

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA
DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Características Clínicas del Distrés respiratorio en neonatos
ingresados en el Área UCIN de un Hospital De Guayaquil, Año
2020-2021.**

AUTORAS:

**Chinlli Macas, Betty Gisella
Contreras De La Cruz, Paola Lizbeth**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, Mgs,

Guayaquil, Ecuador

12 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Certificación

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Chinlli Macas, Betty Gisella y Contreras De La Cruz, Paola Lizbeth**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**.

f. _____

**Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, MGs,
TUTORA**

f. _____

**LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.
DIRECTORA DE LA CARRERA**

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Declaración de Responsabilidad

Yo, **Chinlli Macas, Betty Gisella**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Características clínicas del distrés respiratorio en neonatos ingresados en el área UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del 2022

AUTORA

f. _____

Chinlli Macas, Betty Gisella



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Declaración de Responsabilidad

Yo, **Contreras De La Cruz, Paola Lizbeth**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Características clínicas del distrés respiratorio en neonatos ingresados en el área UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del 2022

AUTORA

f. _____

Contreras De La Cruz Paola Lizbeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Autorización

Yo, Chinlli Macas, Betty Gisella

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Características clínicas del distrés respiratorio en neonatos ingresados en el área UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del 2022

AUTORA

f. _____

Chinlli Macas, Betty Gisella



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Autorización

Yo, **Contreras De La Cruz Paola Lizbeth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Características clínicas del distrés respiratorio en neonatos ingresados en el área UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del 2022

AUTORA

f. _____

Contreras De La Cruz Paola Lizbeth

Reporte de Urkund



Documento [Tesis Chinlli - Contreras\(1\).docx](#) (D143295873)
Presentado 2022-08-26 11:15 (-05:00)
Presentado por betty.chinlli@cu.ucsg.edu.ec
Recibido yadira.bello.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje Re: Revisión de Tesis [Mostrar el mensaje completo](#)
0% de estas 27 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

51% # 63 Activo

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

TUTORA: Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, MGs,

Guayaquil, Ecuador 08 de Septiembre del 2022

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Chinlli Macas, Betty Gisella y Contreras de la Cruz, Paola Lizbeth, como requerimiento para la obtención del título

de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.

f. _____ Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, MGs, TUTORA

f. _____ LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS. DIRECTORA DE LA CARRERA

Guayaquil, a los 08 días del mes de Septiembre del 2022

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Chinlli Macas, Betty Gisella

DECLARO QUE:



Agradecimiento

Primero, agradezco a Dios que me ha brindado inteligencia, fortaleza y vocación, a mi madre por su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios, por sus arduas horas trabajo para que yo sea profesional actualmente, gracias por demostrarme que cuando hay amor y dedicación todo se puede, me alegra saber que estuvo en los momentos que más la necesité, a mi padre que desde el cielo se siente orgulloso por cumplir lo que me propuse, a mi familia a mi querido Sebastián que estuvo pendiente de mis logros, a mi compañera de tesis, a mis mejores amigas (Rosmery, Thalia, Lilibeth y Mayra) que siempre me brindaron palabras de ánimo para seguir adelante y a mi grupo de compañeros del Internado los cuales se convirtieron en mi segunda familia, gracias por las mejores experiencias vividas.

Mi agradecimiento también va dirigido a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, la cual me abrió sus puertas para poder estudiar mi carrera, a los diferentes docentes que impartieron sus conocimientos, así como también al hospital del niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante por habernos permitido realizar nuestra tesis.

Betty Gisella Chinlli Macas

Agradecimiento

Agradezco a Dios, quien me ha dado siempre su bendición, por guiarme a lo largo de este camino desde principio a fin, ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad para poder culminar mi carrera universitaria.

Infinitamente agradecida al ser que trajo al mundo a mi madre, que a pesar de mantenerla en mi corazón fue la primera persona que me enseñó desde mi corta edad a que todo en la vida se puede lograr cuando uno se lo propone ya que mis padres se mantuvieron firmes para lograr profundizar mis sueños sin perder la esperanza en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudios. Siempre han sido mis mejores guías en este diario vivir. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes esta meta conquistada. Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Quiero agradecer a mi familia y amigos/as, ya que hoy culmina esta maravillosa aventura y no puedo dejar de recordar cuantas tardes y horas de trabajo nos reunimos a lo largo de nuestra formación. Hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de nuestra vida y una vez más agradezco su apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles como es la de estudiar.

A mis docentes que con sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis transformadores, les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación, perseverancia y tolerancia.

Paola Lizbeth Contreras De La Cruz

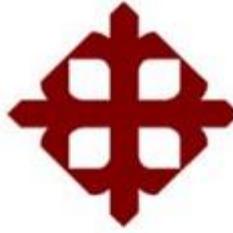
Dedicatoria

Dedicado a Dios, por haberme dado la vida y permitirme concluir mi carrera. A mi madre por su gran apoyo incondicional, gracias por demostrarme que no existen cosas imposibles, también dedico este logro a mi padre que desde el cielo me ilumina para seguir adelante cumpliendo las metas que me propongo.

Betty Gisella Chinlli Macas

Dedicado con mucho amor a mi gran familia ya que gracias a ellos tuve la oportunidad de decidir esta gran profesión como lo es la de comprender cada caso crítico que a mis manos llegue a cuidarlos; gracias a Dios por tener el privilegio de cuidar la salud en la humanidad.

Paola Lizbeth Contreras De La Cruz



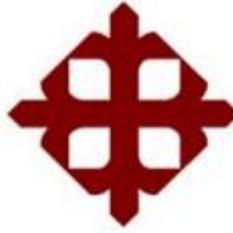
**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Tribunal de Sustentación

f. _____
LCDA. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MGs.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____
LCDA. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ, MGs.
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____
LCDA. SILVIA MARÍA CEPEDA LÓPEZ MGs. Oponente



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Calificación

Chinlli Macas Betty Gisella _____

Contreras De La Cruz Paola Lizbeth _____

Índice

Contenido

Agradecimiento.....	IX
Dedicatoria	XI
Tribunal de Sustentación	XII
Calificación	XIII
Índice de Figuras	XVI
Resumen	XVII
Abstract	XVIII
Introducción	2
Capítulo I	4
1. Planteamiento del Problema.....	4
1.1. Preguntas de investigación	6
1.2. Justificación.....	7
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo General.....	8
1.3.2. Objetivos Específicos.....	8
Capítulo II	9
2. Fundamentación Conceptual.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Marco Conceptual	11
2.2.1. Síndrome del Distrés Respiratorio	11
2.2.2. Manifestaciones clínicas del distrés respiratorio.....	15
2.2.3. Patologías asociadas al distrés respiratorio.....	16
2.2.4. Comorbilidades maternas	17
2.2.5. Escala de Silverman - Anderson.....	18
2.3. Marco Legal	19
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador	19
2.3.2. Código de la niñez y adolescencia	20
2.3.3. Ley Orgánica de Salud	21
2.3.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.....	21
Capítulo III	23
3. Diseño de la Investigación.....	23

3.1. Tipo de estudio.....	23
3.2. Población	23
3.3. Muestra	23
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	24
3.4. Procedimientos para la recolección de la información	24
3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos	24
3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.....	24
3.7. Variables Generales y Operacionalización	25
4. Presentación y Análisis de Resultados.....	28
5. Discusión	32
6. Conclusiones	33
7. Recomendaciones	34
8. Referencias	44

Índice de Figuras

Figura No. 1 Distribución porcentual por edad gestacional	28
Figura No. 2 Distribución porcentual por peso	29
Figura No. 3 Distribución porcentual por talla.....	30
Figura No. 4 Distribución porcentual por sexo.....	31
Figura No. 5 Distribución porcentual por Valoración de APGAR	32
Figura No. 6 Distribución porcentual por edad de la madre.....	33
Figura No. 7 Distribución porcentual por tipo de parto	34
Figura No. 8 Distribución porcentual por controles prenatales	35
Figura No. 9 Distribución porcentual por características clínicas	36
Figura No. 10 Distribución porcentual por nivel de dificultad respiratoria	37
Figura No. 11 Distribución porcentual por causas prenatales	38
Figura No. 12 Distribución porcentual por comorbilidades maternas	39

Resumen

El Síndrome de Distrés Respiratorio cuadro clínico que se presenta generalmente en los recién nacidos pre término, evidenciándose signos como la cianosis, la taquipnea, la retracción subcostal y los grados variables de compromiso de oxigenación. **Objetivo:** Identificar las características clínicas del distrés respiratorio en los neonatos ingresados en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021. **Metodología:** descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal. **Población:** 120 Pacientes neonatales. **Muestra:** 90 pacientes neonatales con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN. **Técnica:** Observación indirecta, **Instrumento:** Matriz de recolección de datos de observación indirecta. **Resultados:** Entre las características clínicas, presentaron taquipnea (57%), aleteo nasal (39%), cianosis (46%) y apnea (18%); los neonatos tuvieron edad gestacional a término (62%), con un peso adecuado (66%), una talla normal (66%), de sexo hombre (68%); con valoración APGAR de nivel normal (73%); con causas neonatales, de sepsis (50%) y asfixia perinatal (24%), comorbilidades maternas de infección del tracto urinario (60%). Al aplicar la escala de Silverman – Anderson, tuvieron un nivel leve de dificultad respiratoria (68%). Las características de las madres que resaltaron, fue tener una edad de 20 a 23 años (40%), parto eutócico (52%) y solo asistió de 5 a 8 controles prenatales (67%). **Conclusión:** Existen diferentes características que despuntan en los neonatos con síndrome de distrés respiratorio, ante los cuales el profesional de enfermería debe informar al médico especialista para poder establecer las estrategias y actuar ante la presencia de esta enfermedad en los pacientes neonatales.

Palabras clave: Características clínicas, distrés respiratorio, neonatos, UCIN.

Abstract

Respiratory Distress Syndrome is a condition that generally occurs in preterm newborns, showing signs such as cyanosis, tachypnea, subcostal retraction and variable degrees of compromised oxygenation. **Objective:** To identify the clinical characteristics of respiratory distress in neonates admitted to the NICU area of a Guayaquil Hospital, year 2020-2021. **Methodology:** descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional. **Population:** 120 neonatal patients. **Sample:** 90 neonatal patients diagnosed with respiratory distress syndrome in the NICU area. **Technique:** Indirect observation, **Instrument:** Indirect observation data collection matrix. **Results:** Among the clinical characteristics, they presented tachypnea (57%), nasal flaring (39%), cyanosis (46%) and apnea (18%); the neonates had gestational age at term (62%), with an adequate weight (66%), a normal size (66%), male (68%); with APGAR evaluation of normal level (73%); with neonatal causes, sepsis (50%) and perinatal asphyxia (24%), maternal comorbidities of urinary tract infection (60%). When applying the Silverman-Anderson scale, they had a mild level of respiratory distress (68%). The characteristics of the mothers that stood out were being between 20 and 23 years old (40%), normal delivery (52%) and only attended 5 to 8 prenatal check-ups (67%). **Conclusion:** There are different characteristics that stand out in neonates with respiratory distress syndrome, before which the nursing professional must inform the medical specialist in order to establish strategies and act in the presence of this disease in neonatal patients.

Keywords: Clinical characteristics, respiratory distress, neonates, NICU.

Introducción

El síndrome de distrés respiratorio es una afección potencialmente mortal de pacientes gravemente enfermos, caracterizada por mala oxigenación, infiltrados pulmonares y agudeza de inicio. A nivel microscópico, el trastorno se asocia con lesión endotelial capilar y daño alveolar difuso. El síndrome de distrés respiratorio se define como un trastorno agudo caracterizado por infiltrados pulmonares bilaterales e hipoxemia progresiva severa en ausencia de cualquier evidencia de edema pulmonar cardiogénico ⁽¹⁾.

El síndrome de distrés respiratorio se determina por el oxígeno del paciente en la sangre arterial (PaO₂) a la fracción del oxígeno en el aire inspirado (FiO₂). Estos pacientes suelen tener una relación PaO₂/FiO₂ inferior a 200. Una vez que se desarrolla el síndrome de distrés respiratorio, los pacientes suelen tener diversos grados de vasoconstricción de la arteria pulmonar y, posteriormente, pueden desarrollar hipertensión pulmonar. El síndrome de distrés respiratorio conlleva una alta mortalidad y existen pocas modalidades terapéuticas eficaces para combatir esta afección ⁽²⁾.

Este síndrome afecta con mayor frecuencia a neonatos prematuros menores de 36 semanas de gestación; su incidencia en neonatos menores de 28 semanas de gestación es de aproximadamente 50% en comparación a recién nacidos menores de 34 semanas de gestación cuya incidencia es de 30% y 5% respectivamente. En algunos casos, los problemas respiratorios pueden darse debido a la reabsorción del líquido del pulmón, así como también de su prematurez, como es el caso de la taquipnea transitoria del recién nacido y la enfermedad de la membrana hialina; también puede darse a causa de asfisia perinatal, como es el síndrome de aspiración meconial; o también por las infecciones respiratorias, por los problemas de circulación pulmonar, es decir por la hipertensión pulmonar o por los problemas crónicos, como es la displasia broncopulmonar⁽³⁾.

Este se considera uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad en niños menores a doce meses, así mismo se debe destacar que es mucho más frecuente en varones que en mujeres. Existen factores, que inciden en la aparición del Síndrome de Distrés Respiratorio como es la prematurez, nacimiento por cesárea, hijo de madre con patologías como la diabetes o Preeclampsia, hemorragias y partos gemelares, que generalmente aumentan la posibilidad de producir asfixia ⁽⁴⁾.

Entre las complicaciones que pueden presentarse debido a esta patología tenemos la retinopatía y también la displasia pulmonar, en otros casos debido a la severidad de la enfermedad se produce la muerte del neonato, que generalmente representan el 50% de las muertes neonatales. Es importante promover el autocuidado en la embarazada a través de los controles prenatales, lo cual va a permitir detectar problemas y evitar complicaciones durante el período perinatal ⁽⁵⁾.

En base a este a este contexto, surge la idea de desarrollar la presente investigación, la cual será de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal, mediante la cual se aplicará como instrumento una matriz de recolección de datos de observación indirecta basada en las historias clínicas de los pacientes neonatales atendidos en el área de UCIN de un hospital de la ciudad de Guayaquil, para recolectar información relacionada a las características, la evolución clínica y las comorbilidades maternas que inciden en el síndrome del distrés respiratorio.

Esta investigación se compone de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, Preguntas de investigación, justificación y Objetivos.

Capitulo II: Fundamentación conceptual; fundamento legal

Capitulo III: Metodología; diseño de investigación, variable de estudio, Variables generales y Operacionalización, presentación y análisis de resultados; discusión, conclusiones, recomendaciones, anexos y Referencias bibliográficas.

Capítulo I

1. Planteamiento del Problema

Se considera el “síndrome de distrés respiratorio” como aquel cuadro que se presenta generalmente en los recién nacidos pre término, evidenciándose signos como la cianosis, la taquipnea, la retracción subcostal y los grados variables de compromiso de oxigenación⁽⁶⁾. Este síndrome ocurre con mayor frecuencia en bebés prematuros y afecta a casi todos los recién nacidos que nacen antes de las 28 semanas de embarazo. Con menos frecuencia, el síndrome de distrés respiratorio puede afectar a los recién nacidos a término⁽⁷⁾.

El síndrome de distrés respiratorio es la primera causa de Morbilidad y Mortalidad a nivel mundial en recién nacidos prematuros. De acuerdo a la UNICEF, la incidencia de esta enfermedad en los países en desarrollo, evidencia que alrededor del 70% de los neonatos fallecen cada año debido a diferentes afecciones respiratorias, la mayoría de los casos poseen una mayor frecuencia en países como África o Asia⁽⁸⁾.

La Organización Mundial de la Salud, agrega que los primeros 28 días de vida constituyen la etapa más vulnerable para la supervivencia del ser humano, se reporta que mueren cada año 2.9 millones de recién nacidos a nivel mundial. Las condiciones de morbilidad en el periodo neonatal implican una variedad de causas, que de manera directa se ven reflejadas en la mortalidad neonatal. En lo que respecta a las causas de ingresos, la prematurez y el síndrome de distrés respiratorio son las patologías más frecuentes⁽⁹⁾.

A través de la revisión de estudios desarrollados en América Latina, es evidente que en algunos países se registra una prevalencia del 15% al 20% de casos de niños con síndrome de distrés respiratorio; siendo la tasa de prevalencia más alta de Bolivia con 14 casos por cada mil neonatos, luego Perú con 7 casos por mil neonatos y Chile con 5 casos por mil neonatos⁽¹⁰⁾. Por

otra parte, en cuanto a la prevalencia de pacientes hospitalizados, se puede observar que en Brasil se registra que el 20% de los casos se debe a este síndrome, en Argentina el 11% y el 9% en Uruguay⁽¹¹⁾.

En Ecuador en el año 2017 el número de neonatos que presentaron distrés respiratorio fue de 1.859, por otra parte, se evidencia que el porcentaje de morbilidad es aproximadamente del 64,5%, y la tasa de mortalidad 3,9%, siendo esta patología la primera causa de muerte seguida de la sepsis bacteriana y la prematurez. Se ha logrado un avance a través de los cuidados prenatales, lo que ha disminuido los casos de mortalidad, pero no se ha logrado disminuir los casos de morbilidad, debido a que estos dependen del desarrollo pulmonar⁽¹²⁾.

El estudio de este anteproyecto se llevará a cabo en las instalaciones de un Hospital de Guayaquil. De acuerdo con la situación descrita. El síndrome de distrés respiratorio se considera uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad en niños menores a doce meses, así mismo se debe destacar que es mucho más frecuente en varones que en mujeres. Existen factores, que inciden en la aparición del Síndrome de Distrés Respiratorio como es la prematurez, nacimiento por cesárea, hijo de madre con patologías como la diabetes o Preeclampsia, hemorragias y partos gemelares, que generalmente aumentan la posibilidad de producir asfixia⁽¹³⁾.

1.1. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características clínicas del distrés respiratorio en neonatos atendidos en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres y de los neonatos que presentan síndrome de distrés respiratorio neonatal atendidos en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las causas neonatales del distrés respiratorio que presentan los neonatos de UCIN de un Hospital de Guayaquil?
- ¿Qué comorbilidades maternas inciden en el desarrollo del síndrome de distrés respiratorio en neonatos atendidos en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil?

1.2. Justificación

El presente estudio se realiza debido a la observación de casos de síndrome de distrés respiratorio en el área de UCIN, lo cual motiva a conocer las características clínicas que presentan los neonatos, además de los factores que inciden en la severidad de este síndrome, las comorbilidades, 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.

Desde el punto de vista científico, se resalta la importancia del desarrollo de la presente investigación, debido a que, en la presente institución hospitalaria, no se han desarrollado previamente estudios al respecto, por lo que no hay un conocimiento claro sobre este tema; de esta forma mediante la recolección de los datos y los resultados, se podrá conocer la caracterización clínica del síndrome de distrés respiratorio en neonatos atendidos en un Hospital de Guayaquil. Esta información permitirá identificar los factores que predisponen al desarrollo de la enfermedad; y al compartir los resultados con los habitantes ayudaremos a reducir su prevalencia y así enseñar a los padres los cuidados que deben de seguir.

Los principales beneficiados serán los recién nacidos, ya que las madres podrán tener más información sobre los cuidados que deben seguir durante el embarazo, para disminuir el desarrollo de enfermedades o muerte en el menor, tomando decisiones correctas. De igual manera se espera que los resultados de este estudio sean considerados por los profesionales involucrados, para implementar estrategias oportunas que tendrán impacto a mediano plazo en beneficio de la comunidad. Y a nivel institucional, la obtención de los datos de este síndrome, ayudará a la institución a tener una actualización de datos referente a la caracterización clínica de pacientes neonatales con síndrome de distrés respiratorio.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General.

Identificar las características clínicas del distrés respiratorio en los neonatos ingresados en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Describir las características sociodemográficas de las madres y de los neonatos que presentan síndrome de distrés respiratorio neonatal atendidos en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.
- Determinar las causas neonatales del distrés respiratorio que presentan los neonatos de UCIN de un Hospital de Guayaquil.
- Detallar las comorbilidades maternas que inciden en el desarrollo del síndrome de distrés respiratorio en neonatos atendidos en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Capítulo II

2. Fundamentación Conceptual

2.1. Antecedentes de la investigación.

En un estudio desarrollado por Rueda⁽¹⁴⁾, el cual tuvo como objetivo Identificar los factores clínicos epidemiológicos relacionados con el distrés respiratorio grave del pretérmino; para o cual desarrolla un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, realizando la recolección de datos de las historias clínicas de 974 neonatos que presentaron este tipo de síndrome. Entre los resultados describe que predominaron los neonatos del sexo masculino, menores de 34 semanas, con peso por debajo de los 1500 gramos y puntaje de Apgar normal.

Por consiguiente, Carrasco y Alonso⁽¹⁴⁾ indican que en su mayoría son nacidos por cesárea y sin maduración pulmonar previa. Las afecciones relacionadas con esta entidad fueron la infección del tractus urinario, la hipertensión inducida por el embarazo y la Corioamnionitis. La incidencia fue de 14,98% con una supervivencia elevada. Para lo cual concluye señalando que para reducir el índice de SDR neonatal en el Hospital del IESS Ambato, es preciso que se identifique a las embarazadas de riesgo, con la finalidad de darles el seguimiento necesario y promover el uso antenatal de esteroides.

Por consiguiente, Loor y Delgado⁽¹⁵⁾, desarrollaron una investigación que tuvo como finalidad describir el síndrome de distrés respiratorio y el protocolo de reanimación cardiopulmonar intrahospitalario en neonatos. Los métodos utilizados fueron el analítico y descriptivo, la técnica que se utilizó fue la revisión bibliográfica con fuentes actualizadas y pertinentes al tema de investigación. Entre los resultados señala que, un número muy considerable de neonatos a nivel mundial mueren en el primer mes después del nacimiento y también en las primeras 24 horas de vida debido a partos prematuros, complicaciones en el parto y asfixia neonatal, se llegó a la conclusión que el

distrés respiratorio neonatal es una complicación que compromete gravemente la vida extrauterina del neonato existiendo la posibilidad de ocasionar algún daño derivado de la aplicación del protocolo de reanimación cardiopulmonar, pero la gravedad de estos dependerá de las situaciones especiales que se presenten durante la aplicación del mismo.

Mientras que en la investigación de Llamazares y Pérez ⁽¹⁶⁾, la cual tuvo como objetivo caracterizar el Síndrome de Distrés Respiratorio de origen pulmonar en hijo de madre hipertensa en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado"; para lo cual desarrolla una investigación observacional, descriptiva y transversal, enfocado en 62 neonatos con diagnóstico del Síndrome de Distrés Respiratorio. Entre los resultados señalan que predominó el sexo masculino (62,9%). Fue representativo el parto distócico a razón de 5:1 (80,6%) con un grado leve de hipoxia al nacer (33,9%).

Por otra parte, Llamazares y Pérez ⁽¹⁶⁾, agregan que el 53,2% de los niños resultaron pretérminos, presentando como causa desencadenante la enfermedad de membrana hialina (16,1%). Predominaron los neonatos sin enfermedades asociadas (25,8%), el menor índice de supervivencia a la ventilación fue reportado por los neonatos con Neumonía (50%). Concluye señalando que el síndrome de distrés respiratorio se presenta con mayor frecuencia en neonatos masculinos, bajo peso, con hipoxia leve, producto de partos distócicos, pretérminos, con enfermedad de membrana hialina. La encefalopatía hipóxico-isquémica fue la enfermedad que se mostró asociada a esta entidad. El menor índice de supervivencia a la ventilación se manifestó en la neumonía.

2.2. Marco Conceptual.

2.2.1. Síndrome del Distrés Respiratorio

El padecimiento de la membrana hialina como hoy se lo conoce al síndrome de distrés respiratorio (SDR), es una dificultad respiratoria que sufren especialmente los recién nacidos pretérmino (RNP). Actualmente, ya es descartado el término “enfermedad de la membrana hialina” para ahora referirse al “síndrome de distrés respiratorio”, debido a que existen diversos cuadros que lo constituyen, que conllevan a esta complicación respiratoria en los neonatos.

Pero cabe agregar, que lo que no se suprime en este tipo de síndrome es la aparición de la enfermedad de la membrana hialina, como también las demás afectaciones que conforman este distrés, como la hipoplasia pulmonar, síndrome de aspiración de líquido meconial, taquipnea transitoria del neonato y displasia, que posiblemente son halladas de igual manera en los pacientes términos y pretérminos ⁽¹⁷⁾.

El síndrome antes mencionado es provocado por la deficiencia de surfactante, la mezcla de fosfolípidos que disminuye la tensión superficial alveolar, lo que reduce la presión requerida para conservar los alvéolos inflados, y conserva alveolar estabilidad. Debido a que el tensioactivo es defectuoso, el menor no está capacitado para producir el incremento de la presión inspiratoria precisa para hinchar unidades alveolares, lo que implica en el crecimiento de atelectasia sucesivo y extenso. La deficiencia de surfactante igualmente encamina a una insuficiencia para conservar los alvéolos abiertos al volumen pulmonar pequeño, es decir, en el momento que finaliza la espiración ⁽¹⁷⁾.

Debido a que la deficiencia de surfactante ejerce la función primordial etiológico de este síndrome en el neonato, la inhabilidad para desechar el líquido pulmonar de los espacios de aire de igual forma contribuye a este síndrome neonatal prematuro. Adicional, los registros de un estudio de

cohorte doble prueban una susceptibilidad genética representativa con el sistema de radiodifusión de datos, porque todavía no puede ser dilucidado el elemento genético subyacente ⁽¹⁸⁾.

En estos neonatos el pulmón presenta inmadurez morfológica, bioquímica y funcional, debido a que el crecimiento pulmonar no ha podido completarse al instante de su nacimiento. No se ha podido ser formado totalmente la madurez bioquímica del sistema surfactante pulmonar, ya que al momento del nacimiento el pulmón presenta deficiencia de surfactante alveolar que está incapacitado de conservar un intercambio gaseoso correcto y una aireación ⁽¹⁸⁾.

Hay que tener en cuenta que el desarrollo del sistema respiratorio ocurre desde la gestación y sigue hasta la infancia. Toda esta estructura que se necesita para el correcto intercambio gaseoso incluye: vasculatura pulmonar, superficie de intercambio gaseoso, estructura del tórax, desarrollo muscular y neuronal. Se produce el desarrollo por medio de dos mecanismos, que son los siguientes: crecimiento, siendo este fenómeno cuantitativo, y la maduración, fenómeno cualitativo, hay que tener en cuenta que ambos ocurren en dos momentos distintos ⁽¹⁹⁾.

Los factores que influyen en la maduración pulmonar fetal son los que ya conocemos; volumen del tórax, movimientos respiratorios y el líquido pulmonar. También podemos mencionar factores hormonales tales como los glucocorticoides, lo que sustenta el uso de corticoides para la maduración pulmonar en partos pretérmino, y a su vez, factores locales como lo son las metilxantinas y el monofosfato cíclico ⁽²⁰⁾.

La vía aérea superior está formada por los conductos cartilagosos, que va desde la nariz hasta la tráquea, tiene función de filtro, conducción y humidificación del aire, también interviene en el proceso de vocalización. Esta se va estrechando progresivamente hasta que, por anatomía, encontramos los bronquios de pequeño o menor diámetro, la vía respiratoria membranosa,

nombre que toma por el tipo de tejido, y los bronquiolos terminales, es aquí donde se produce la función de intercambio gaseoso ⁽²¹⁾.

Por otra mano, la vía aérea inferior está formada por la tráquea intratorácica, la cual traslada los gases, CO₂ y O₂, hacia los bronquiolos terminales, respiratorios y los ductos alveolares, para proceder a realizar el intercambio gaseoso. La caja torácica tiende a ser más circular debido a que las costillas del niño son cartilaginosas ⁽²²⁾.

El diafragma, músculo principal que interviene en la respiración, consta de un ángulo de inserción casi horizontal, causando así una reducción en la eficacia de la contracción del mismo. Su diafragma tiene menor cantidad de fibras musculares tipo I, aproximadamente el 25%, es decir, de contracción lenta, pero a pesar de que su nivel de fuerza es más bajo, son altamente oxidativas, convirtiéndolas más resistentes a la fatiga. Su relación ventilación alveolar con la capacidad residual funcional es 5-1, lo que influye directamente sobre la velocidad de inducción y recuperación ⁽²²⁾.

La expresión “distrés respiratorio” está relacionado a la complicación respiratoria y asocia muchos padecimientos que afectan mayormente a la respiración, considerándose las más usuales entre las demás, la retracción xifoidea, tiraje sub e intercostal, pérdida del ritmo toraco abdominal y aleteo nasal. En los últimos años, en base a las investigaciones y el progreso en el tratamiento y emprendimiento, han alcanzado una considerable reducción en la muerte de aquellos individuos, pero no ocurre en su morbilidad, debido a que aquella depende del crecimiento pulmonar como funcional inconcluso desde una perspectiva ajustable, como también de las variaciones que deben darse en el momento de vida para transcurrir de la respiratoria placentaria al intercambio gaseoso pulmonar, que están contribuidos por factores conocidos como asfixia perinatal, nacimiento prematuro, cesárea y fármacos sedantes suministrados a la gestante ⁽²³⁾.

Los indicios comienzan a los pocos instantes del nacimiento, con señales e indicios de complicación respiratoria que radica en el incorrecto funcionamiento y dificultades con el intercambio gaseoso. La complicación respiratoria que se muestra avanza en los primeros momentos de existencia, logrando su pico de intensidad a los dos días, para que no sea hallado complicación alguna y un uso adecuado, progresar al día tercero ⁽²³⁾.

Como ya es conocido mediante algunas investigaciones, la frecuencia y seriedad de los indicios encontrados en el distrés respiratorio en los recién nacidos, es principalmente proporcional al reducir la edad gestacional, peso mínimo en el nacimiento, igualmente referente al patrón de la patología que se adapta a este listado. Evidenciándose más que todo en la semana 32, y entre las semanas 25 y 27 representado en un 49%. Mayormente se observa en los hombres, en recién nacidos mediante cesárea y seguido por gemelos ⁽²⁴⁾.

Al igual pueden ser observados en casos con mayor gestación, neonatos provenientes de mamás con diabetes con un incorrecto control metabólico, aquellos que han padecido hemorragias intraparto o asfixia perinatal. La aparición de indicios y señales que complican la respiración en los primeros instantes de nacido es un estado más habitual, y se debe reorganizar y mejorar el tratamiento y diagnóstico, orientados en las perspectivas del individuo, si es término o pretérmino, de poco peso o de muy poco peso ⁽²⁴⁾.

Adicional, cabe señalar también los sucesos perinatales como pueden ser las infecciones en las madres y las variaciones intraútero que pueden ser halladas en el crecimiento gestacional. La seriedad de la incapacidad respiratoria en el distrés en los recién nacidos ocurren, se estima de forma más fiel por los cambios gasométricos y por el poco oxígeno y ayuda respiratoria para reformatarlas, debido a los indicios clínicos de dificultad respiratoria ⁽²⁵⁾.

Es una afectación que empieza seguidamente luego del nacimiento, exclusivamente en neonatos pretérminos, considerando que sus pulmones

son inmaduros, que no están aptos para generar surfactante. Pero no es admirable en pacientes a término, ya que es esencial establecer los precedentes perinatales. Este padecimiento respiratorio complejo se caracteriza por las atelectasias alveolares difusas en el pulmón, que es provocada especialmente por la falta de surfactante. Aquello conlleva a una alta tensión superficial en el alvéolo, que interrumpe en el común intercambio de dióxido de carbono y oxígeno ⁽²⁵⁾.

2.2.2. Manifestaciones clínicas del distrés respiratorio

- **Movimiento toracoabdominal:** Es un hallazgo polisomnográfico que se encuentra con frecuencia durante la apnea obstructiva. En condiciones normales, la circunferencia del tórax aumenta durante la inspiración y disminuye durante la expiración, y la circunferencia abdominal aumenta durante la inspiración y disminuye durante la expiración. En la apnea obstructiva, en algunos casos la circunferencia del tórax puede disminuir durante la inspiración y aumentar durante la expiración.
- **Tiraje intercostal:** Corresponde al movimiento de los músculos hacia adentro entre las costillas, como resultado de la reducción de la presión en la cavidad torácica. Los movimientos usualmente son un signo de dificultad respiratoria. Cuando la vía respiratoria alta (tráquea) o las pequeñas vías respiratorias de los pulmones (bronquiolos) resultan parcialmente obstruidos, el flujo de aire se restringe. Como resultado, los músculos intercostales se retraen entre las costillas. Esta retracción de los músculos del tórax hacia adentro es un signo de obstrucción de las vías respiratorias.
- **Retracción xifoidea:** En condiciones normales esta estructura ósea no presenta movimiento alguno durante la respiración o es imperceptible.
- **Aleteo nasal:** El aleteo nasal sucede cuando las fosas nasales tienen que abrirse más de lo normal porque no llega el suficiente aire a los pulmones durante la inspiración.

- **Quejido respiratorio:** Se trata de un sonido característico que se presenta cuando es expulsado el aire por una vía respiratoria estrecha. En condiciones normales no debe presentarse ⁽²⁶⁾.

2.2.3. Patologías asociadas al distrés respiratorio

Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH): es un cuadro de dificultad respiratoria grave y progresiva que se produce fundamentalmente en recién nacidos prematuros. Este diagnóstico se justifica en un recién nacido prematuro con dificultad respiratoria, que incluye taquipnea (mayor de 60 respiraciones/minuto), retracciones torácicas y cianosis al respirar aire ambiental, que persiste o progresa en las primeras 48 a 96 horas de vida y se confirma con una radiografía de tórax característica (patrón reticulogranular uniforme y broncograma aéreo) ⁽²⁷⁾.

Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN): es una dificultad temporal para respirar junto a menudo con niveles bajos de oxígeno en la sangre debida al exceso de líquido en los pulmones después del nacimiento. Este trastorno puede ocurrir en recién nacidos prematuros o en recién nacidos a término que presentan ciertos factores de riesgo. Los recién nacidos afectados respiran de forma rápida y resoplan al espirar, y presentan un aspecto azulado si su sangre no recibe suficiente oxígeno. El diagnóstico se basa en la dificultad respiratoria y puede confirmarse con una radiografía de tórax ⁽²⁸⁾.

Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial (SALAM): es una dificultad respiratoria (distrés respiratorio) del recién nacido que ha inhalado (aspirado) un material fecal estéril de color verde oscuro llamado meconio hacia el interior de los pulmones antes del parto o en los momentos inmediatos al mismo. Después del parto, el meconio aspirado puede bloquear las vías respiratorias del recién nacido y hacer que las regiones de los pulmones se colapsen. A veces los pulmones se bloquean solo parcialmente, permitiendo que el aire llegue a partes del pulmón más allá del bloqueo, pero impidiendo que este sea espirado ⁽²⁸⁾.

Neumonía Neonatal: es la infección del tejido pulmonar (también llamado tracto respiratorio inferior) del recién nacido, es decir, del bebé de menos de un mes de vida, aunque en la práctica suele hacer referencia al menor de 7 días de vida. Esta infección puede ser producida por distintos microorganismos (virus y bacterias), aunque es más frecuente la infección bacteriana. La infección puede ocurrir dentro del seno materno o una vez el bebé ya ha nacido ⁽²⁹⁾.

Hipertensión Pulmonar Persistente del recién nacido (HPP): es un trastorno grave en el que las arterias de los pulmones se estrechan (se constriñen) después del parto, limitando así el flujo sanguíneo hacia los pulmones y por lo tanto la cantidad de oxígeno en el torrente sanguíneo. A veces, los vasos sanguíneos que llegan a los pulmones no se dilatan después del nacimiento como deberían hacerlo normalmente. Cuando los vasos sanguíneos que van hacia los pulmones no se dilatan, la presión arterial de las arterias pulmonares es demasiado elevada (hipertensión pulmonar) y el flujo sanguíneo a los pulmones es insuficiente, por lo que no llega suficiente oxígeno a la sangre ⁽²⁹⁾.

2.2.4. Comorbilidades maternas

Existen varios factores de riesgo materno que influyen sobre los neonatos con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio, entre los cuales generalmente se destaca la hipertensión, la preeclampsia, la diabetes gestacional, complicaciones que son importantes debido a la complejidad de su manejo durante el embarazo; particularmente preocupa por las complicaciones perinatales que pueden llegar a causar en los neonatos, debido a estos diagnósticos en las gestantes, tales como el síndrome de distrés respiratorio o el bajo peso al nacer⁽³⁰⁾.

El antecedente de alguna enfermedad materna durante el primero y segundo trimestre del embarazo se asocia a una mayor probabilidad de que el recién

nacido presente el síndrome de distrés respiratorio; es el caso de la diabetes gestacional, que aumenta la morbimortalidad materna y fetal, los neonatos tienen riesgo de presentar distrés respiratorio, como también problemas de hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirubinemia, policitemia e hiperviscosidad (31).

A través de la revisión literaria, es notable que las mujeres que presentan diagnóstico de preeclampsia tienen mayor riesgo de que existan complicaciones perinatales, esto aumenta el número de ingresos neonatales en las salas de UCI, debido a complicaciones como el distrés pulmonar y la hemorragia intracraneal (31). Por otra parte, las mujeres que tienen como antecedente, infección del tracto urinario, frecuentemente los neonatos nacen con complicaciones tales como el bajo peso al nacer, la prematuridad, el distrés respiratorio, la sepsis y muerte neonatal (32).

2.2.5. Escala de Silverman - Anderson

Para la valoración objetiva del síndrome de distrés respiratorio (SDR) se aplica el examen de Silverman, que mide cinco parámetros que contribuyen a la puntuación global. A mayor puntuación del examen, mayor compromiso respiratorio. Un examen de Silverman con 0 puntos indica ausencia de distrés. Los parámetros valorados son: aleteo nasal, disociación toraco abdominal, quejido, retracción xifoidea y tiraje intercostal. Se considera una dificultad respiratoria leve cuando el puntaje suma 3 o menos puntos, es dificultad respiratoria moderada cuando hay un puntaje de 4 a 6 puntos y una dificultad respiratoria severa cuando hay un puntaje de 7 o más puntos.

Esta escala permite valorar los datos signos clínicos de distrés respiratorio. Los que se detallan a continuación con su respectiva puntuación.

Tabla No. 1 Parámetros de la Escala de Silverman-Anderson

Parámetros	0	1	2
Aleteo nasal	Ausente	Leve e inconstante	Marcado
Quejido respiratorio	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible a distancia
Movimiento toracoabdominal	Rítmicos y regulares	Levemente disociados	Francamente disociados
Tiraje intercostal	Ausentes	Leves e inconstantes	Constantes y marcados
Retracción xifoidea	Ausentes	Leve e inconstante	Constante y marcada

Fuente: Bruett y otros⁽³³⁾

2.3. Marco Legal

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional⁽³⁴⁾.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la

diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional ⁽³⁵⁾.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social ⁽³⁵⁾.

2.3.2. Código de la niñez y adolescencia

Art. 27.- El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privado;
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios ⁽³⁶⁾.

Art. 34.- Los niños y niñas tienen derecho a conservar, desarrollar, fortalecer y recuperar su identidad y valores espirituales, culturales, religiosos, lingüísticos, políticos y sociales y a ser protegidos contra cualquier tipo de interferencia que tenga por objeto sustituir, alterar o disminuir estos valores ⁽³⁶⁾.

Art. 44.- Todo programa de atención y cuidado a los niños, niñas y adolescentes de las nacionalidades y pueblos indígenas, negros o afro ecuatorianos, deberá respetar la cosmovisión, realidad cultural y conocimientos de su respectiva nacionalidad o pueblo y tener en cuenta sus necesidades específicas, de conformidad con la Constitución y la ley⁽³⁶⁾.

2.3.3. Ley Orgánica de Salud

Capítulo I de las Acciones de Salud

Art. 1. Las áreas de salud en coordinación con los gobiernos seccionales autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito de su territorio. Todas estas acciones requieren de la participación interinstitucional, intersectorial y de la población en general y están dirigidas a alcanzar una cultura por la salud y la vida que implica obligatoriedad de acciones individuales y colectivas con mecanismos eficaces como la veeduría ciudadana y rendición de cuentas, entre otros”⁽³⁷⁾.

2.3.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida

Objetivo 3: “Mejorar la calidad de vida de la población”

Otro de los Objetivos que está en correspondencia y según el texto se lo describe así: “Con este objetivo se busca condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familia y colectividades respetando su diversidad, se fortalece la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos y se plantea la necesidad de crear condiciones para satisfacer necesidades materiales, psicológicas, sociales, ecológicas de los individuos y colectividades, mediante la promoción, prevención así como la atención” Y el mejoramiento de la calidad de vida es un proceso multidimensional que va a estar determinado por aspectos relacionados con el derecho a la salud, y en reconocer la importancia de su acción para que se cumpla⁽³⁸⁾.

Política 3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

Lineamientos:

a) Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.

f) Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludable (38).

Capítulo III

3. Diseño de la Investigación

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo.

Métodos: Cuantitativo.

Diseño:

Según el tiempo: Retrospectivo.

Según la naturaleza: De corte transversal.

3.2. Población

120 Pacientes neonatales con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio atendidos en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil durante el año 2020-2021.

3.3. Muestra

La muestra fue a través del tipo de muestreo aleatorio simple, para lo cual se aplicó la fórmula correspondiente:

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2(N - 1) + Z^2 * P * Q}$$

N = Población = 120

P = Probabilidad de éxito = 0,5

Q = Probabilidad de fracaso = 0,5

P*Q= Varianza de la Población = 0,25

e = Margen de error = 0,05

NC (1- α) = Confiabilidad = 95%

Z = Nivel de Confianza = 1,96

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0,25 * 120}{(0.05)^2 * (120 - 1) + (1.96)^2 * 0.25}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0,25 * 120}{0.0025 * 119 + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{115,248}{0.2975 + 0.9604}$$

$$n = \frac{115,248}{1.2579}$$

$$n = 91.61$$

La cantidad de la muestra con que se trabajará en el presente estudio será de 92 pacientes neonatales con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Neonatos con síndrome de distrés respiratorio.

Criterios de exclusión

- Neonatos que no tengan diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio.

3.4. Procedimientos para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta

Instrumento: Matriz de recolección de datos de observación indirecta. La información fue obtenida de las historias clínicas de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio neonatal.

3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos

Elaboración de tablas o cuadros por medio de Excel. Para el análisis se considerará el marco conceptual en relación con los resultados obtenidos a través de la información recabada.

3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

Se solicita la respectiva autorización a la autoridad competente del MSP, para tener accesibilidad a las fuentes de información (Historias clínicas).

3.7. Variables Generales y Operacionalización

Variable general: Caracterización clínica de neonatos con distrés respiratorio

Dimensiones	Indicadores	Escala
Características clínicas respiratorias del RN.	Cianosis	Presente Ausente
	Apnea	Presente Ausente
	Aleteo nasal	Presente Ausente
	Roncus	Presente Ausente
	Taquipnea	Presente Ausente
Características del neonato	Edad gestacional	A término (37 a 41 semanas) Prematuros moderados a tardíos (32 a 36 semanas) Muy prematuros (28 a 31 semanas) Prematuro extremo (menor o igual a 27 semanas)
	Peso	Macrosómico (>4000g) Peso adecuado (>2500g) Bajo peso al nacer (<2500g) Muy bajo peso al nacer (<1500g) Extremadamente pequeño (<1000g)
	Talla	Talla muy alta Talla alta Normal Baja talla Baja talla severa
	Sexo	Hombre Mujer

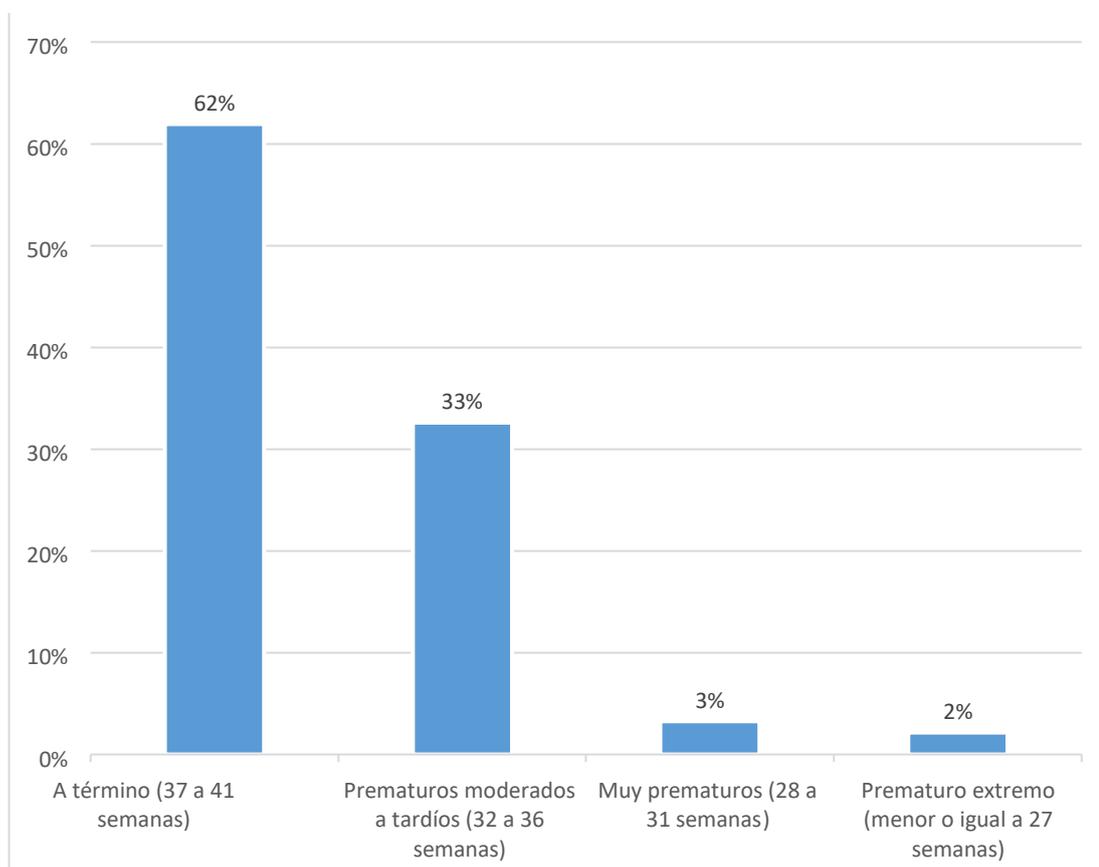
	Valoración de APGAR (1-5-10 minutos)	Normal 7-10 Moderada 4-6 Severa < 4
Caracterización de la madre	Edad de la madre	De 20 a 23 años De 24 a 26 años De 27 a 31 años De 32 a 35 años De 36 a 39 años
	Tipo de parto	Eutócico Cesárea
	Controles prenatales	1 a 4 5 a 8 Ninguno
Valoración de la dificultad respiratoria	Movimiento toraco-abdominal Tiraje intercostal Retracción xifoidea Aleteo nasal Quejido respiratorio	Escala de Silverman - Anderson
Causas neonatales	Primarios Neumonía biliar	Si No
	Bronquiolitis	Si No
	Aspiración de meconio, sangre, agua, bilis o secreción gástrica	Si No
	Secundarios Sepsis	Si No
	Corioamnionitis	Si No
	Enterocolitis necrosante	Si No

	Asfixia perinatal	Si No
Comorbilidades maternas	Diabetes Gestacional	Si No
	Hipertensión crónica	Si No
	Preeclampsia previa	Si No
	Infección del tracto urinario	Si No
	Candidiasis (Leucorreas)	Si No
	Hemorragia materna	Si No

Fuente: Datos obtenidos desde el Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 y Formulario de Hospitalización Neonatal – MSP.

4. Presentación y Análisis de Resultados

Figura No. 1 Distribución porcentual por edad gestacional

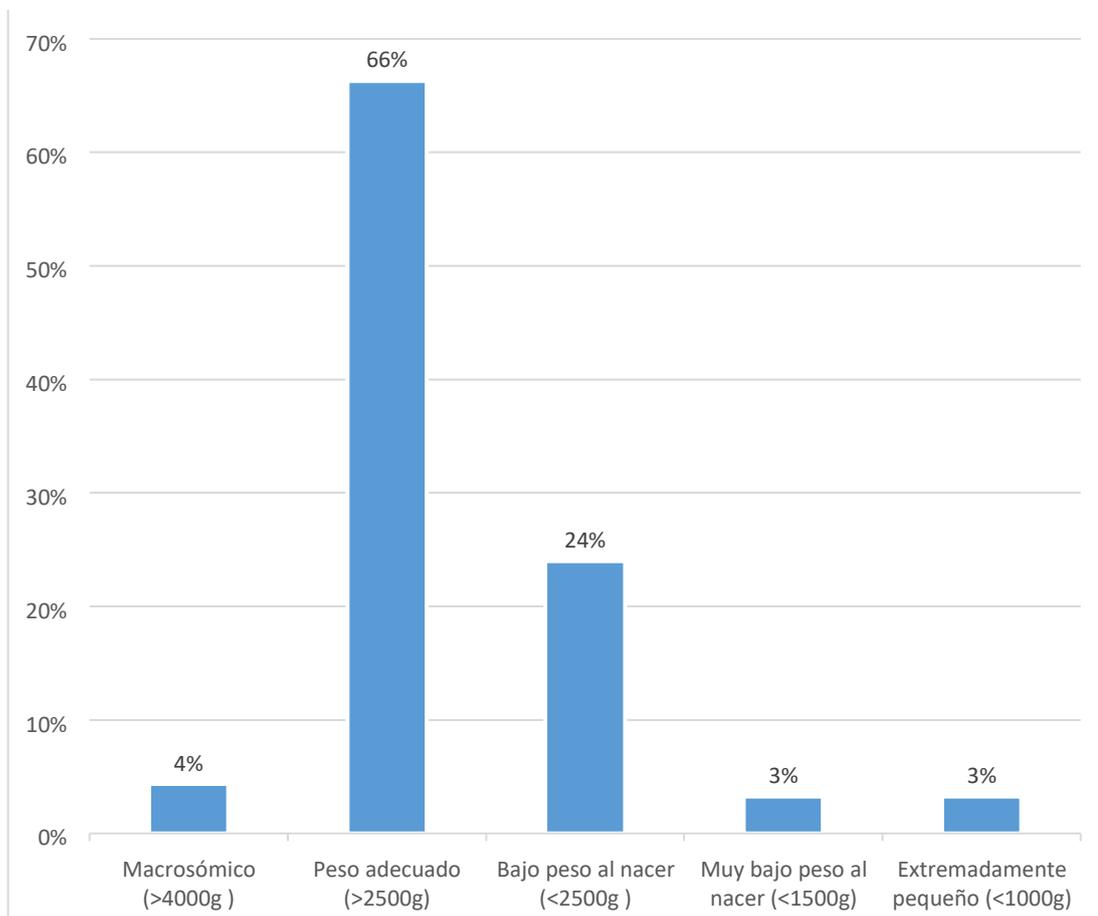


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

Mediante los datos que fueron recopilados a través de la revisión de las historias clínicas, evidencia que el 62% de los neonatos tiene una edad gestacional a término, mientras que el 33% son prematuros moderados a tardíos. La edad gestacional es un determinante importante para la mortalidad y morbilidad.

Figura No. 2 Distribución porcentual por peso

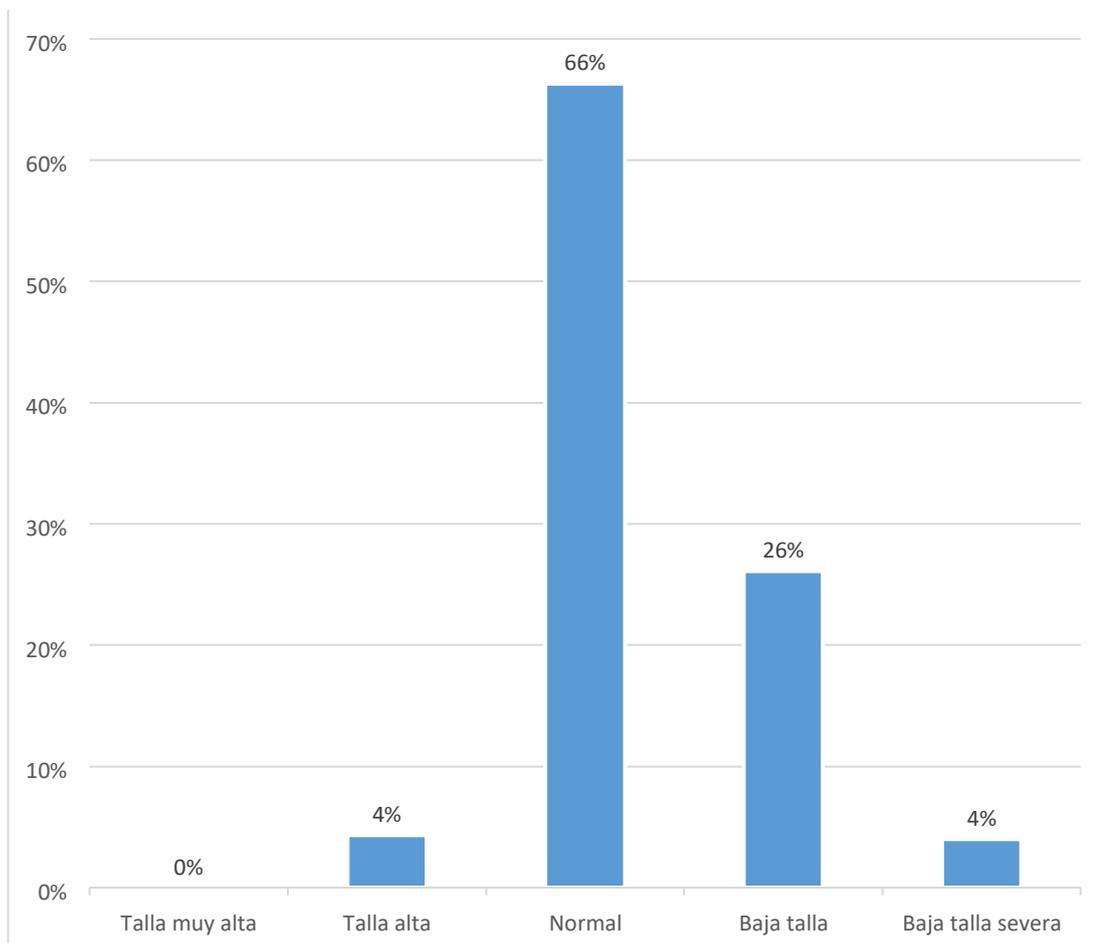


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

El 66% de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio tiene un peso adecuado, mientras que el 24% refleja tener un bajo peso al nacer. Aunque la mayoría de neonatos tienen un peso adecuado, existen neonatos con bajo peso, lo cual conlleva a una morbilidad del menor, facilitando la aparición de problemas en la etapa de la niñez y adolescencia, por lo tanto, como profesionales, es necesario intervenir de manera oportuna en los pacientes, que presenten estos valores en cuanto al peso.

Figura No. 3 Distribución porcentual por talla

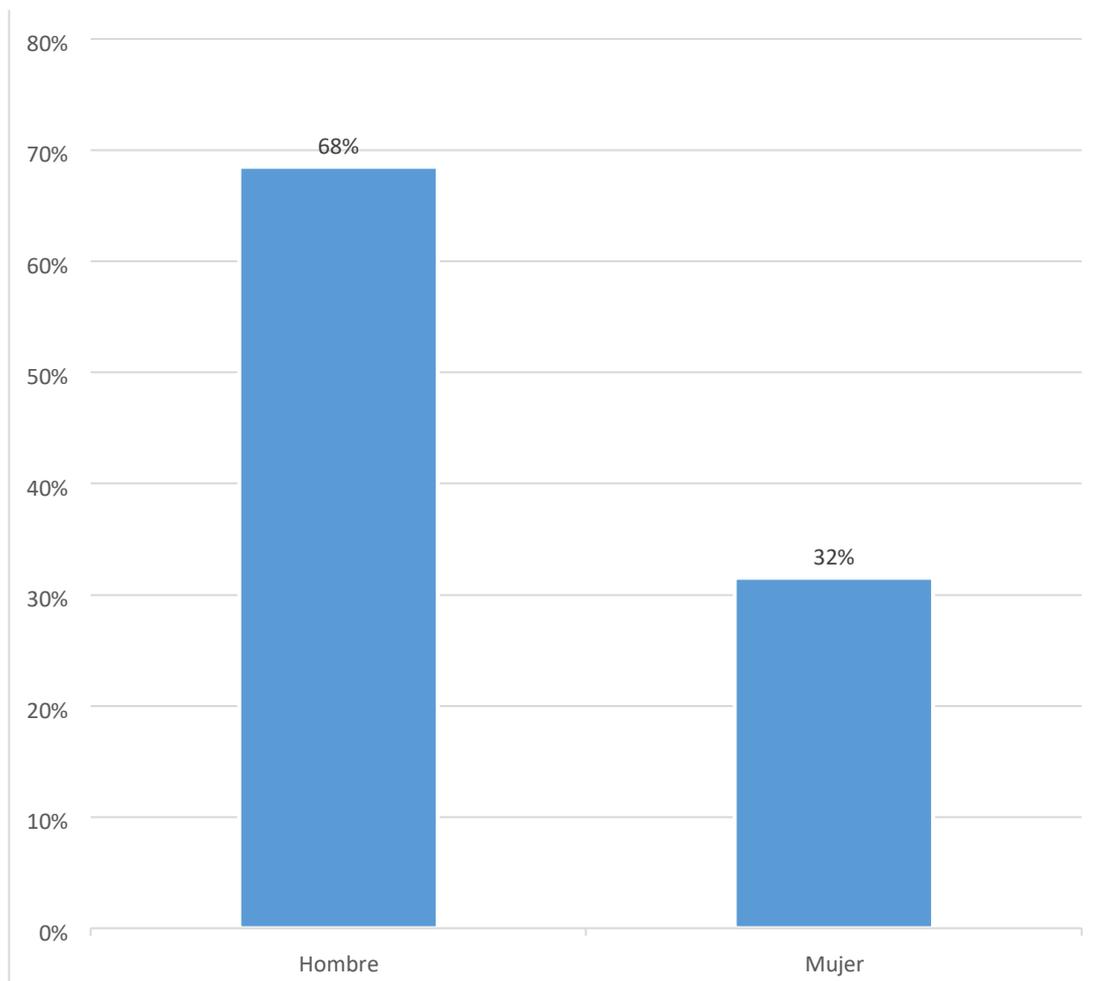


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

Los datos tabulados de las historias clínicas permiten conocer que el 66% de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio tiene una talla normal, mientras que el 26% tiene una talla baja. A pesar de que la mayor parte presenta una talla normal, existen neonatos que no poseen una talla acorde a su edad, por lo tanto, como profesionales de enfermería, es importante también tomar en consideración de esta medida, que permite determinar que existen falencias en cuanto al desarrollo físico del niño debido a alguna patología.

Figura No. 4 Distribución porcentual por sexo

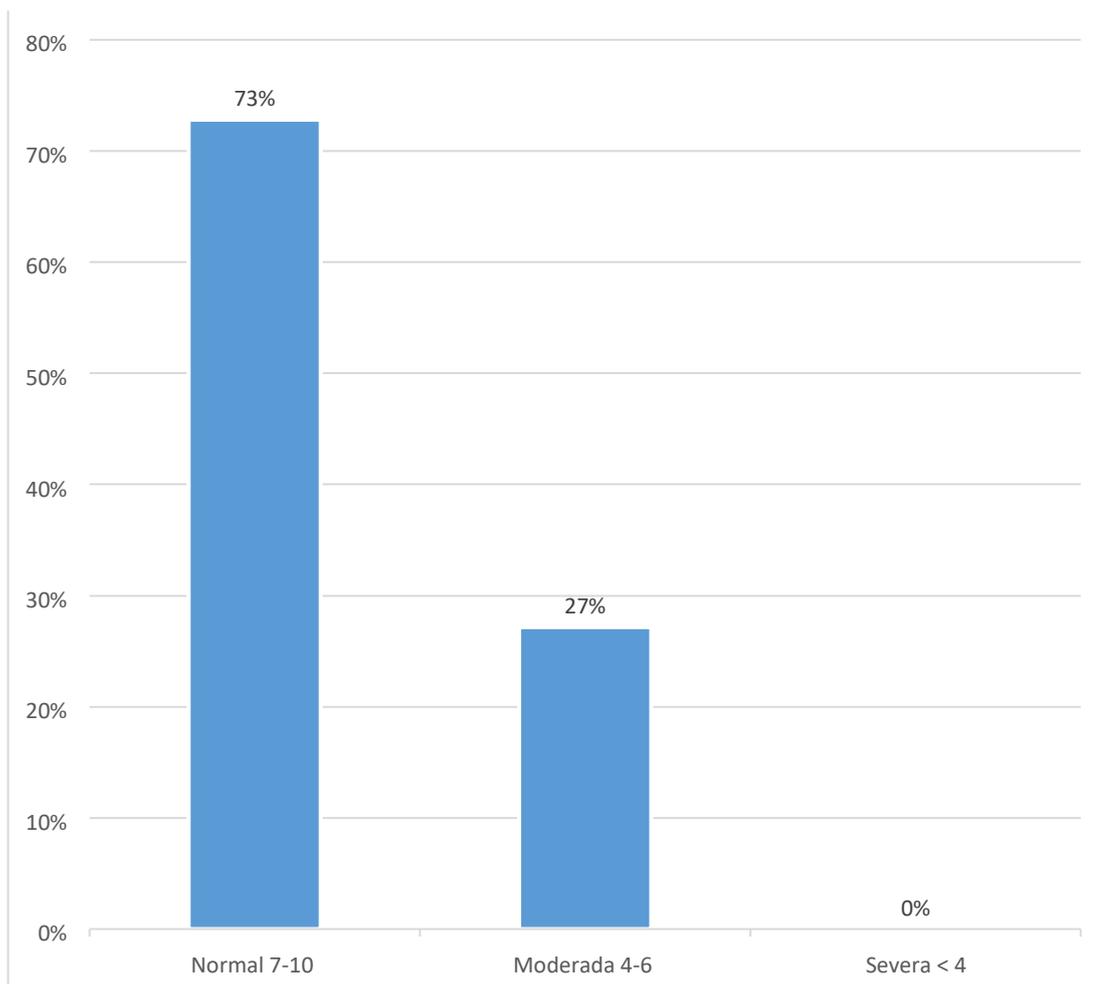


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

A través de estos resultados, se puede conocer que el 68% de los neonato es de sexo hombre, mientras que el 32% restante son de sexo mujer. De esta forma se puede evidenciar una mayor incidencia de hombre debido a la hormona sexual masculina (andrógeno) ya que retrasa la producción del surfactante en embriones durante el periodo del embarazo.

Figura No. 5 Valoración de APGAR

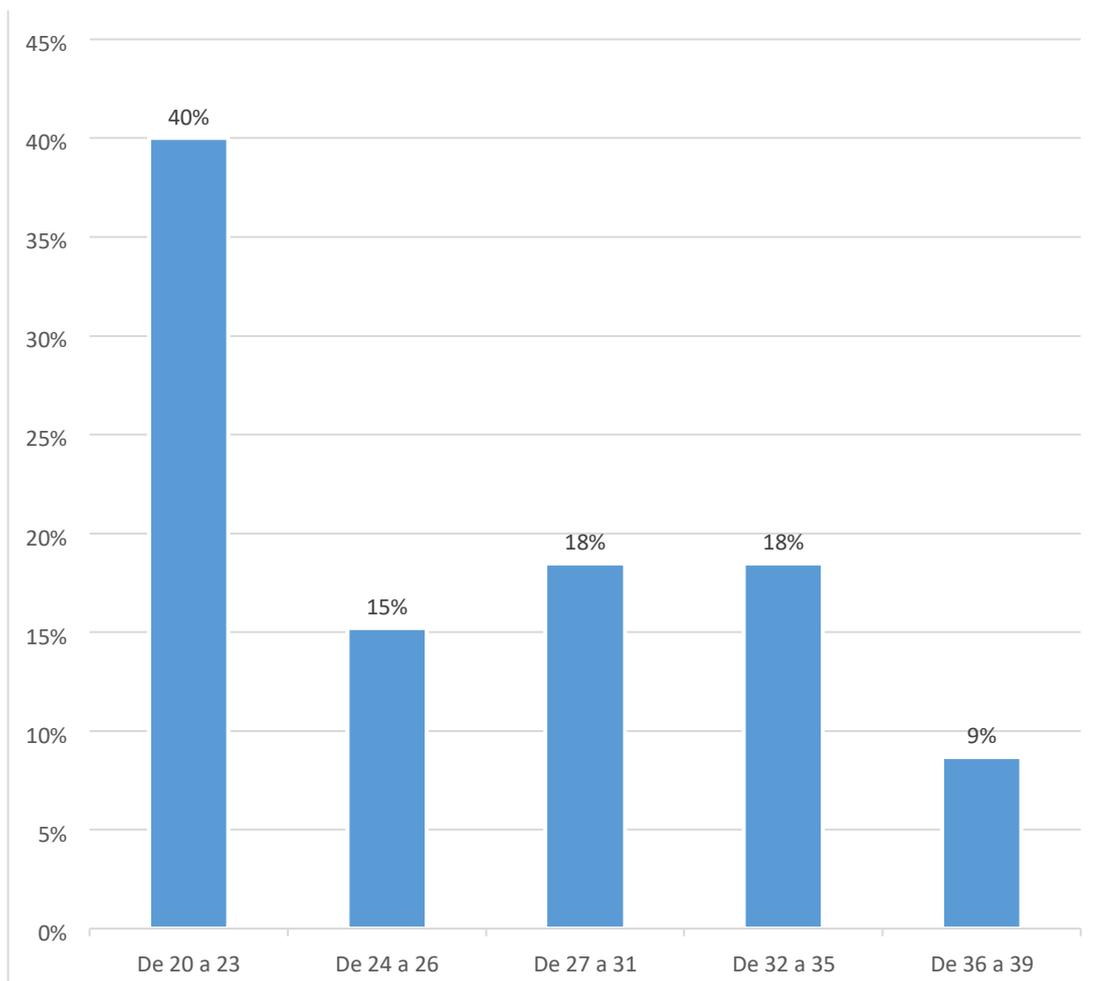


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

En la población estudiada se pudo determinar que el 73% de los neonatos tuvo un APGAR normal de 7 a 10, mientras que el 27% restante presentó un APGAR moderado de 4 a 6; estos niveles de APGAR fueron valorados en los primeros minutos de vida de los neonatos (1-5-10min).

Figura No. 6 Distribución porcentual por edad de la madre

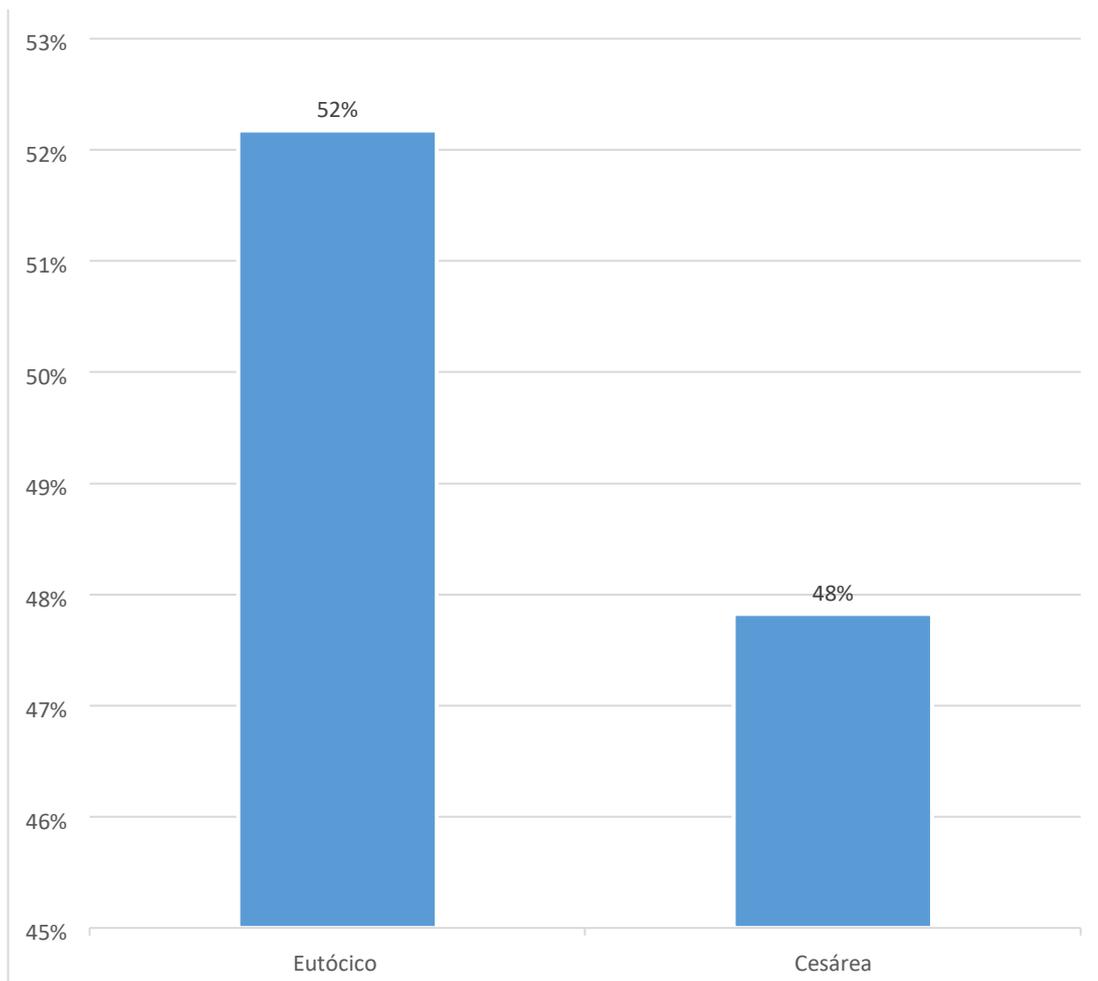


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

Los datos recopilados de las historias clínicas permiten conocer que el 40% de las madres de neonatos con síndrome distrés respiratorio tenía una edad de 20 a 23 años, mientras que el 18% eran de 27 a 31 años y otro 18% de 32 a 35 años; evidencia ante la cual es necesario que los profesionales de salud, se enfoquen en el desarrollo continuo de charlas gestantes jóvenes, que, por su edad, no poseen el conocimiento o la experiencia necesaria para realizar el cuidado de sí mismas y del neonato.

Figura No. 7 Tipo de parto

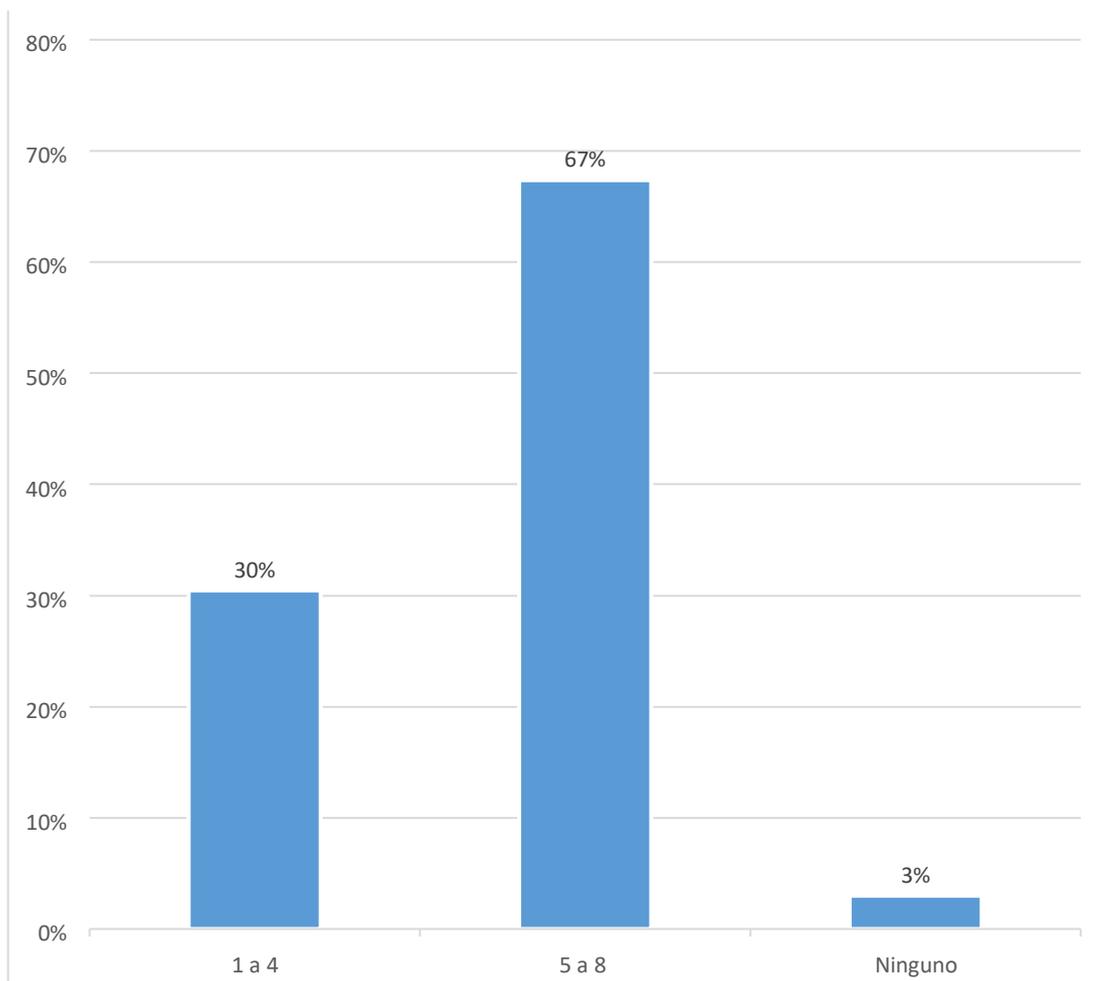


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

La tabulación de los datos obtenidos de las historias clínicas, permite identificar que el 52% de los partos fueron eutócicos mientras que el 48% fue por cesárea; cabe destacar que es importante determinar el tipo de parto, debido a que durante el trabajo del parto, el feto pasa una situación de estrés, ya que sus pulmones intentan expulsar el líquido residual por la boca, favorecido por las contracciones uterina, por lo que al no existir este mecanismo en las cesáreas incrementa la vulnerabilidad de presentarse este tipo de morbilidad respiratoria.

Figura No. 8 *Controles prenatales*

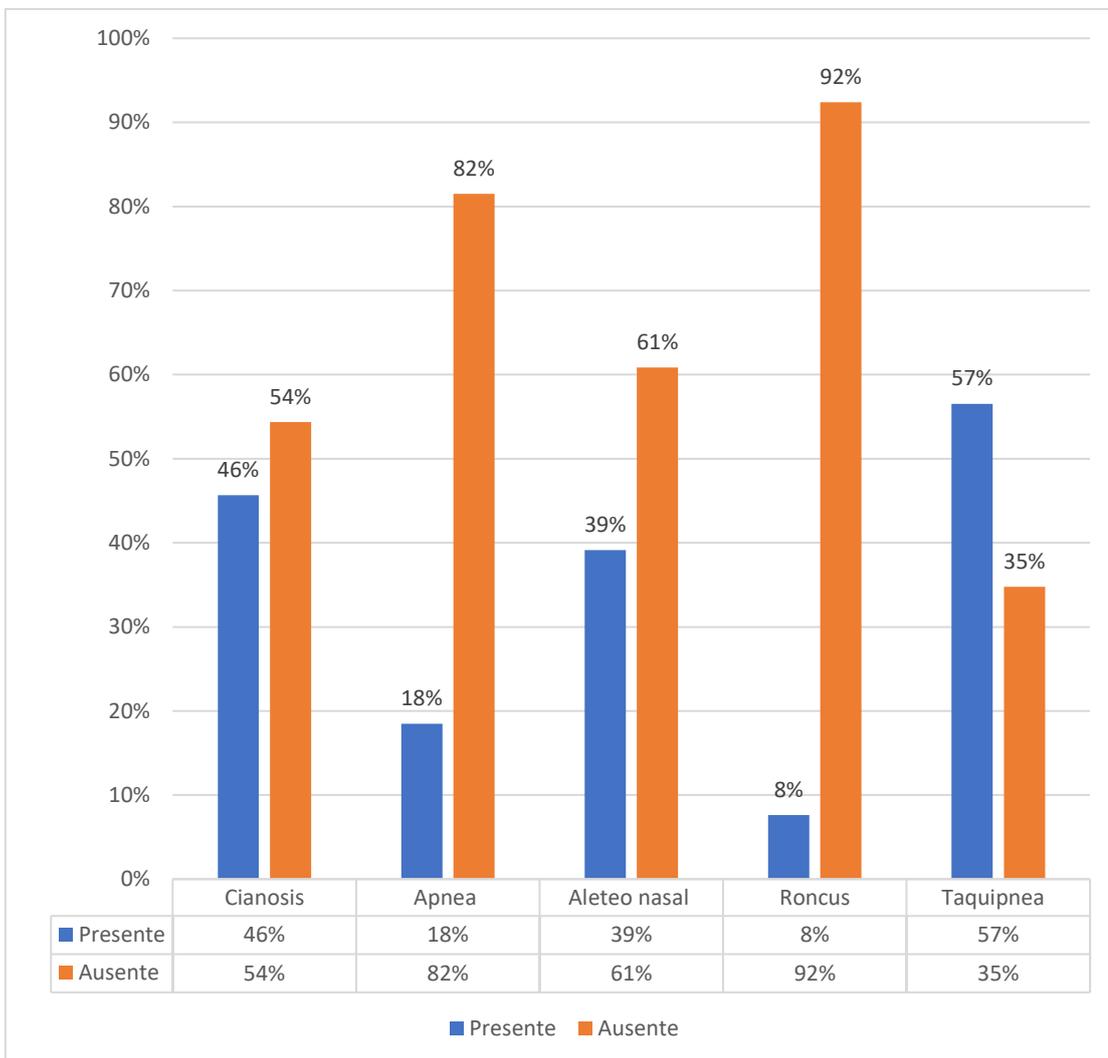


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

Los datos representados en la presente figura estadística permiten evidenciar que el 67% de los neonatos, tuvieron de 5 a 8 controles prenatales mientras que el 30% solo tuvieron de 1 a 4 controles; es notable la cantidad considerable de casos de neonatos que poseen pocos controles prenatales, por ende, es importante recalcar a las madres y padres, sobre la importancia de los controles, que permiten identificar cualquier anomalía o alteración que ponga en riesgo la salud del neonato.

Figura No. 9 Características clínicas

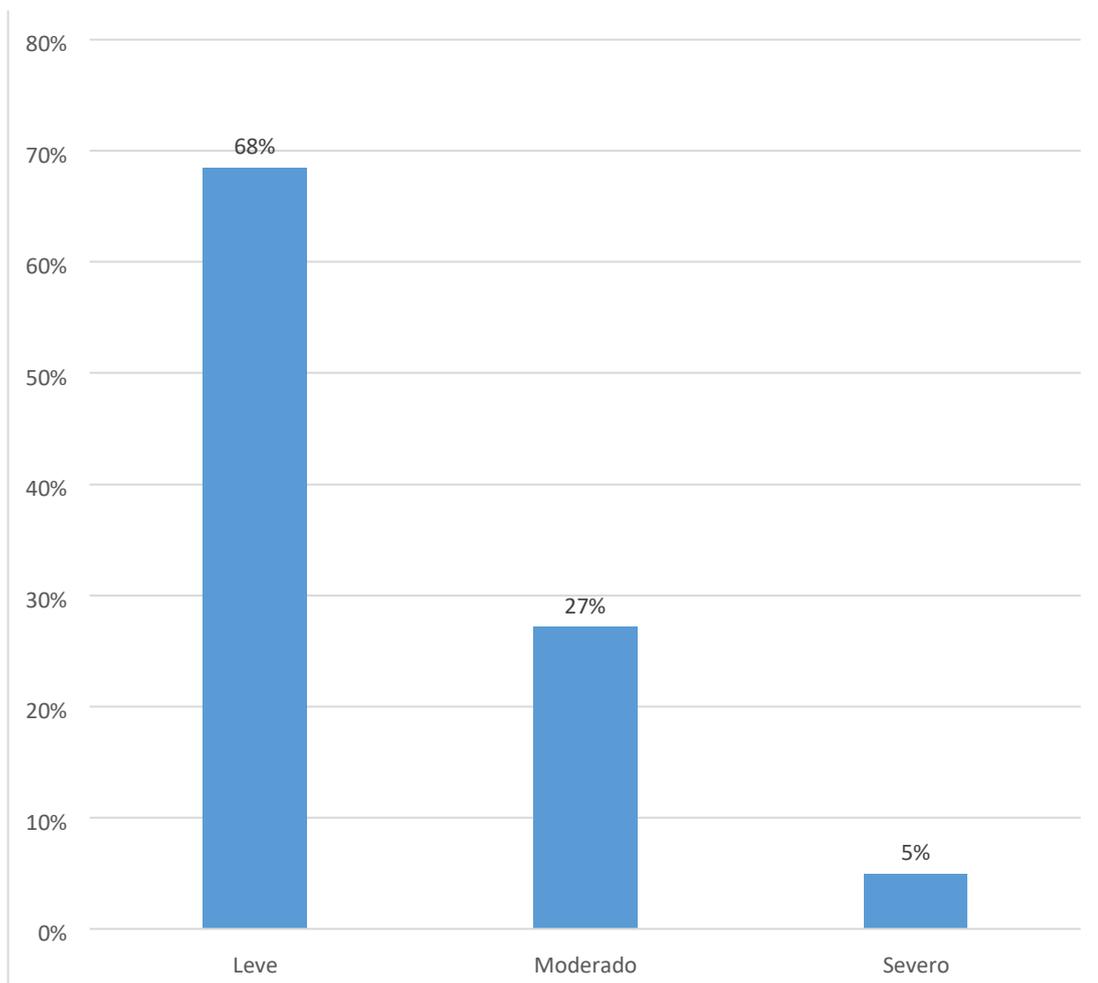


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

En cuanto a las características clínicas, es evidente que el 57% de los neonatos presentaron taquipnea, el 46% cianosis, el 39% aleteo nasal y el 18% apnea; estas características clínicas deben ser relevantes durante la valoración del paciente neonatal, debido a que permite reconocer un posible diagnóstico como es el caso de una enfermedad respiratoria, de tal manera que se promueva al mismo tiempo, una intervención para controlarla a tiempo y evitar repercusiones en la vida del menor.

Figura No. 10 Nivel de dificultad respiratoria

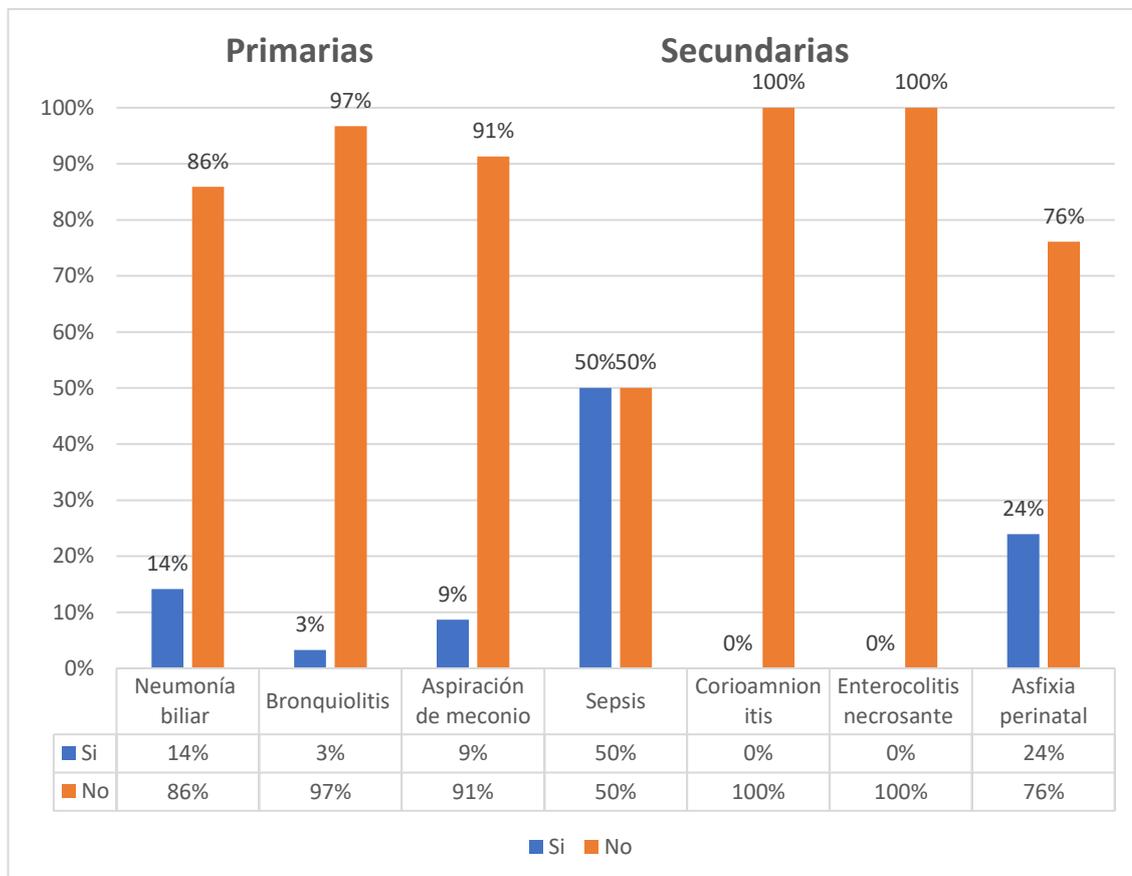


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

A través de la observación indirecta de las historias clínicas, se puede identificar que el 68% de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio, presentaron un nivel leve de dificultad respiratoria, mientras que el 27% presentó un nivel moderado y el 5% tenía nivel severo de dificultad respiratoria. Por ende, un grupo considerable de neonatos presentaron aleteo y tiraje intercostal para la valoración de dificultad respiratoria fue la Escala de Silverman-Anderson.

Figura No. 11 Causas neonatales

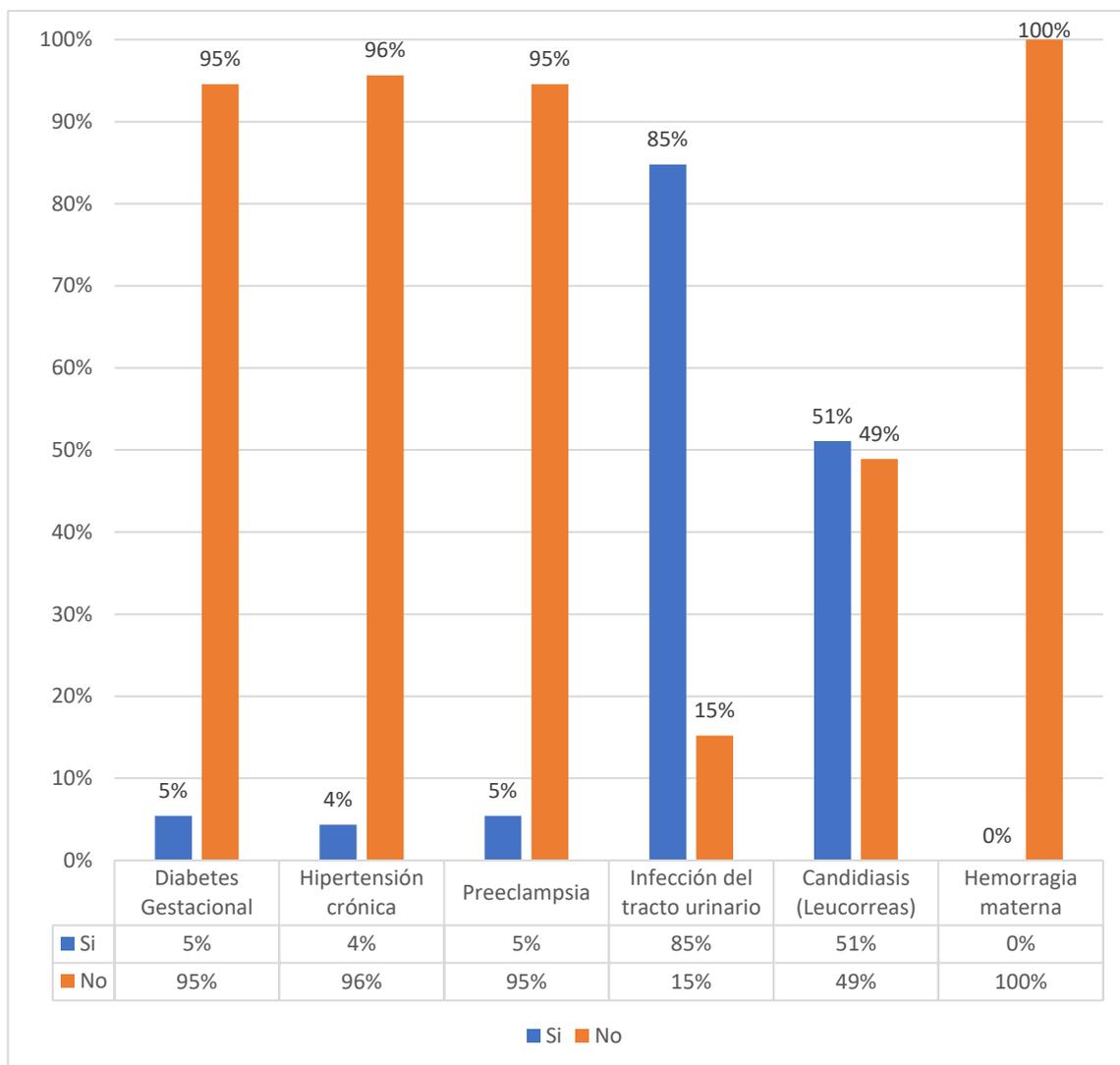


Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

La tabulación de los datos que han sido recopilados, también permiten conocer que el 50% de los neonatos presentó entre sus causas la sepsis, mientras que el 24% presentó asfisia perinatal y el 14% neumonía biliar. Estas causas deben ser tomadas en cuenta por parte del profesional de enfermería, al momento de la valoración del paciente, de tal manera que pueda informar al personal médico, para que puedan intervenir y prevenir que haya riesgos o complicaciones en la salud del paciente neonatal.

Figura No. 12 Comorbilidades maternas



Nota: Datos obtenidos de la observación indirecta de neonatos con síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Análisis:

A través de los datos obtenidos de las historias clínicas, se puede destacar que el 85% de las gestantes presentar como comorbilidad la infección del tracto urinario, mientras que el 51% presentó candidiasis. Este hallazgo permite conocer que es de gran importancia el diagnóstico y manejo temprano de las comorbilidades maternas, para evitar las posibles secuelas que se puedan producir en el neonato.

5. Discusión

En el presente trabajo de investigación se busca identificar las características clínicas del distrés respiratorio, se observa que hay un predominio de neonatos con taquipnea (57%), aleteo nasal (39%), cianosis (46%) y apnea (18%). Este hallazgo al ser correlacionado, posee una similitud de casos, con el estudio de Rueda (14), quien determinó entre las características, que el 30% presentó taquipnea y el 25% tuvo problemas de aleteo nasal. Por otra parte, Llor y Delgado (15), afirman que la principal característica clínica de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio, presentó taquipnea (62%). A través de esta comparación, se puede establecer que son varias las características que son propias del síndrome de distrés respiratorio, permitiendo poder establecer un diagnóstico oportuno para la atención y prevención de las repercusiones en el estado de salud del neonato y de la madre.

Por otra parte, se describieron las características sociodemográficas de los neonatos, donde la edad gestacional predominante fue a término (62%), con un peso adecuado (66%), una talla normal (66%), que en su mayoría fueron hombres (68%) y que en cuanto a la valoración APGAR, predominó el nivel normal (73%); mientras que, en relación con la madre, predominó la edad de 20 a 23 años (40%), que tuvieron un tipo de parto eutócico (52%) y que solo tuvieron de 5 a 8 controles prenatales (67%). Estos resultados poseen similitud con los hallazgos de Llamazares y Pérez (16), debido a que indica que el 80% de los partos fueron eutócicos, el 60% tuvo un nivel normal de APGAR; así mismo Carrasco y Alonso (14) indicó que el 54% de los casos fue en niños, el 45% reflejó tener un nivel de APGAR dentro de lo normal, y el 54% del tipo de parto fue a término. En base a este hallazgo, es evidente que la mayoría de los pacientes con el síndrome de distrés respiratorio, presentan estas características que deben ser tomadas en consideración por parte del profesional de enfermería, para de tal manera poder dar una atención oportuna y prevenir que se causa repercusiones en el estado de salud del menor.

En cuanto a las causas neonatales, es evidente que el 50% de los casos de síndrome de distrés respiratorio fue por sepsis, mientras que el 24% de neonatos fue debido a la asfixia perinatal.

Con respecto a las comorbilidades maternas Carrasco y Alonso (14), menciona que las gestantes tuvieron infección del tracto urinario (85%) y Candidiasis (51%). Este hallazgo posee cierto contraste con el estudio de Llamazares y Pérez (16), debido a que el 50% de los neonatos que presentaron este tipo de síndrome, fue debido a la neumonía; Llor y Delgado (15), señala que el 60% de las madres de neonatos con síndrome de distrés respiratorio, tuvieron como comorbilidad maternas infecciones del tracto urinario.

Ante estos hallazgos es evidente cada una de las causas que inciden que los neonatos presenten síndrome de distrés respiratorio, se suma la desinformación lo que tiende a aumentar la vulnerabilidad de que el neonato posea complicaciones, siendo vital la intervención de los profesionales de salud, que mediante las actividades de promoción de la salud a las gestantes.

6. Conclusiones

Con base en la investigación realizada, se pueden extraer las siguientes conclusiones relacionadas con los objetivos de la investigación:

Al identificar las características clínicas de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio, hubo una mayor cantidad de neonatos que presentaron taquipnea, cianosis y aleteo nasal.

Al describir las características sociodemográficas de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio, se destaca que hubo un mayor predominio de neonatos de sexo masculino con edad gestacional a término, con un peso adecuado y una talla normal, que presentaron además un APGAR normal. En cuanto a las madres, la mayor parte tuvo una edad de 20 a 23 años, con parto eutócico y que acudieron de 5 a 8 controles prenatales.

Al determinar las causas neonatales del distrés respiratorio, en el hospital en estudio, hubo un mayor predominio de neonatos con sepsis y asfixia perinatal que incidieron en el desarrollo del síndrome de distrés respiratorio, además de una baja incidencia de neumonía biliar y aspiración de meconio.

Al detallar las comorbilidades maternas que inciden en el desarrollo del síndrome de distrés respiratorio en este hospital, fue evidente que hubo un mayor predominio de mujeres que presentaron infección del tracto urinario y candidiasis.

7. Recomendaciones

Desarrollar en las diferentes instituciones hospitalarias, programas de vigilancia epidemiológica, para poder realizar un seguimiento de la causa que inciden en el desarrollo del distrés respiratorio en neonatos y desarrollar estrategias que permitan una disminución de casos con este problema respiratorio en los pacientes neonatales.

Sugerir al profesional de enfermería de esta institución hospitalaria, que se continúen desarrollando campañas para fomentar la lactancia materna en las madres, debido a que este es un factor importante para el desarrollo del Virus Sincitial Respiratorio en los pacientes pediátricos.

Fomentar a través de las charlas educativas en las madres, sobre el síndrome de distrés respiratorio junto con las medidas de prevención, con la finalidad de que haya un mejor cuidado durante y después del embarazo, para la prevención de complicaciones y una mejor calidad de vida de los neonatos.

A la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, que se siga promoviendo el desarrollo de estudios relacionados con fomento de la salud en mujeres gestantes y además del estudio de las morbilidades neonatal debido a que se observan saturadas de pacientes las unidades de cuidados intensivos neonatales con patologías respiratorias inherentes a la prematurez.

8. Referencias

1. Herrero RL. Manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). ¿Qué hay de nuevo? AnestesiaR [Internet]. 24 de febrero de 2020 [citado 11 de abril de 2022]; Disponible en: <https://anestesiario.org/2020/manejodel-sindrome-de-distres-respiratorio-agudo-sdra-que-hay-de-nuevo/>
2. Salazar J, Hidalgo F. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. 2019;9.
3. Constanza N, Jerusalén M. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. 2020;(1):11.
4. Lattari A. Síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de distrés respiratorio) en recién nacidos - Salud infantil [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2021 [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/problemaspulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9nnacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-s%C3%ADndromede-distr%C3%A9s-respiratorio-en-reci%C3%A9nnacidos>
5. López R, Sánchez B, Lorenzo M. Manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). ¿Qué hay de nuevo? | Revista Electrónica AnestesiaR. 2020;(3):12.
6. Zayed Y, Askari R. Respiratory Distress Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 30 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538311/>
7. Diamond M, Peniston HL, Sanghavi D, Mahapatra S. Acute Respiratory Distress Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 30 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436002/>
8. UNICEF. Salud del recién nacido en entornos humanitarios. 2017;192.

9. Organización Mundial de la Salud. Alcanzando todos los hitos nacionales de 2020 para recién nacidos. 2017;76.
10. Moreira J, Bressan CS, Brasil P, Siqueira AM. Epidemiology of acute febrile illness in Latin America. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis.* agosto de 2018;24(8):827-35.
11. Evelyn O, Jaime FS, David M, Lorena A, Jenifer A, Oscar G. Prevalencia y resultados clínicos de distrés respiratorio en niños de Bogotá, Colombia. *BMC Pediatr.* 10 de octubre de 2019;19:345.
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Evolución histórica del Registro Estadístico de Camas y Egresos hospitalarios. 2020;(1):21.
13. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Suñol Vázquez Y de la C, López Quintana M de la C. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal: revisión narrativa de la literatura. *Medwave* [Internet]. 14 de julio de 2015 [citado 30 de noviembre de 2021];15(06). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/6182.act>
14. Rueda F. Factores clínicos epidemiológicos relacionados con el distrés respiratorio grave del pretérmino en el Hospital IESS Ambato. 2017;1(1):89.
15. Llor A, Delgado J. Síndrome de distrés respiratorio y protocolo de reanimación cardiopulmonar en pacientes neonatos. *Rev Científica Higía Salud* [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2022];1(1). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/507>
16. Llamazares I, Pérez F. Síndrome de Distrés Respiratorio de origen pulmonar en hijo de madre hipertensa. 2017;16.
17. Romero OEN, Meléndez AFN. Factores de riesgo para el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo: un estudio de casos y controles. *Pediatría Asunción.* 2016;43(3):225-31.

18. Cepeda KAS, Herazo MES, Jimenez M del CG, Estrella MAR. Síndrome de distres respiratorio agudo. RECIMUNDO. 11 de julio de 2020;4(3):86-93.
19. Torres L, Ceballos E. Maduración pulmonar fetal: Efectos sobre la morbilidad respiratoria en prematuros tardíos. Rev Methodo [Internet]. 15 de abril de 2019 [citado 5 de mayo de 2022];4(1). Disponible en: <http://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/method/article/view/1434>
20. Sociedad Ecuatoriana de Pediatría. Revista Ecuatoriana de Pediatría. 2019;70.
21. Ota A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018;64(3):415-22.
22. Terán RB, Bucheli E, Játiva E, Vergara A, Baquero M, Aquilar E, et al. Líquido amniótico. Pruebas de Madurez Fetal realizadas en Líquido Amniótico. Rev Fac Cienc Médicas Quito. 1982;7(1-2):26-33.
23. Callau A. Actualización del tratamiento del síndrome de distrés respiratorio del adulto [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/actualizacion-del-tratamiento-del-sindrome-de-distresrespiratorio-del-adulto/>
24. Sandoval-Gutiérrez JL. Síndrome de distrés respiratorio agudo. A medio siglo de su descripción. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(6):558-61.
25. Wong J, Jit M, Sultana R. Descenso de la mortalidad en el síndrome del distrés respiratorio agudo. 2019;10.
26. American Heart Association. Soporte vital avanzado pediátrico. 2019;296.
27. Pérez Martínez Y, Delgado Rodríguez Y, Aríz Milián O de la C, Gómez Fernández M. Enfermedad de la membrana hialina en el Hospital Ginecobstétrico «Mariana Grajales». Medicentro Electrónica. septiembre de 2017;21(3):237-40.

28. Balest A. Taquipnea transitoria del recién nacido - Salud infantil [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/saludinfantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9nnacidos/taquipnea-transitoria-del-reci%C3%A9n-nacido>
29. Romero M. Neumonía neonatal [Internet]. 2020 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/afecciones-tipicas-infantiles/que-es-la-neumonia-neonatal-tipos-y-causas>
30. Malvino E. Preeclampsia grave y eclampsia. 2018;349.
31. Lara A. Diabetes mellitus durante el embarazo - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/esec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-noobst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/diabetes-mellitus-durante-elembarazo>
32. Víquez MV, González CC, Fumero SR. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Rev Medica Sinerg. 1 de mayo de 2020;5(5):e482-e482.
33. Bruett A, Gove N, Mayock D, Batra M. Performance of the Silverman Andersen Respiratory Severity Score in predicting PCO₂ and respiratory support in newborns: a prospective cohort study. J Perinatol. 2018;38(5):505-11.
34. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Montecristi, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. 216 p. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
35. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Montecristi, Ecuador: Asamblea Constituyente;

2008. 216 p. Disponible en:

https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

36. Congreso Nacional del Ecuador. Código de la niñez y adolescencia. 2014;114.
37. El Congreso Nacional. Ley Organica de Salud [Internet]. Sec. El Congreso Nacional 2012 p. 1-61. Disponible en: https://www.todaunavida.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2015/04/SALUDLEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
38. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. 2018;1(1):149.

ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZACION PROPORCIONADO POR LA CARRERA



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física



Certificado
No EC SG 2018002043

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 18 de abril del 2022

Srta. Lizbeth Contreras de la Cruz
Srta. Gisella Chinlli Macas
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a ustedes que su tema presentado: **"Características clínicas del distrés respiratorio en neonatos ingresados en el área UCIN de un hospital de Guayaquil, año 2020- 2021."** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Geny Rivera Salazar.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo

ANEXO 2. AUTORIZACION PROPORCIONADO POR LA INSTITUCION



Ministerio de Salud Pública
Hospital del Niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante
Dirección Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HFIB-DA-2022-1379-M

Guayaquil, 13 de mayo de 2022

PARA: Sra. Dra. Kira Evelyn Sánchez Piedrahita
Coordinadora de la Gestión de Docencia - HFIB

ASUNTO: EN RESPUESTA A: SOLICITUD DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTADISTICOS- BETTY CHINLLI- PAOLA CONTRERAS

De mi consideración:

Cordiales saludos, por medio del presente en atención y respuesta al Memorando de referencia No.MSP-CZ8S-HFIB-GDI-2022-0478-M a través del cual informa:

"Saludos cordiales, en respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HFIB-SECG-2022-1155-E, suscrito por Secretaria General, por medio de la presente informo a usted del trámite pertinente de autorización para recolección de datos estadísticos en la institución, adjunto formato con código: FORM-DAS-GDI-003 para la solicitud de las señorita: Betty Gisella Chinlli Macas con C.I: 095310392-6 y Paola Lizbeth Contreras De la Cruz, con C.I: 095352920-3, estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, cuyo tema de tesis es: **"CARACTERISTICAS CLÍNICAS DEL DISTRÉS RESPIRATORIO EN NEONATOS INGRESADOS EN EL ÁREA DE UCIN DE UN HOSPITAL DE GUAYAQUIL, AÑO 2020 - 2021"**, mismo que cumple con todos los requisitos, por lo cual se recomienda a su autoridad, autorizar la solicitud".

En virtud de lo expuesto me permito informar a usted que la Dirección Asistencial Autoriza esta solicitud, en razón de estar enmarcada dentro de los requisitos establecidos por el HFIB.

Particular que cumpla en informar para las acciones administrativas pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dirección: Av. Quito y Gómez Rendón. **Código Postal:** 090315 / Guayaquil Ecuador
Teléfono: 593-4-2597500 - www.hfib.gob.ec

Ido electrónicamente por Qupux 1/2



Memorando Nro. MSP-CZ8S-HFIB-DA-2022-1379-M

Guayaquil, 13 de mayo de 2022

Documento firmado electrónicamente

Dra. Aracelly Patricia Parrales Cedeño
DIRECTORA ASISTENCIAL, ENCARGADA - HFIB

Referencias:

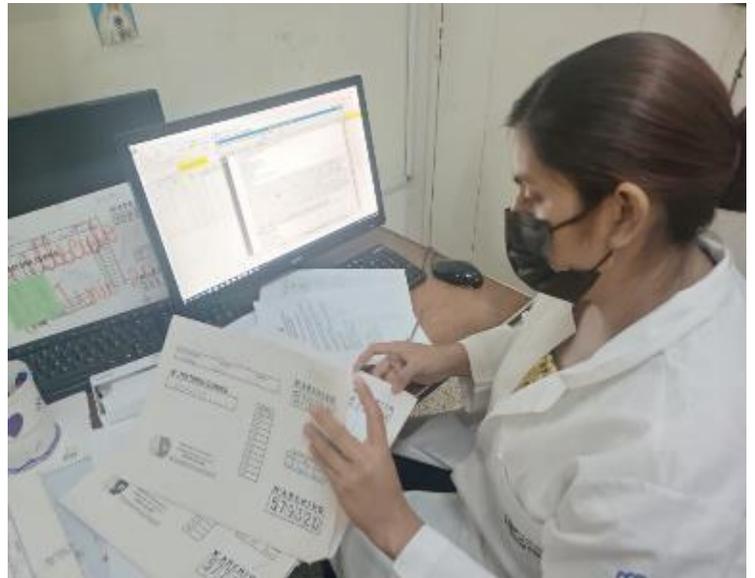
- MSP-CZ8S-HFIB-GDI-2022-0478-M

Anexos:

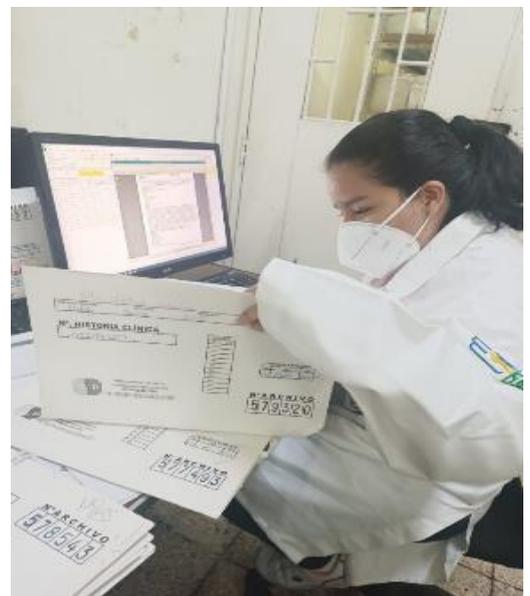
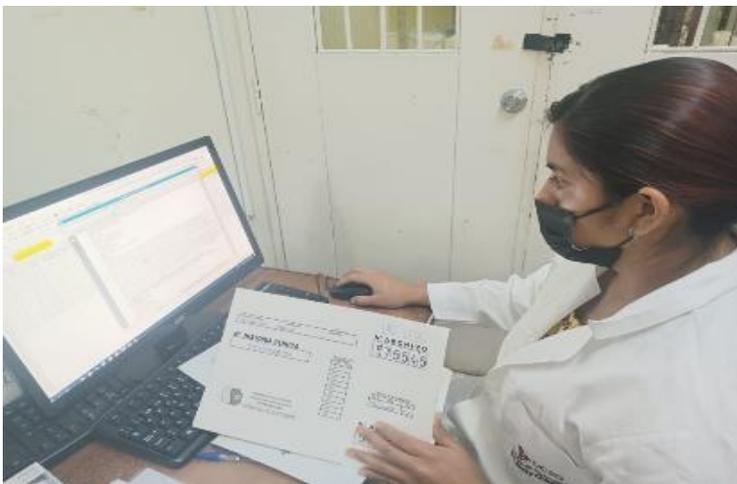
- betty_chinlli-_paola_contreras.pdf
- chinlli_y_contreras.pdfCopia:

Sra. Mgs. Melva Jazmin Infante Jaramillo
Coordinadora de la Gestión de Admisiones - HFIB ef

ANEXO 4. EVIDENCIA GRÁFICA



Las autoras recabando información desde las Historias Clínicas.





UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

MATRIZ DE RECOLECCION INDIRECTA

Tema: Características clínicas del distrés respiratorio en neonatos ingresados en el área UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021.

Objetivo: Recabar información de neonatos que presenten distrés respiratorio ingresados en el área UCIN de un Hospital de Guayaquil.

Instrucciones para el Observador:

- Señale con una "X" la información requerida en los casilleros en blanco.

Características del Neonato:

1. Edad

A término (37 a 41 semanas)

Prematuros moderados a tardíos (32 a 36 semanas)

Muy prematuros (28 a 31 semanas)

Prematuro extremo (menor o igual a 27 semanas)

2. Peso

Macrosómico (>4000g)

Peso adecuado (>2500g)

Bajo peso al nacer (<2500g)

Muy bajo peso al nacer (<1500g)

Extremadamente pequeño (<1000g)

3. Talla

Talla muy alta	<input type="checkbox"/>
Talla alta	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>
Baja talla	<input type="checkbox"/>
Baja talla severa	<input type="checkbox"/>

4. Sexo

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

5. Valoración de APGAR (1- 5 -10 minutos)

Normal 7-10	<input type="checkbox"/>
Moderada 4-6	<input type="checkbox"/>
Severa < 4	<input type="checkbox"/>

Caracterización de la madre

6. Edad de la madre

De 20 a 23	<input type="checkbox"/>
De 24 a 26	<input type="checkbox"/>
De 27 a 31	<input type="checkbox"/>
De 32 a 35	<input type="checkbox"/>
De 36 a 39	<input type="checkbox"/>

7. Tipo de parto

Eutócico	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>

8. Controles prenatales

1 a 4	<input type="checkbox"/>
5 a 8	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>

9. Características clínicas respiratorias del RN.

	Presente - Ausente
Cianosis	
Apnea	
Aleteo nasal	
Roncus	
Taquipnea	

10. Valoración de la dificultad respiratoria

Escala de Silverman - Anderson

Parámetros	0	1	2
Aleteo nasal	Ausente	Leve e inconstante	Marcado
Quejido respiratorio	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible a distancia
Movimiento toracoabdominal	Rítmicos y regulares	Levemente disociados	Francamente disociados
Tiraje intercostal	Ausentes	Leves e inconstantes	Constantes y marcados
Retracción xifoidea	Ausentes	Leve e inconstante	Constante y marcada

Puntuación:

- 0 = Dificultad respiratoria
- 1 a 3 = Dificultad respiratoria leve
- 4 a 6 = Dificultad respiratoria moderado
- ≥7 = Dificultad respiratoria severa

Causas neonatales

11. Primarios

	Si	No
Neumonía biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquiolitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiración de meconio, sangre, agua, bilis o secreción gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Secundarios

	Si	No
Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corioamnionitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enterocolitis necrosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asfixia perinatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Comorbilidades maternas

Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>
Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/>
Preeclampsia	<input type="checkbox"/>
Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>
Candidiasis (Leucorreas)	<input type="checkbox"/>
Hemorragia materna	<input type="checkbox"/>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chinlli Macas Betty Gisella**, con C.C: # **0953103926** autora del trabajo de titulación: **Características Clínicas Del Distrés Respiratorio En Neonatos Ingresados En El Área UCIN De Un Hospital De Guayaquil, Año 2020-2021**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del 2022.

f. _____

Chinlli Macas Betty Gisella

C.C: 0953103926



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Contreras De La Paola Lizbeth**, con C.C: # **0953529203** autora del trabajo de titulación: **Características Clínicas Del Distrés Respiratorio En Neonatos Ingresados En El Área UCIN De Un Hospital De Guayaquil, Año 2020-2021**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del 2022.

f. _____ *Paola Contreras* _____

Contreras De La Cruz Paola Lizbeth

C.C: 0953529203



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Características Clínicas Del Distrés Respiratorio En Neonatos Ingresados En El Área UCIN De Un Hospital De Guayaquil, Año 2020-2021.		
AUTOR(ES)	Chinlli Macas, Betty Gisella Contreras De La Cruz, Paola Lizbeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, MGs,		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de Septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	57
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Materno Infantil		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Características clínicas, distrés respiratorio, neonatos, UCIN.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El Síndrome de Distrés Respiratorio es un cuadro que se presenta generalmente en los recién nacidos pretérmino, evidenciándose signos como la cianosis, la taquipnea, la retracción subcostal y los grados variables de compromiso de oxigenación. Objetivo: Identificar las características clínicas del distrés respiratorio en los neonatos ingresados en el área de UCIN de un Hospital de Guayaquil, año 2020-2021. Metodología: descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal. Población: 120 Pacientes neonatales. Muestra: 92 pacientes neonatales con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio del área de UCIN. Técnica: Observación indirecta, Instrumento: Matriz de recolección de datos de observación indirecta. Resultados: Entre las características clínicas, presentaron taquipnea (57%), aleteo nasal (39%), cianosis (46%) y apnea (18%); los neonatos tuvieron edad gestacional a término (62%), con un peso adecuado (66%), una talla normal (66%), de sexo hombre (68%); con valoración APGAR de nivel normal (73%); con causas neonatales, de sepsis (50%) y asfisia perinatal (24%), comorbilidades maternas de infección del tracto urinario (60%). Al aplicar la escala de Silverman – Anderson, tuvieron un nivel leve de dificultad respiratoria (68%). Las características de las madres que resaltaron, fue tener una edad de 20 a 23 años (40%), parto eutócico (52%) y solo asistió de 5 a 8 controles prenatales (67%). Conclusión: Existen diferentes características que despuntan en los neonatos con síndrome de distrés respiratorio, ante los cuales el profesional de enfermería debe informar al médico especialista para poder establecer las estrategias y actuar ante la presencia de esta enfermedad en los pacientes neonatales.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 96 897 9006 +593 99 614 4057	E-mail: betty-06-12@hotmail.com pauliz-97@live.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc Teléfono: +593 99 314 2597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			