente: Neonatos prematuros moderados

2.5.2. Operacionalización de variables

CATEGORÍA	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	UNIDAD DE ANALISIS
Neonatos prematuros moderados	Edad de la madre	• Uso de Ecografía • Tabla de gestación de acuerdo a la semana • Medición del útero grávido de acuerdo al tiempo de gestación	Gestantes del Policlínico Mora
	Edad gestacional	• Ecografía ante de parto pretérmino	Sala de ecografía
	Sexo del bebé	• Observación	Écografía
	Vía de nacimiento	• Parto normal • Cesárea	Sala de partos
Distres respiratorio por membrana hialina	Diagnóstico de Síndrome respiratorio	• Análisis físico	Servicio de pediatría
	Tratamiento aplicado	• Oxigenoterapia • HOOD • CPAP • Ventilación asistida	Servicio de Neonatología y pediatría

2.6. Gestión de datos

Los datos se gestionan a través de la recolección de Historias Clínicas de los pacientes mediante la técnica de observación directa (Anexo 1)

La información se almacenó en una base de datos en el programa Microsoft Excel los cuales son interpretados mediante tablas y gráficos estadísticos.

2.7. Criterios éticos de la investigación

La investigación se realiza mediante el proceso de investigación documental y bibliográfica, se seleccionan los contenidos expuestos según el criterio del investigador y el especialista revisor de proceso indagador.

Para la obtención de los datos estadísticos y estudio de campo se solicita la autorización de los encargados del área de Estadística y del Servicio de Neonatología del Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo, con la finalidad de obtener datos concretos que permitan la elaboración de una propuesta viable que contribuya a la disminución de la prevalencia y factores de riesgo de Síndrome de distres respiratorio en los prematuros moderados de esta unidad objeto de estudio.

Se cuenta con el consentimiento informado para poder realizar la investigación a las autoridades competentes de la Institución de Salud en donde se realiza el estudio, se presenta específicamente el caso, el tema a analizar, la situación con respecto a los intereses del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes en estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Antecedentes de la población

Ecuador construye un proceso de cambio encaminado a crear una sociedad incluyente, solidaria y justa, con relaciones equitativas orientadas a establecer el buen vivir que se expresa en el Objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir:

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador es responsable de la formulación, desarrollo, implementación, control y seguimiento de las leyes, políticas y normativas de salud, teniendo como base la información estadística que debe ser válida y confiable.

En los últimos años en el cantón Santo Domingo de los Tsáchilas se ha incrementado de forma considerable la población en el cantón y con ello la necesidad de servicios de salud. Como se puede observar el sector de salud con un bajo índice de establecimientos de salud, las mismas que no cubren con las necesidades y expectativas de población y como consecuencia existe un alto índice de establecimientos de salud del sector privado que brindan éste servicio.

La escasa oferta física de servicios de salud, se incrementa por la falta de profesionales de salud en especialidades básicas y subespecialidades, debido a que en todo el cantón existen insuficientes profesionales médicos distribuidos en todas las unidades de salud del MSP, que en el sector son en su mayoría de atención ambulatoria y atención primarias.

El principal problema que tiene el Policlínico Mora en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas es la gran demanda de atenciones en el servicio de emergencia, que ha hecho que todos los esfuerzos realizados para cubrir esta necesidad

sean insuficientes, por eso en esta oportunidad de manera **URGENTE** solicito el apoyo Institucional presentando la propuesta de solución.

Esta Unidad de Salud que brinda servicios médicos especializados de forma particular en Santo Domingo, no está ajeno a una gran realidad que tiene todo el país, referente a que las consultas que se demandan y son atendidas en los servicios de Emergencia los cuales son en su mayoría atendidas con una favorable respuesta en base al alcance del logro de los objetivos del plan de salud nacional para el servicio de la comunidad.

Tabla No. 1 No. de nacimientos de recién nacidos vivos prematuros moderados periodo enero-septiembre 2016 Policlínico Mora de Santo Domingo de los Tsáchilas

No. de nacimientos	Morbilidad	%	Mortalidad	%
50	43	86%	7	14%

Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

Análisis

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio de campo, 43 casos de recién nacidos vivos fueron prematuros presentando cuadros de morbilidad en un 86%, un 14% el cual representan a 7 casos presentaron complicaciones agravadas que llevaron al fallecimiento del recién nacido.

Tabla No. 2 Sexo de los recién nacidos prematuros

Sexo del R/N	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	29	58%
Femenino	21	42%
Total	50	100%

Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

Análisis

Como se puede observar en el presente estudio, se presentaron en un 58% que corresponden a 29 casos de recién nacidos prematuros moderados del sexo masculino y el 42% que corresponden a 21 casos de recién nacidos prematuros fueron del sexo femenino.

Tabla No. 3 Edad gestacional del Recién nacido

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
29-30 semanas de gestación	10	20%
31-32 semanas de gestación	16	32%
33-34 semanas de gestación	14	28%
35 semanas de gestación	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

Análisis

La indagación de las fichas clínicas refleja que la mayor cantidad de recién nacidos prematuros fueron de 16 casos representando al 32% en parto a pretérmino en 31 – 32 semanas de gestación, 14 casos que representan el 28% nacieron a las 33-34 semanas de gestación, 10 casos se presentaron con el 20% nacieron a las 29-30 semanas de gestación y la misma cantidad se presentó el nacimiento a las 35 semanas de gestación con el 20% siendo estos 10 casos.

Tabla No. 4 Tratamiento aplicado

Tratamiento aplicado	Frecuencia	Porcentaje
Ventilación asistida	32	64%
HOOD	4	8%
CPAP	8	16%
Oxigenoterapia	6	12%
Total	50	100%

Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

Análisis

De acuerdo a los tratamientos aplicados a los recién nacidos prematuros moderados con cuadro clínico de Distres respiratorio, el 64% que representa a 32 casos recibieron ventilación asistida, también un porcentaje del 16% siendo estos 8 casos recibieron el CPAP como tratamiento, el 12% siendo estos 6 casos recibieron oxigenoterapia y el 8% siendo estos 4 casos se les aplicó HOOD como tratamiento.

Tabla No. 5 Surfactante

Surfactante	Frecuencia	Porcentaje
Aplica	38	76%
No aplica	12	24%
Total	50	100%

Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

Análisis

Según el tipo de medicación necesaria aplicada en estos casos para la maduración pulmonar del recién nacido prematuro como es el surfactante en 38 casos que representan el 76% se les aplicó por lo menos una dosis única, el 24% que son 12 casos el médico tratante no consideró necesaria su aplicación.

Tabla No. 6 Días de tratamiento

Días de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
> de 24 horas	3	6%
De 1 a 2 días	11	22%
De 3 a 4 días	8	16%
De 5 a 6 días	10	20%
De 7 a 8 días	9	18%
De 9 a 10 días	5	10%
> de 10 días	4	8%
Total	50	100%

Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

Análisis

De acuerdo al cuadro clínico de los pacientes, el 22% de los recién nacidos que son 11 casos necesitó de 1 a 2 días de tratamiento, el 20% de 5 a 6 días que fueron 10 casos, el 18% de 7 a 8 días de tratamiento los cuales fueron 9 casos de recién nacidos, el 16% que fueron 8 casos tuvieron necesidad de 3 a 4 días de tratamiento, otros 4 casos fueron necesarios más de 10 días de tratamiento con el 8% y solo 3 casos que representaron el 6% necesitó menos de 24 horas de tratamiento asistido respiratorio en Neonatología.

3.2. Estudio de campo

En el caso de los recién nacidos prematuros los cuales durante el periodo de estudio se presentaron 50 casos, 43 de ellos sobrevivieron a las complicaciones de distres respiratorio a su nacimiento, 7 casos presentaron complicaciones agravadas que llevaron al fallecimiento del paciente atendido en Neonatología.

En su mayoría que fue el 58% de recién nacidos prematuros moderados fueron del sexo masculino. La mayoría de ellos nació entre las 31-32 semanas de gestación, seguida de los partos presentados a las 33-34 semanas de gestación con mayor prevalencia en esta unidad de Salud privada.

De acuerdo al tratamiento aplicado la mayoría de los pacientes fue necesario el monitoreo con ventilación asistida y en otros casos fue necesario otros tipos de tratamiento complementario de acuerdo al cuadro clínico que presentaron pacientes.

Además que la mayoría de ellos requirió de por lo menos de una dosis de surfactante en un 76% los cuales ayudan a la maduración pulmonar en casos de prematuridad al nacimiento.

La mayoría de los recién nacidos necesitó más de 2 días de tratamiento, en otros casos algunos tuvieron una estancia en tratamiento superior a los 10 días con ventilación asistida y demás aplicaciones protocolarias de cuidados en este cuadro clínico hasta el alta del paciente del servicio de Neonatología.

Resultado de la Prueba Chi Cuadrado según las variables intervinientes

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
1 No. de nacimientos de recién nacidos vivos prematuros moderados periodo enero-septiembre 2016 Policlínico Mora de Santo Domingo de los Tsáchilas * Surfactante	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Distribución por sexo del RN * Surfactante	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Distribución por edad gestacional * Surfactante	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
1 No. de nacimientos de recién nacidos vivos prematuros moderados periodo enero-septiembre 2016 Policlínico Mora de Santo Domingo de los Tsáchilas * Surfactante [recuento, fila %, columna %].						
1 No. de nacimientos de recién nacidos vivos prematuros moderados periodo enero-septiembre 2016 Policlínico Mora de Santo Domingo de los Tsáchilas	Surfactante		Total			
	No aplica	Aplica				
	11,00	1,00				
	,00%	100,00%				
	,00%	2,63%				
Fallecidos	7,00	,00				
	100,00%	,00%				
	58,33%	,00%				
Nacidos	5,00	37,00				
	11,90%	88,10%				
	41,67%	97,37%				
Total	12,00	38,00				
	24,00%	76,00%				
	100,00%	100,00%				

Pruebas Chi-cuadrado.

Estadístico	Valor	df	Sig. Asint. (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	25,85	2	,000
Razón de Semejanza	24,45	2	,000
Asociación Lineal-by-Lineal	,45	1	,501
N de casos válidos	50		

Distribución por sexo del RN * Surfactante [recuento, fila %, columna %].

Distribución por sexo del RN	Surfactante		Total
	No aplica	Aplica	
Femenino	12,00	9,00	21,00
	57,14%	42,86%	100,00%
	100,00%	23,68%	42,00%
Masculino	,00	29,00	29,00
	,00%	100,00%	100,00%
	,00%	76,32%	58,00%
Total	12,00	38,00	50,00
	24,00%	76,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Pruebas Chi-cuadrado.

Estadístico	Valor	df	Sig. Asint. (2-colas)	Sig. Exact. (2-tailed)	Sig. Exact. (1-tailed)
Chi-cuadrado de Pearson	21,80	1	,000	,000	,000
Razón de Semejanza	26,43	1	,000		
Prueba exacta de Fisher					
Corrección de continuidad	18,78	1	,000		
Asociación Lineal-by-Lineal	21,37	1	,000		
N de casos válidos	50				

Distribución por edad gestacional * Surfactante [recuento, fila %, columna %].

<i>Distribución por edad gestacional</i>	<i>Surfactante</i>		Total
	No aplica	Aplica	
22,00	,00 ,00% ,00%	1,00 100,00% 2,63%	1,00 100,00% 2,00%
35 semanas	9,00 100,00% 75,00%	,00 ,00% ,00%	9,00 100,00% 18,00%
33-34 semanas	3,00 20,00% 25,00%	12,00 80,00% 31,58%	15,00 100,00% 30,00%
31-32 semanas	,00 ,00% ,00%	15,00 100,00% 39,47%	15,00 100,00% 30,00%
29-30 semanas	,00 ,00% ,00%	10,00 100,00% 26,32%	10,00 100,00% 20,00%
Total	12,00 24,00% 100,00%	38,00 76,00% 100,00%	50,00 100,00% 100,00%

Pruebas Chi-cuadrado.

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>df</i>	<i>Sig. Asint. (2-colas)</i>
Chi-cuadrado de Pearson	36,84	4	,000
Razón de Semejanza	40,10	4	,000
Asociación Lineal-by-Lineal	1,45	1	,229
N de casos válidos	50		

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

4.1. Contrastación empírica

El distres respiratorio es una condición patológica a la membrana hialina que afecta en un elevado porcentaje a los recién nacidos prematuros con prevalencia a los de menor a 35 semanas de gestación y que llegan a trabajo de parto pretérmino, causando altas tasas de morbilidad y mortalidad natal. Según los estudios realizados los recién nacidos prematuros por lo general además presentan bajo peso al nacer los cuales constituyen un grupo de real interés, ya que si bien representan el 1-1,5% del total de los nacimientos son responsables del 50% de la mortalidad neonatal y del 25-30% de la mortalidad infantil en la región del cono sur de América. (Ministerio de Salud de Argentina, 2014)

Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón al nacer incluyen prematuridad, diabetes materna y factores genéticos como etnia blanca, historia de Síndrome de Distres Respiratorio en hijos previos y sexo masculino. Las malformaciones torácicas que originan hipoplasia pulmonar, como la hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante. El déficit congénito de proteína B del surfactante, da origen a la proteinosis alveolar congénita que en sus primeras etapas simula una enfermedad de membrana hialina y es generalmente letal. (Quiroga, 2015)

En contrastación empírica se observó que este cuadro clínico por lo general se presenta en recién nacidos del sexo masculino, lo cual concuerda con el presente estudio en donde se encontró que el 58% de los recién nacidos presento esta patología de distres respiratorio en recién nacidos varones con mayor prevalencia en las del sexo femenino.

Entre los tratamientos aplicados a los recién nacidos se concuerda generalmente a nivel institucional y de acuerdo a los estándares internacionales del manejo de la patología en donde el Síndrome de Distres Respiratorio evidencia la presencia de dificultad respiratoria (quejido, retracción subcostal y/o intercostal, taquipnea, aleteo nasal, cianosis) con requerimientos de O₂ en las primeras 24 h de vida y radiografía de

tórax con hallazgos característicos, como disminución del volumen pulmonar y opacidad difusa reticulonodular con broncograma aéreo. Se aplica como tratamiento el uso de surfactante, ventilación mecánica, días de oxigenoterapia y de hospitalización. (Tapia, 2013)

4.2. Limitaciones

Las limitaciones solo se vieron reflejadas en los criterios de inclusión y exclusión que tuvo la investigadora al realizar el trabajo indagatorio, en donde en primera instancia en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas no se presenta una alta demanda de partos durante el periodo en estudio de enero a septiembre del 2016.

Criterios de inclusión

Partos a pretérmino moderados

Cesáreas

Criterios de exclusión

Partos prematuros de antes de 29 semanas de gestación

Cesáreas con complicaciones maternas.

4.3. Líneas de investigación

Área de Cuidados intensivos en Neonatología, prevención y cuidados de la salud pediátrica.

4.4. Aspectos relevantes

Como aspecto relevante se puede destacar que en la contrastación empírica de la investigación los casos estudiados en el Policlínico Mora coinciden con las teorías relacionadas a los factores de riesgos, síntomas del cuadro clínico, afectación según la edad gestacional del recién nacido y tratamientos aplicados.

Considerando que en teoría como base general la alteración fundamental del Síndrome de Distres Respiratorio es el déficit de surfactante a nivel de la interfase aire-líquido dentro del alvéolo, aumentando la tensión superficial, situación que lleva a que éste se colapse en la espiración, no quede volumen residual funcional y disminuya la función pulmonar.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

Título

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PAC NEONATAL CON DISTRES RESPIRATORIO

Antecedentes

La propuesta consiste en desarrollar un Plan de cuidados estandarizado del PAC Neonatal con Distres Respiratorio, trabajando de forma interdisciplinaria entre quienes conforman los equipos de enfermeras y médicos que están a cargo del Servicio de Neonatología, el cual ayudará a promover la prevención de de los partos prematuros y complicaciones en el embarazo que conlleven al cuadro clínico del Síndrome de Distres Respiratorio en el Policlínico Mora de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas. Así, con anticipación podrían empezar a realizar cambios para la disminución de los factores de riesgo que coadyuvan al padecimiento y elevados índices de morbilidad y mortalidad en el recién nacido.

Objetivo

Orientar las acciones de prevención, atención y control prenatal en la población gestantes en el área de Gineco-obstetricia, fundamentadas en la atención primaria en salud, para reducir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos pediátricos.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PAC NEONATAL CON DISTRES RESPIRATORIO

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE ESTANDAR

RECIENTE NACIDO DE AMBOS SEXOS MAYOR O IGUAL A 35 SEMANAS DE GESTACION QUE PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA AL INGRESO SIN OTRAS COMPLICACIONES.

TIEMPO MEDIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA 10 DIAS

ALERGIAS:

ANTECEDENTES PERSONALES	TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Necesidades Alteradas	Descripción
Respirar con normalidad	Aleteo nasal Quejido Tiraje costal -Abundantes secreciones. (en caso de CPAP) -Taquipnea -Distensión abdominal. (en caso de CPAP) -Cianosis peribucal
Comer y beber adecuadamente	-Dieta absoluta en las primeras horas -Iniciar tolerancia oral progresiva,

	fomentando la lactancia materna
Eliminar los desechos del organismo	-Dieta absoluta en las primeras horas
Movimientos y mantenimiento de postura adecuada	-Iniciar tolerancia oral progresiva, fomentando la lactancia materna Sin alteraciones significativas -Posición de hiperextensión del cuello
Descansar y dormir	-Puede tener posibilidad de lesiones cutáneas en zonas de presión, (CPAP, gafas nasales, saturímetro, etc.)
Seleccionar vestimenta adecuada	-Presentará mayor irritabilidad por su patología
Mantener la temperatura corporal	-Dificultad para conciliar el sueño por continuas manipulaciones de enfermería -Sin problemas aparentes
Mantener la higiene corporal Evitar los peligros del entorno	-Mantener la temperatura corporal entre 36°C-37°C regulando la temperatura de la incubadora/cuna térmica
Comunicarse con otros, expresar	-Vigilar las caídas -Poner barreras en la cuna térmica
emociones, miedos u opiniones Ejercer culto a dios, acorde con su religión	Sin alteraciones significativas
Trabajar de forma que permita sentirse realizado	Sin alteraciones significativas
Participar en todas las formas de recreación y ocio. Estudiar, descubrir o satisfacer la que conduce a un desarrollo normal de la salud.	Sin alteraciones significativas Los padres se encuentran angustiados por la situación de su hijo y por el desconocimiento de la enfermedad

VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICOS	FACTORES DE RELACION Y RIESGO	CRITERIOS DE RESULTADOS	INTERVENCIONES
Fecha de creación:	00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ	- Hiperventilación -Fatiga de los músculos respiratorios	Estado respiratorio:ventilación 0403	-Ayuda a la ventilación
Fecha de resolución:				
Fecha de creación:	00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO	-Cambios en la membrana alveolar-capilar -Desequilibrio ventilación-perfusión	Estado respiratorio: intercambio gaseoso 0402	-Manejo de las vías aéreas
Fecha de resolución:				
Fecha de creación:	00105 INTERRUPCION DE LA LACTANCIA MATERNA	- Enfermedad del niño	Conocimiento de la lactancia materna 1800	-Monitorización respiratoria
Fecha de resolución:				
Fecha de creación:	00106 LACTANCIA MATERNA INEFICAZ	- Estructura normal de la	Establecimiento de la lactancia materna: lactante	-Oxigenoterapia

		mama -Estructura normal de la boca del niño - Confianza de la madre en sí misma	1000	
Fecha de resolución:				
Fecha de creación:	00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	- Humedad - Factores mecánicos (gafas nasales, CPAP ...) -Secreciones	Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101	-Manejo ácido-base
Fecha de resolución:				
Fecha de creación:	00004 RIESGO DE INFECCIÓN	- Procedimientos invasivos - Destrucción tisular - Agentes farmacológicos	Severidad de la infección : recién nacido 0708	-Alimentación por biberón
Fecha de resolución:				
Fecha de creación:	00115 RIESGO DE CONDUCTA	- Sobrestimulación ambiental		-Asesoramiento de la

	DESORGANIZADA DEL LACTANTE	- Procedimiento invasivo - Procedimiento doloroso		lactancia
Fecha de resolución:	OTROS	- Exposición a ambientes fríos-calientes (incubadora) - Actividad vigorosa - Dejar sólo al niño en la cuna para vestirlo-bañarlo		-Cuidados del recién nacido
Fecha de creación:				-Manejo de presiones
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	PRESCRIPCIÓN		INTERVENCIONES	
DERIVADOS DEL TRATAMIENTO	- APORTE DE OXIGENO : CPAP, GAFAS NATALES - SUEROTERAPIA INTRAVENOSA - INICIO DE TOLERANCIA ORAL PROGRESIVA - CANALIZACIÓN DE VIA PERIFÉRICA - SONDAJE NASOGASTRICO - CPAP		3320 OXIGENOTERAPIA 4200 TERAPIA I.V. 1050 ALIMENTACIÓN 4190 PUNCIÓN I.V. 1874 CUIDADOS DE LA SONDA GASTROINTESTINAL 3320 MANEJO VENTILACIÓN MECÁNICA : NO	

		INVASIVA
DERIVADOS DE PRUEBAS	- EXTRACCION DE MUESTRAS VENOSAS - EXTRACCIÓN DE MUESTRAS CAPILARES - RX DE TÓRAX	4238 FLEBOTOMÍA : MUESTRA DE SANGRE VENOSA 1910 MANEJO ÁCIDO- BASE
DERIVADOS DEL PROPIO DIAGNOSTICO	- INTUBACION ENDOTRAQUEAL - PARADA RESPIRATORIA	3300 MANEJO DE VENTILACION MECÁNICA : INVASIVA 6974 RESUCITACIÓN : NEONATO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En el caso de los recién nacidos prematuros los cuales durante el periodo de estudio se presentaron 50 casos, la mayoría tuvo una alta tasa de morbilidad y baja tasa de mortalidad, sin embargo esta complicación no deja de preocupar la aplicación de cuidados que se le brindan a los recién nacidos para reducir la estancia hospitalaria del paciente y evitar elevar este cuadro patológico que afecta a la población pediátrica nacida a nivel nacional.

En su mayoría que fue el 58% de recién nacidos prematuros moderados fueron del sexo masculino. La nacidos entre las 31-32 semanas de gestación, los cuales por lo general son alumbrados por cesárea y presentaron bajo peso al nacer.

En la mayoría de los casos de tratamiento es con el Surfactante dentro de las primeras ocho horas de vida para ayudar a la maduración pulmonar del recién nacido además del monitoreo con ventilación asistida.

En el caso del personal que asiste se rige a lineamientos estandarizados de cuidados del neonato observado de acuerdo al estado clínico de los pacientes, la supervivencia en general supera el 98% de los casos tratados dentro del Policlínico Mora y en concordancia con otras investigaciones realizadas a nivel local e internacional.

Recomendaciones

Si bien es cierto que los partos prematuros son a veces cuadros clínicos que se presentan en forma repentina. Se recomienda al personal médico y de enfermería realizar acciones de capacitación a las gestantes que se atienden el servicio de gineco-obstetricia con la finalidad de dar a conocer los factores de alto riesgo en el embarazo y tomar las medidas precautelares para evitar el parto prematuro.

Se recomienda al personal de enfermería brindar apoyo psicológico a los padres de recién nacidos para paliar el trauma que genera ver el sufrimiento del recién nacido en cuidados intensivos de neonatología.

Aunque el tratamiento del cuadro clínico tiene resultados favorables, las campañas médicas de prevención de enfermedades y complicaciones en el embarazo son recomendadas para ayudar a reducir los cuadros de morbilidad y mortalidad natal.

BIBLIOGRAFÍA

- Amargós Ramírez, Reyes Dominguez & cols. (2015). *Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de un año*. Camagüey: AMC .
- Cunha Franco, Teles Zatta, Vasconcelos, Alves Barbosa, & cols. (2011). *Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal*. Obtenido de Enfermería Global:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/131481>
- Ferreira,Guerrero, MC, Epid, Báez Saldaña & cols. (2015). *Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en*. Cuernavaca: Ministerio de Salud Pública de México.
- García Arias, P. Zuluaga Arias, M. C. Arrabal Terán, J. Arizcun Pineda. . (2015). Factores de riesgo en la mortalidad de los recién nacidos de muy bajo peso con membrana hialina . *Anales de Pediatría*, 109-115. .
- Aceldo, M. J. & Escobar, A. (1015). *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. Obtenido de Repositorio de Tesis:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/682/5/06%20ENF%20416%20TESIS.pdf>
- Agudelo, B. H. (2015). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 13.
- Aguirre, Céspedes Floirian, Rubal & cols. (2014). Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años . *MEDISAN*, vol. 18, P. 114.
- Aparicio López, C. (2013). *Calidad De Vida En Pacientes Pediátricos Con Enfermedad Renal Crónica Y Repercusión Psicológica En Sus Padres*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t26603.pdf>

- Avery ME., Mead J. (2014). Propiedades de superficie en relación a atelectasias y enfermedad de las membranas hialinas. *Revista infantil de pediatría*, 195-197.
- AYALOGIC.COM. (10 de FEBRERO de 2013). AYALOGIC.COM. Obtenido de <http://www.ayalogic.com/la-depresion-atipica-sintomas-factores-de-riesgo-y-prevencion/>
- Barros-Higgins, L.; Herazo-Beltrán, Y.; Aroca-Martínez, G.. (10 de 2015). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica* . Obtenido de Biblioteca Virtual: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=767559&indexSearch=ID>
- Blanco Abarca A. (2015). *La calidad de vida: supuestos psicosociales*. Mexico: Morales J, & cols. editores.
- Blickstein Isaac, Shinwel Eric S, Ayala Lusky, & Reichma Brian. (2015). El riesgo dependiente de la pluralidad de Síndrome de dificultad respiratoria entre los recién nacidos de muy bajo peso al nacer . *Revista Americana de Obstetricia y Ginecología*, 360–4.
- Brenner, B. (2014). *El riñón, Tratado de Nefrología*. Madrid: Elsevier. .
- Capote, E.; Argudin, R.; Mora, Salvador & cols. (15 de 08 de 2015). *Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM*. Obtenido de Medisur: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400007
- CENETEC. (FEBRERO de 2010). CENETEC. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- CLINICA DAM . (2015). DEPRESION MAYOR. *CLINICA DAM ESPECIALIDADES MEDICAS*, 10.
- Córdoba Jiménez, Y. A. (2014). *Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistidas a una unidad*

renal en el sur occidente del departamento de Nariño en el periodo marzo - julio de 2014. Obtenido de www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/.../article/view/.../938

Coronado CY, Lombo JC, Correa I, Quintero N. . (2013). *Acta Med Colomb . Características clínicas y demográficas de los pacientes incidentes en diálisis crónica y su relación con el ingreso programado a diálisis.*, 138-142. .

DMEDICINA.COM. (2015). ANSIEDAD. *DMEDICINA.COM*, 7.

E., T. G. (2014). EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y FACTORES PSICOSOCIALES. *Comunidad y Salud*, 11.

Ecured. (2015). *Enfermedad de la membrana hialina*. Obtenido de Ecured: https://www.ecured.cu/index.php/Enfermedad_de_la_membrana_hialina

ELIZONDO, V. (2015). ESTUDIOS SOBRE ANSIEDAD. *REVISTA PSICOLOGICA CIENTIFICA*, 8.

Enciclopedia Libre. (30 de 10 de 2011). *Calidad de vida*. Obtenido de Calidad de vida: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

G. Tania, P. Jenny, S. Peater. (2015). *Impactos ambientales sobre la salud respiratoria de los niños*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.cl/scielo.php>

GALIANO, C. F. (2013). CONDICION DE SALUD DE PACIENTES DIABETICOS Y SU SATISFACCION CON EL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD. *SCIELO*, 8.

GARCIA, B. (2012). LA DEPRESION. *CIENCIA Y SOCIEDAD*, 16.

Gastélum, B. D. (2013). *Manual de Neonatología*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/document/120454219/Manual-de-neonatologia-2008#scribd>

Godoy Ramírez, R. (2012). *Atención al recién nacido pretérmino*. . Mexico: Mc Graw Hill. .

- Gonzales C., Omaña M. . (2012). Síndrome de Distres Respiratorio Neonatal o Enfermedad de Membrana Hialina. *Boletín de Pediatría del Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*, 160-165.
- González Valdés, J. (2013). Las infecciones respiratorias agudas en el niño. *Revista Cubana de Pediatría*, 147-148.
- GUADALUPE, F. S., GARCIA SANCHO FIGUEROA, M. C., & COBO ABREU, C. (26 de FEBRERO de 2010). PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y SU ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE TRATAMIENTO, COMPLICACIONES DE LA DIABETES Y COMORBILIDADES. *I8MBIOMED*, 2.
- Guiffrida Villa, M. (2013). *Caracterización de la respuesta inmunitaria inflamatoria en niños con Infecciones Respiratorias*. Obtenido de Universidad de Alcalá Departamento de Medicina:
<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14261/TESIS%20DOCTORAL%202011%20MARIA%20GIUFFRIDA.pdf?sequence=1>
- Hack M., Horbar JD., Malloy MH., & cols. (2013). Resultados de muy bajo peso al nacer del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. *Revista Neonatal y Pediatría*, 587 - 597.
- Hakim R., J Breyer, Ismail N. (2013). *Efectos de la dosis de diálisis sobre la morbilidad y mortalidad*. . New York: Am J Kidney Dis.
- Himmelfarb J., Ikizler T.A. N. (23 de 08 de 2011). *Intramed*. Obtenido de Hemodiálisis:
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=68493>
- Hospital San Vicente de Paul. (2015). *Perfil Epidemiológico*. Pasaje.
- Hospital San Vicente de Paul. (2016). *Sistema de Medición*. Pasaje.
- Hospital Universitario Donostia. (2013). *Guía para el paciente renal en la Unidad de Diálisis. Unidad de Nefrología-Diálisis*. España: Unidad de Comunicación.
- I, G. R., PEREZ MARIN, M., & MONTOYA CASTILLA, I. (2015). DIABETES MELLITUS TIPO 1. *SCIENCE DIRECT*, 3.

- Imane Jroundi, Chafiq Mahraoui, Rachid Benmessaoud & cols. (2014). Factores de riesgo para un resultado deficiente entre los niños Clínicamente grave en un hospital universitario de Rabat, Marruecos. *Revista Internacional de Infecciones Respiratorias*, 164-170.
- INEC. (2010). *DATOS DE POBLACION*. PASAJE: N/A.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). *Bases de datos 2000-2012*. Obtenido de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson Harrison. (16 de 12 de 2015). *Compendio de Medicina Interna*.. Obtenido de Compendio de Medicina Interna: <http://opac.fmoes.edu.sv/infolib/tesis/50107578.pdf>
- Latarjet; Ruiz Liard. (2014). *Anatomía Humana*. España: Panamerincana.
- León López,a Gallego Machado y Díaz Novás. (2015). *Infecciones respiratorias agudas y factores asociados*. Obtenido de Revista Médica de la Habana Cuba: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi085-605.htm
- León, N.; Muñoz, G.; Padrón, C. . (2012). *Uso adecuado de antibióticos en infección respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años atendidos el centro de salud nº 1* . Cuenca: Centro de Salud Pública.
- Levi L, Andersson L. . (2013). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. Mexico: El manual moderno.
- LORAINÉ, L. L. (2012). IMPACTO PSICOLOGICO DE LA DIABETES MELLITUS, EXPERIENCIAS, SIGNIFICADOS Y RESPUESTAS A LA ENFERMEDAD. *SCIELO*, 13.
- Malheiro P, Arruda D. . (2012;). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Rev. Enfermería global.* , 11 (4): 276 – 294.
- MARIAN, P. M., GOMEZ RICO, I., & MONTTOYA CASTILLO, I. (2015). DIABETES MELLITUS TIPO 1. *SCIELO*, 6.

- Martínez Costa, Pedrón Giner. (2013). Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica. *SEGHNP-AEP.*, 312-314.
- Martínez, L.; Restrepo, A.; Manizales, A. (2015). *Calidad de vida y estado funcional de ancianos con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica*. Obtenido de Trabajos originales: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v40n1/v40n1a04.pdf>
- Mazzi G., E. D. (2014). *Síndrome de Dificultad respiratoria en el recién nacido*. México: Manual Moderno de Neonatología práctica.
- MEDLINE PLUS. (2014). TRASTORNO BIPOLAR. *MEDLINE PLUS*, 6.
- MEDLINE PLUS. (2014). TRASTORNO CICLOTÍMICO. *MEDLINE PLUS*, 3.
- Medline Plus. (29 de Septiembre de 2016). *Enfermedades de los pulmones*. Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/lungdiseases.html>
- MEDLINE PLUS. (2016). TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. *MEDLINE PLUS*, 5.
- Ministerio de Salud de Argentina. (2014). *Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales*. Obtenido de Ministerio de Salud de Argentina: <http://www.deis.gov.ar/>
- Ministerio de Salud de España. (2015). *Guía de enfermedades Respiratorias*. Obtenido de Ministerio de Salud de España: http://asp.salud.gob.es/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_hospital
- Ministerio de Salud de México. (2015). *Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del Servicio de Pediatría. Síndrome de enfermedad respiratoria por membrana hialina*. Obtenido de Ministerio de Salud de México,: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/pediatrica/neonato/3_sindrome_dificultad_respiratoria.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *MSP*. Obtenido de Enfermedades Respiratorias: <http://www.salud.gob.ec/>

- Morais, Arruda Costa; Gomes, Nascimento Pinheiro & cols. (14 de 02 de 2016).
Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.
 Obtenido de Enfermería Global:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/213891>
- NIHM. (MARZO de 2016). *NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH*. Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/cuando-pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo/cuando-pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo_38434.pdf
- NIMH. (FEBRERO de 2015). *DISTIMIA*. Obtenido de DISTIMIA:
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- OMIDRES, P., SABA, T., PADRON, M. A., & MOLINA V, R. (2012). DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *SCIELO*, 12.
- OMS. (15 de ENERO de 2015). *DIABETES MELLITUS*. Recuperado el 2 de SEPTIEMBRE de 2016, de DIABETES MELLITUS:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- OMS. (14 de ABRIL de 2016). *DEPRESION*. Obtenido de DEPRESION:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Biblioteca de Salud Reproductiva*. Obtenido de OMS: http://apps.who.int/rhl/newborn/cd001456_velaphis_com/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Neumonía*. Obtenido de OMS:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
- Otazú, E. F. (2014). *Percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de cinco años que consultan el Hospital Distrital de Horqueta*. Obtenido de Universidad Tecnológica Intercontinental :
<http://www.utic.edu.py/investigacion/attachments/article/79/Tesis%20completa%20de%20Fabio%20Otaz%C3%BA.pdf>
- Pedrero, M. F. (2015). Anatomía del Pulmón. *Onmeda Revisión médica*, 54.

- Perales-Montilla, García-León, & cols. (11 de 06 de 2012). *Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis*. Obtenido de Revista de Nefrología:
<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-predictores-psicosociales-calidad-vida-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica-tratamiento-X0211699512001931>
- Perez J., Blancas O.& Ramírez J. . (2014). Enfermedad de Membrana Hialina: Mortalidad y Factores de Riesgo Maternos y Neonatales. *Ginecología y Obstetricia Mex.*, 74:354-9.
- Pérez Sánchez, Fundora Hernández, Notario & cols. (2012). Factores de riesgo inmunoepidemiológicos en niños con infecciones respiratorias recurrentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 225-235.
- Pérez, C. L. (2015). *Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica*. Obtenido de Revista Bolivariana:
<http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rip/n6/n6a07.pdf>
- Pickerd Nicole, Kotecha Sailesh . (2013). Fisiopatología del síndrome de dificultad respiratoria. *Pediatría y Salud Infantil, Volumen 29,*, 153-157.
- Quilambaqui Jiménez, & Reinozo Delgado. (2013). *Determinantes socioambientales de la neumonía en niños que acuden a emergencia pediátrica* . Cuenca: Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Quiroga, A. L. (2015). *Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería*. Obtenido de Enfermería Neonatal:
<http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf>
- Rangel J.L., Valerio,L. , Patiño J.,García M. (2014). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM*, pp. 1-4.
- Rebollo, R.; Morales, J.; Ponds, E. (12 de 07 de 2015). *Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España*. Obtenido de Nefrología:
<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-imprimir-articulo->

revision-estudios-sobre-calidad-vida-relacionada-con-salud-enfermedad-renal-
X0211699515054982

REV MED CHILE. (2015). *SCIELO*, 8.

REV. FAC. MED. (2013). TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA.
SCIELO, 4.

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA. (2013). TRASTORNO DE LA
ANSIEDAD GENERALIZADA. *SCIELO*, 4.

Revista de Pediatría. (2014). Factores perinatales asociados con muertes precoz de
recién nacidos prematuros nacidos en centros de la Red Brasileña de
Neonatología. *Journal de Pediatría*, Vol. 84, Nº 4,.

Rodríguez RJ, Martin RJ & Fanaroff A. (2012). *El síndrome de dificultad respiratoria y
su administración*. St Louis: Mosby-Year: Neonatal-perinatal medicine.

Rodriguez Vidal, Castro Salas & Merino Escobar,. (12 de 2015). *Calidad de vida en
pacientes renales hemodializados*. Obtenido de Revista de Enfermería:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-
95532005000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007)

ROJAS DE P ELIZABETH, RUSTY, M., & RODRIGUEZ, C. (2012). DEFINICION,
CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO DE LA DIABETES MELLITUS.
REVISTA VENEZOLANA DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO, 5.

Romero & Alvarez,. (2015). Los factores ambientales como determinantes del estado de
salud. *Revista Cubana Hig Epidemiol v.45 n.2* , 154-155.

Rosete D, Archundia F, Cabello C, Manjarrez M. . (2014). Patogenia de las infecciones
respiratorias por virus.. *Ed. Rev Inst Nat Enf Resp. México*, 55.

SALUDBIO. (2013). DEPRESION. *SALUDBIO*, 6.

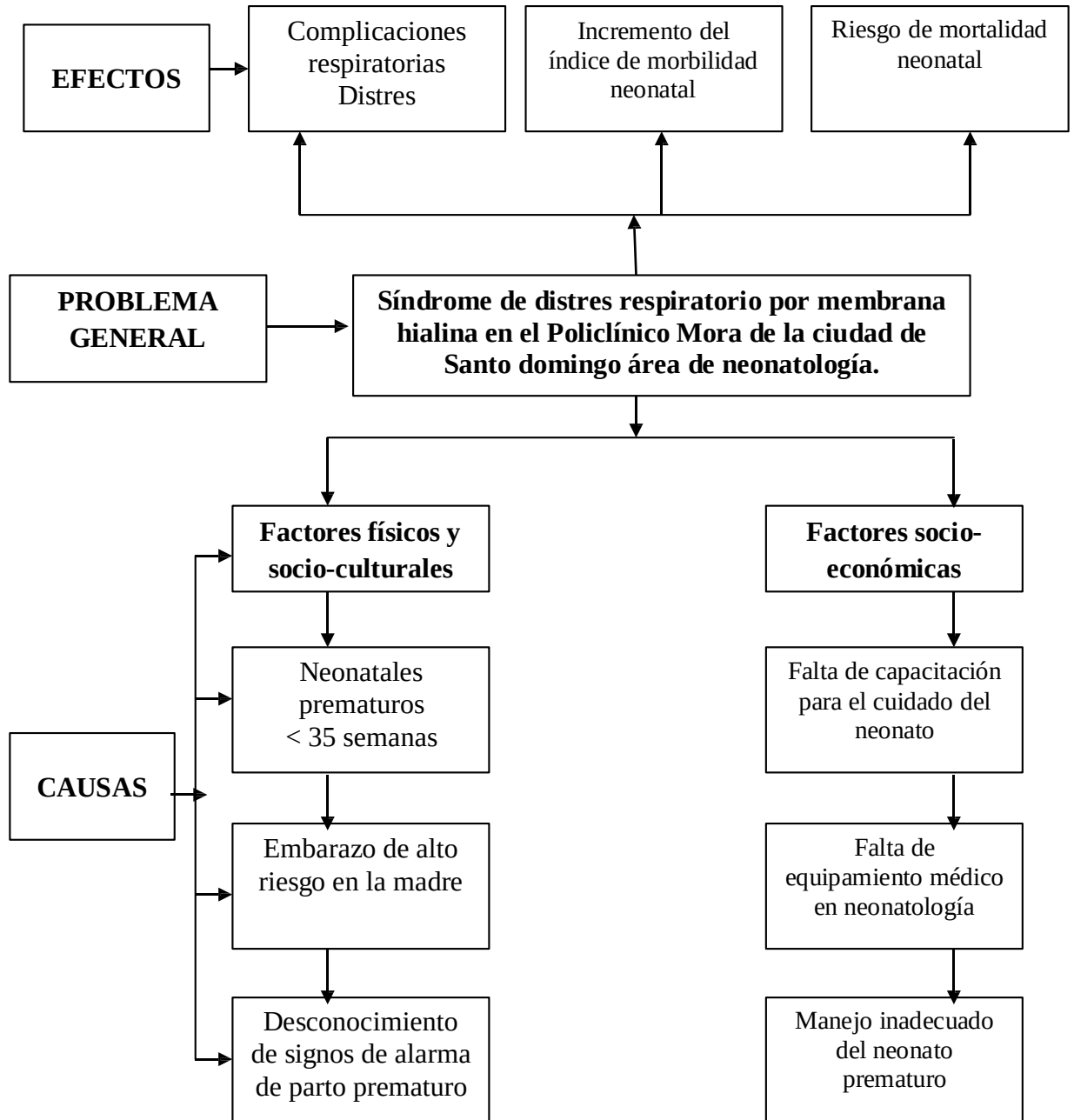
Schatz, S. (2013). *La diabetes, la interacción de la diálisis y atención nutricional*. .
Cuba: Enfermería de Nefrología.

Sellarés, V. (21 de 03 de 2016). *Enfermedad Renal Crónica*. Obtenido de Nefrología al
Día: <http://www.revistanefrologia.com>

- Sinha SK., Gupta S. & Donn S. (2014). Manejo respiratorio inmediato del recién nacido prematuro. *Semin Fetal Neonatal Med* , 13: 24-9.
- Soll R., Morley CJ. . (2012). Uso profiláctico versus selectivo del surfactante en la prevención de la morbilidad en neonatos prematuros. *Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011*, 41.
- Tapia, J. (2013). *Impacto del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento: estudio multicéntrico sudamericano*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000500004
- TORRES CAMACHO, V., & CHAVEZ MAMANI, A. A. (2013). ANSIEDAD. *REVISTAS BOLIVIANAS*, 4.
- Torresin M, Zimmermann LJ, Cogo PE, Cavicchioli P, Badon T, Giordano G, et al. (2012). Cinética de tensioactivos exógenos en el síndrome de dificultad respiratoria infantil: Un método novedoso con isótopos estables. *Cuidados de la Salud Pediátrica*, 158-159.
- Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. . (2011). *Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados*. *Terapia Psicológica*. Colombia: epoc. Ter Psicol.
- VALENTINA, R. A., GARCIA BARJAU, H., CRUZ LEON, A., & MORALES RAMON, F. (2011). PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LAS PERSONAS CON DIABETUS MELLITUS TIPO 2. *SALUD EN TABASCO*, 7.
- Vallés, H. y Colaboradores. . (2013). *Lecciones otorrinolaringología*. . España: Zaragoza.
- Willmore, J.; Costill D. L. (2013). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Madrid: Paidotribo.

ANEXOS

Árbol de problema



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Fecha:..... **N°**.....

INSTRUMENTO:

Encuesta dirigida a los Licenciadas (os) en Enfermería del área de Neonatología del Policlínico Mora en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en el periodo de enero a septiembre del 2016.

SÍ ☐ NO ☐ NO SABE ☐

Objetivo:

Identificar los procedimientos de la intervención de enfermería que se realizan a los niños hospitalizados en el área de Neonatología atendidos en la Unidad de Salud en mención.

INSTRUCCIONES:

- ✓ **Por favor lea detenidamente cada una de las preguntas y responda de acuerdo a su conocimiento.**
- ✓ **No olvide, que de la veracidad de sus respuestas depende el éxito de este estudio.**
- ✓ **Debe ser respondida voluntaria y anónimamente y le garantizamos su estricta confidencialidad.**

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Experiencia en el área

Menos de 1 año ☐

1 a 2 años ☐

3 a 4 años ☐

Más de 5 años ☐

2. Función de enfermería que realiza

Administrativa ☐

Cuidado directo ☐

Investigación- Docencia ☐

II. INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Con qué frecuencia se presentan partos prematuros moderados en la Unidad de Salud?

Muy frecuentemente ☐

Frecuentemente ☐

Con poca frecuencia ☐

Rara vez ☐

2. ¿El personal de enfermería, brinda capacitación a las gestantes para la prevención de factores de riesgos durante el embarazo?

SÍ ☐ NO ☐ NO SABE ☐

3. ¿Informa Ud. a los padres del neonato, sobre las causas y riesgos del síndrome de distres respiratorio por membrana hialina en recién nacidos prematuros?

SÍ ☐ NO ☐

III. CONTROL DE RIESGO

4. ¿Se aplica el plan de cuidados estandarizados en casos de recién nacidos prematuros con Síndrome de Distres respiratorio?

SÍ ☐ NO ☐ NO SABE ☐

IV. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

5. ¿Qué métodos aplica usted para informar a las gestantes para la prevención de complicaciones en el embarazo?

Charlas educativas ☐

Protocolos de atención ☐

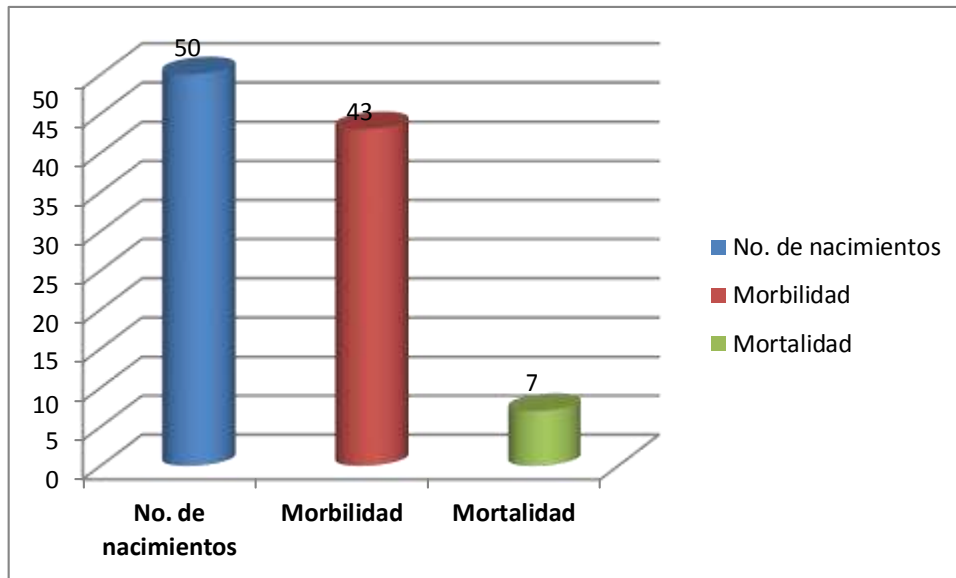
Planes de cuidado ☐

Todos ☐

Ninguno ☐

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS DE LA PREVALENCIA DEL DISTRES RESPIRATORIO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN POLICLÍNICO MORA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

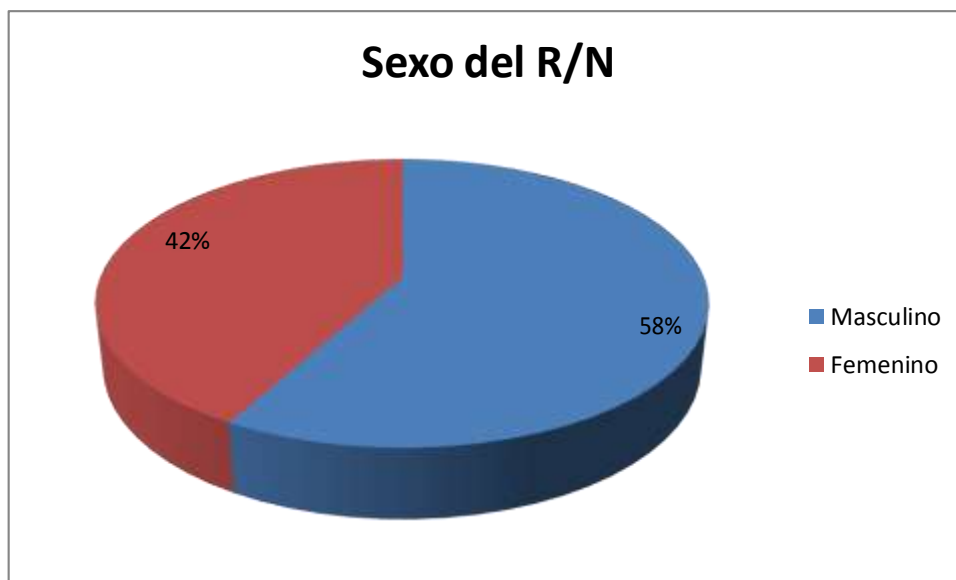
Gráfico No. 1 No. de nacimientos de recién nacidos vivos prematuros moderados periodo enero-septiembre 2016 Policlínico Mora de Santo Domingo de los Tsáchilas



Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

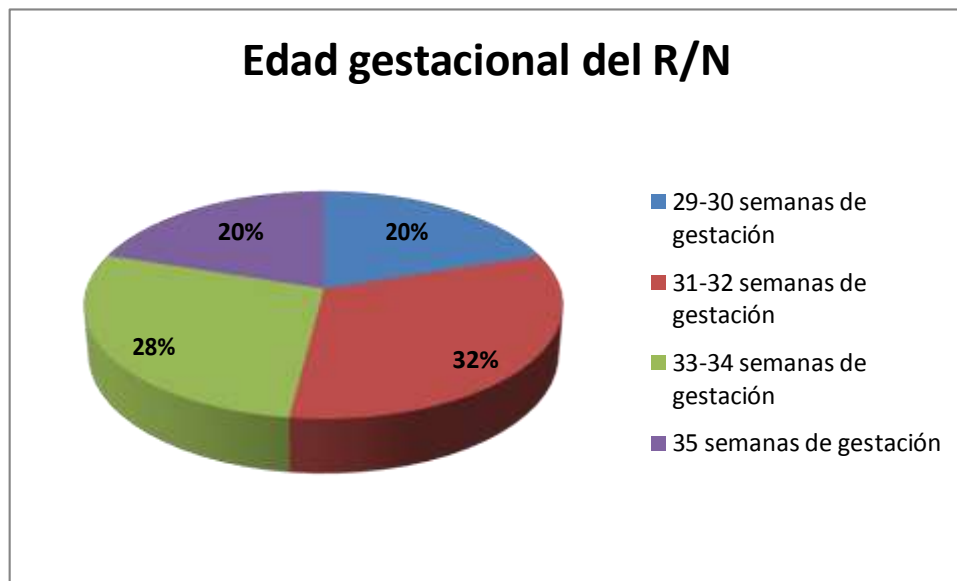
Gráfico No. 2 Sexo de los recién nacidos prematuros



Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

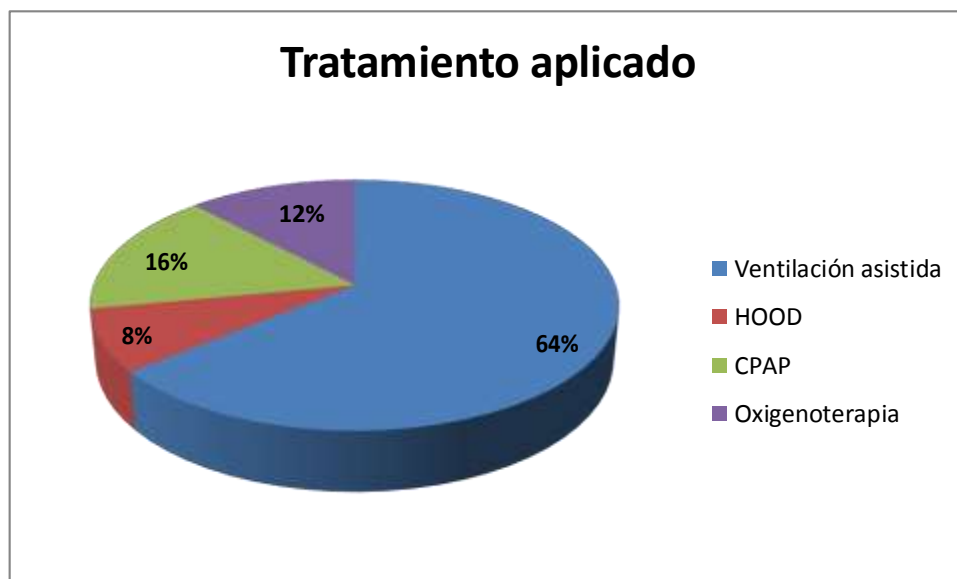
Gráfico No. 3 Edad gestacional del Recién nacido



Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

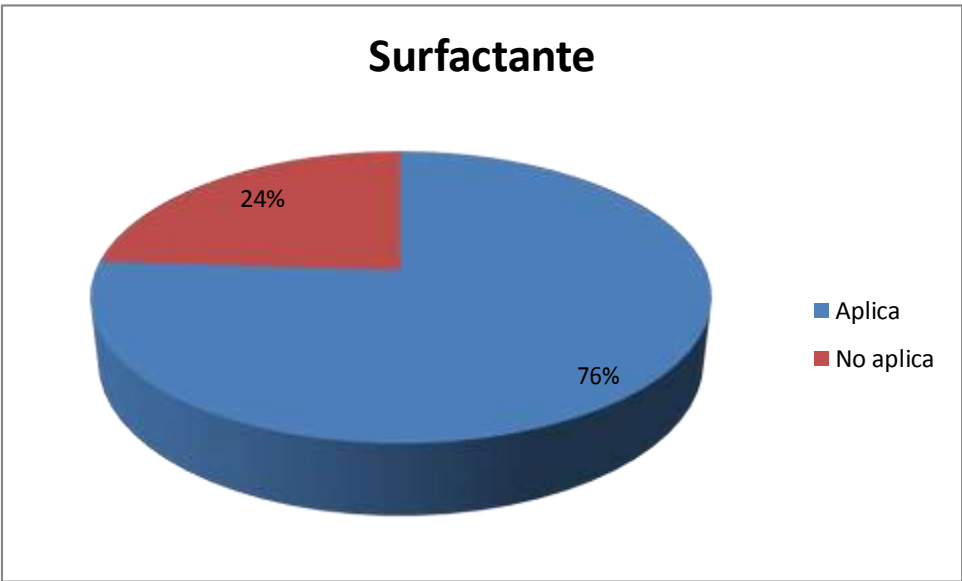
Gráfico No. 4 Tratamiento aplicado



Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016

Elaborado por: Lic. Della Bravo

Gráfico No. 5 Surfactante

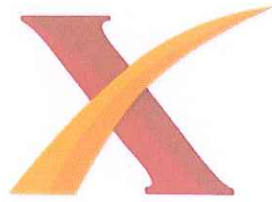


Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016
Elaborado por: Lic. Della Bravo

Gráfico No. 6 Días de tratamiento



Fuente: Neonatología- Policlínico Mora, enero-septiembre 2016
Elaborado por: Lic. Della Bravo



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 3%

Date: lunes, noviembre 14, 2016

Statistics: 348 words Plagiarized / 11615 Total words

Remarks: Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective Improvement.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS MAESTRÍA EMERGENCIAS MÉDICAS "TRABAJO DE
TITULACIÓN ESPECIAL" PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER
EN EMERGENCIAS MÉDICAS PREVALENCIA DE PREMATUROS MODERADOS
CON SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO EN EL POLICLÍNICO MORA DE SANTO
DOMINGO AUTOR: BRAVO RODRIGUEZ DELLA MAGDALENA TUTOR: LIC RUTH
OVIEDO.

GUAYAQUIL – ECUADOR Noviembre del 2016 / / / _ _REPOSITORIO NACIONAL
EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA _ _FICHA DE REGISTRO ESTUDIO DE CASO EXAMEN
COMPLEXIVO _ _TÍTULO: PREVALENCIA DE PREMATUROS MODERADOS CON
SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO EN EL POLICLÍNICO MORA DE SANTO
DOMINGO _ _AUTOR/ES: LIC. DELLA MAGDALENA BRAVO RODRIGUEZ _TUTOR:
LIC.

RUTH OVIEDO _ _INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil _FACULTAD: Facultad de
Ciencias Médicas: Escuela de Graduados _ _PROGRAMA: Maestría en Emergencias
Médicas _ _FECHA DE PUBLICACIÓN: _NO. DE PÁGS: 47 _ _ÁREA TEMÁTICA: Salud
pediátrica _ _PALABRAS CLAVES Distres respiratorio, Membrana Hialina, parto
prematureo _ _RESUMEN: El síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos
prematuros moderados o enfermedad de la membrana hialina (EMH) es la
patología respiratoria más frecuente en el recién nacido pretérmino.



POLICLINICO FAMILIAR "MORA"

OFICIO N° 007-112016

Santo Domingo, 11 de noviembre 2016

Lcda. Della Bravo Rodríguez

Ante su oficio enviado solicitando la autorización para realizar la investigación y estudio de PREVALENCIA DE PREMATUROS MODERADOS CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO EN EL "POLICLINICO FAMILIAR MORA". La Dirección Médica de nuestra institución autoriza para que pueda utilizar y desarrollar en mencionado trabajo en nuestras instalaciones.

Atentamente.-

Dr. Pablo Mora

DIRECTOR MEDICO

HOSPITAL DEL DIA "FAMILIAR MORA"

