



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

TEMA: Factores predisponentes a Distrés Respiratorio en recién nacidos del servicio de neonatología- Hospital San Vicente de Paúl 2017.

AUTORA:

Granda Pavón Melani Fransheska

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Rodrigo Alvear

IBARRA – ECUADOR

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Director de la tesis de grado titulada “**FACTORES PREDISPONENTES A DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIÉN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA- HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2017.**”, de autoría de GRANDA PAVÓN MELANI FRANSHESKA, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 16 días del mes de septiembre de 2017

Atentamente,



Dr. Rodrigo Alvear

C.C.: 1712583986

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	1003780820
Apellidos y nombres:	Granda Pavón Melani Fransheska
Dirección:	Gabriela Mistral y Carlos Elias Almeida
Email:	melafran@outlook.es
Teléfono fijo:	2953471
Teléfono móvil:	0997382182
DATOS DE LA OBRA	
Título:	Factores predisponentes a Distrés Respiratorio en recién nacidos del servicio de neonatología- Hospital San Vicente de Paúl 2017.
Autor:	Granda Pavón Melani Fransheska
Fecha:	2017-10-16
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciada en enfermería
Director:	Dr. Rodrigo Alvear

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Granda Pavón Melani Fransheska, con cédula de ciudadanía Nro. 100378082-0 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 16 días del mes de septiembre de 2017

LA AUTORA:



Granda Pavón Melani Fransheska

C.I.: 100378082-0

ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Consejo Universitario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Granda Pavón Melani Fransheska, con cédula de ciudadanía Nro. 100378082-0; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“FACTORES PREDISPONENTES A DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIÉN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA- HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2017.”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 16 días del mes de septiembre de 2017

LA AUTORA:

Granda Pavón Melani Fransheska

C.I. 100378082-0

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN
Fecha: Ibarra, 16 de septiembre de 2017

GRANDA PAVÓN MELANI FRANSHEKA "FACTORES PREDISPONENTES A DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIÉN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA- HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2017" TRABAJO DE GRADO. Licenciatura de Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 16 de septiembre de 2017.

DIRECTOR: Dr. Rodrigo Alvear

El principal objetivo de la presente investigación fue: Evaluar el nivel del cumplimiento del protocolo de atención por el personal profesional de salud en menores de cinco años con Dg. de neumonía, HLGD, 2017. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio. Identificar el protocolo de atención en pacientes con Neumonía realizado por la institución. Valorar el cumplimiento de cada uno de los ítems del protocolo de atención en niños con Neumonía. Diseñar un taller de capacitación dirigido al personal profesional para un efectivo cumplimiento del protocolo de atención.

Ibarra, 16 de septiembres de 2017

Dr. Rodrigo Alvear
Director de Tesis

Granda Pavón Melani Fransheska
Autora

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por darme la vida, apoyándome en todo momento, en cada paso de mi vida, por sus consejos, sus valores inculcados y por motivarme constantemente lo cual me ha permitido ser una persona de bien, por brindarme todo su amor y comprensión.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Melani Granda

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por guiarme en este camino, dándome la sabiduría y fuerza para culminar esta etapa, a mis padres por haber me proporcionado la educación e inculcar valores que me han ayudado en el transcurso de mi vida, por haberme enseñado que con esfuerzo y constancia todo es posible y a todos mis familiares por brindarme su apoyo.

Agradezco también al Doctor Rodrigo Alvear mi director de tesis, quien supo guiarme con sus conocimientos durante este proceso de investigación.

Melani Granda

ÍNDICE DE CONTENIDO

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ix
INDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
TEMA:	xv
CAPITULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema	2
1.3. Justificación.....	2
1.4. Objetivos	3
1.4.1. Objetivo General	3
1.4.2. Objetivos Específicos.....	3
1.5. Preguntas de Investigación.....	4
CAPITULO II	5
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Marco Referencial	5
2.1.1. Algunos factores perinatales relacionados con la asfixia neonatal	5
2.1.2. Síndrome de dificultad respiratoria asociado a líquido amniótico meconial en recién nacidos de término y pos término: incidencia, factores de riesgos y morbimortalidad.....	5

2.1.3. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal.....	6
2.1.4. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido	6
2.1.5. Enfermedad de membrana hialina: mortalidad y factores de riesgo maternos y neonatales.	7
2.2. Marco Contextual.....	7
2.2.1. Historia.....	7
2.2.2. Misión	8
2.2.3. Visión	8
2.2.4. Situación Geográfica.....	9
2.2.5. Servicios que Presta	9
2.2.6. Personal del Servicio de Neonatología	9
2.3. Marco Conceptual	9
2.3.1. Definición de Distrés Respiratorio.....	10
2.3.2. Fisiopatología.....	10
2.3.3. Cuadro Clínico	11
2.3.4. Diagnóstico	11
2.3.5. Tratamiento	12
2.3.6. Prevención.....	13
2.3.7. Factores Maternos y Neonatales	14
2.4. Marco Legal	17
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008	17
2.4.2. Plan Nacional de Buen Vivir.....	18
2.5. Marco Ético.....	20
2.5.1. Derechos del Paciente	20
2.5.2. Derechos Humanos	21
CAPITULO III.....	23
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	23
3.1. Diseño de la Investigación	23
3.2. Tipo de Estudio	23
3.3. Localización y Población de Estudio	23
3.3.1. Población.....	24

3.3.2. Muestra.....	24
3.4. Criterios de Inclusión	24
3.5. Criterios de Exclusión.....	24
3.6. Métodos y Técnicas para la Recolección de Información	24
3.6.1. Revisión de Historias Clínicas	24
3.7. Análisis de Datos	25
3.8. Operacionalización de Variables.....	25
CAPITULO IV.....	31
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	31
4.1. Características socio demográficas	31
4.2. Antecedentes maternos relacionados con riesgo de presentar Distrés respiratorio.	35
4.3. Identificación de niños y edad gestacional de los recién nacidos con diagnóstico de Distrés respiratorio.....	39
CAPÍTULO V	45
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1. Conclusiones.....	45
5.2. Recomendaciones.....	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	53
ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por Edad de la Madre	31
Gráfico 2. Distribución por Nivel de Instrucción.....	32
Gráfico 3. Relación de la etnia de la madre con el número de controles prenatales..	33
Gráfico 4. Distribución por Patologías Maternas.....	35
Gráfico 5. Distribución por Tipo de Parto	37
Gráfico 6. Distribución por Sexo del Recién Nacido.....	39
Gráfico 7. Distribución por Edad Gestacional	41
Gráfico 8. Distribución por Peso del Recién Nacido	42
Gráfico 9. Distribución por APGAR del Recién Nacido	43

“FACTORES PREDISPONENTES A DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIÉN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA- HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2017”

AUTORA: Granda Pavón Melani Fransheska

Correo: melafran@outlook.es

RESUMEN

El síndrome de distrés respiratorio es un patología que se presenta en los recién nacidos prematuros, caracterizado por la dificultad respiratoria que puede presentarse en el momento del nacimiento o minutos después, en la que se evidencia inmadurez pulmonar y déficit de surfactante lo que dificulta el intercambio gaseoso. El presente estudio se realizó en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, en el que se identificó los Factores Predisponentes a Distrés Respiratorio en los Recién Nacidos del servicio de Neonatología. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, no experimental, se basó fundamentalmente en la revisión de historias clínicas, analizando cada una de las variables como el peso al nacer, tipo de parto, sexo, edad gestacional, controles prenatales, patologías maternas. Con este estudio se logró determinar los factores maternos edad materna, control prenatal, tipo de parto y neonatales como sexo, peso, edad gestacional, puntuación APGAR, estos factores tienen un valor significativo estadísticamente. Se encontró que la mayor parte de recién nacidos con Distrés respiratorio eran de sexo masculino(61, 5%), a términos (67, 7%) y de peso normal (72,3%), entre los factores maternos que predominó fue la ruptura prematura de membranas (16,9%) y teniendo el 38,5% que está relacionado con otras patologías y las circunstancias en las que se produce el parto.

Palabras Claves: Distrés Respiratorio, factores predisponentes, recién nacidos, prematuridad, patologías maternas,

"PREDISPONENT FACTORS RESPIRATORY RESPIRATORY IN NEWBORN OF THE NEONATOLOGY SERVICE - HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2017"

AUTHOR: Granda Pavón Melani Fransheska

Email: melafran@outlook.es

SUMMARY

Respiratory distress syndrome is a disease that occurs in preterm infants, characterized by respiratory distress that may occur at birth or minutes later, in which pulmonary immaturity and surfactant deficiency are evidenced, making it difficult to exchange gaseous. The present study was carried out at the Hospital San Vicente de Paúl, in the city of Ibarra, where the Predisposing Factors to Respiratory Distress in the Newborns of the Neonatal Service were identified. A descriptive, cross - sectional, non - experimental study was based mainly on the review of clinical records, analyzing each of the variables such as birth weight, type of delivery, sex, gestational age, prenatal controls, maternal pathologies. This study was able to determine maternal factors maternal age, prenatal control, delivery type and neonatal gender, weight, gestational age, APGAR score, these factors have a statistically significant value. It was found that the majority of neonates with respiratory distress were male (61, 5%), terms (67, 7%) and normal weight (72.3%), among maternal factors that predominated premature rupture of membranes (16.9%) and 38.5% being related to other pathologies and the circumstances in which labor occurs.

Keywords: Respiratory distress, predisposing factors, newborns, prematurity, maternal pathologies,

TEMA:

Factores predisponentes a Distrés Respiratorio en recién nacidos del servicio de neonatología- Hospital San Vicente de Paúl 2017.

CAPITULO I

1. El problema De Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

El síndrome de Distrés respiratorio o enfermedad de membrana hialina es la patología respiratoria que más se presenta en el recién nacido prematuro. Generalmente afecta a los recién nacidos menores de 35 semanas de gestación y es causada específicamente por déficit de surfactante pulmonar. Siendo la mayor causa de morbilidad en el período neonatal: afecta al 2-3% de los recién nacidos y a más del 20% de los prematuros (1)(2).

La Organización Mundial de la Salud indica que la mortalidad del recién nacido se registra durante el periodo neonatal el cual corresponde al 41% de las muertes de los menores de 5 años, durante la primera semana de vida es la que más riesgo presenta el recién nacidos. Más de la mitad de esas defunciones se concentran ahora en solo cinco grandes países (India, Nigeria, Pakistán, China y la República Democrática del Congo), quizá debido al gran tamaño de sus poblaciones y a las condiciones socio-económicas adversas. Por sí sola, la India registra cada año más de 900.000 defunciones de neonatos, casi el 28% del total mundial. (3)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) planteo que las principales causas de mortalidad en los niños menores de 5 años son: la neumonía, la asfixia durante el parto, la diarrea y el paludismo. Según el Consejo Nacional de Salud del Ecuador (CONASA), el promedio mundial de natalidad es actualmente de 2,3%, En tanto que en el Ecuador para el 2006 era de 1,4%. En contraposición, la mortalidad neonatal en nuestro país es la responsable de entre el 40 a 70 % de las muertes infantiles, de estas casi el 40% se producen en el periodo neonatal y la mitad de ellas son en la primera semana de vida. (4)

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores que predisponen a Distrés Respiratorio en los recién nacidos del servicio de neonatología- Hospital San Vicente de Paúl 2017?

1.3. Justificación

El distrés respiratorio es una patología que afecta a muchos recién nacidos prematuros. Se produce en el nacimiento con una serie de sintomatología principalmente la polipnea y la dificultad respiratoria.

En la actualidad muchos recién nacidos son ingresados a los servicios de neonatología por esta patología, es importante verificar cual es la población con mayor vulnerabilidad y la frecuencia con que se presenta, teniendo una noción más clara de la realidad que implica esta patología.

Es una patología con una prevalencia muy elevada en nuestro país y constituye una de las primeras causas de morbimortalidad en los servicios de neonatología, es por esta razón que, como parte del equipo multidisciplinario, se quiere investigar cuales son los factores predisponentes a Distrés respiratorio en los recién nacidos.

El conocer estos factores predisponentes beneficiara directamente a los recién nacidos del servicio de neonatología del hospital San Vicente de Paul y al personal de salud que labora en esta unidad, ya que ayudará a mejorar la calidad de atención, contribuyendo con la disminución de la tasa de mortalidad, generará un conocimiento claro sobre el distrés respiratorio para realizar una intervención oportuna, tomando en cuenta los factores predisponentes y de esta manera mejorar el pronóstico de los recién nacidos.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores que predisponen a Distrés Respiratorio en recién nacidos del servicio de neonatología- Hospital San Vicente de Paúl 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características socio demográficas maternas de las pacientes que acudieron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paul durante el año 2016.
- Identificar el número de niños y la edad gestacional de los recién nacidos con diagnóstico de Distrés respiratorio revisando las historias clínicas.
- Establecer antecedentes maternos relacionados con riesgo de presentar Distrés respiratorio en el recién nacido.
- Socializar resultados del estudio al personal que labora en el servicio de neonatología del Hospital San Vicente de Paul, a través de una gigantografía.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas maternas de las pacientes que acudieron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paul?
- ¿Cuál es el número de niños con diagnóstico de Distrés respiratorio y su edad gestacional?
- ¿Cuáles son los antecedentes maternos que se relacionan con el riesgo de presentar Distrés respiratorio en los recién nacidos?
- ¿Para qué socializar los resultados del estudio al personal del Hospital San Vicente de Paúl?

CAPITULO II

2. Marco Teórico

Para este estudio se ha tomado en cuenta diversas investigaciones realizadas, además de la utilización de revistas y libros con contenido científico relacionado con el tema.

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Algunos factores perinatales relacionados con la asfixia neonatal

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de 28 neonatos con asfixia al nacer en el Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, desde enero del 2009 hasta diciembre del 2011, con vistas a describir algunas variables prenatales, natales y posnatales relacionadas con la evolución clínica y supervivencia de ellos. En la serie, 23 pacientes egresaron vivos y 5, fallecidos; asimismo, las muertes de los recién nacidos estuvieron mayormente asociadas a la hipertensión arterial en las madres y el nacimiento después de la semana gestacional 42, en tanto el líquido amniótico meconial y las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, predominantemente la bradicardia, constituyeron los principales factores de riesgo intraparto. Con más frecuencia se observaron la hipotonía y las convulsiones maternas como manifestaciones neurológicas, y el síndrome de aspiración de meconio y la disfunción renal como signo extraneurológicos. (5)

2.1.2. Síndrome de dificultad respiratoria asociado a líquido amniótico meconial en recién nacidos de término y pos término: incidencia, factores de riesgos y morbimortalidad

En este estudio la incidencia de líquido amniótico meconial en la Maternidad Sardá en recién nacidos de término y posttérmino fue de 11,1%. El riesgo de desarrollar Distrés

respiratorio en pacientes con líquido amniótico meconial es 2,5 veces mayor que para aquellos pacientes nacidos con líquido amniótico claro. La incidencia de SALAM es del 3,9%. En relación a la gravedad del Distrés respiratorio producida por la aspiración de líquido amniótico meconial, existe una tendencia, a presentar mayor mortalidad, escapes de aire y menor puntaje de Apgar. (6)

2.1.3. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal

Cada año nacen en el mundo muchos niños antes del inicio del trabajo de parto por cesárea electiva. Aunque las complicaciones como asfixia neonatal, aspiración de meconio y encefalopatía hipóxico isquémica han disminuido, un número significativo de estos recién nacidos padecerán síndrome de dificultad respiratoria de curso grave, que puede requerir manejo en la unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica y uso de surfactante. Esta investigación concluye que es necesario desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas para mejorar los resultados en esta población vulnerable. (7)

2.1.4. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido

Con el objetivo de caracterizar las causas más frecuentes de dificultad respiratoria de origen pulmonar en los neonatos, se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal, descriptivo, en un grupo de pacientes con este diagnóstico que ingresaron en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales (UCEN) del Hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro”, en el período del 1ro de enero al 31 de diciembre de 2006. Se registraron 133 neonatos con dificultades respiratorias de origen pulmonar, para una frecuencia de 4,7 %. La mayor parte de los pacientes estudiados nacieron por cesárea (61,7 %) y el factor de riesgo materno más frecuente fue la rotura prematura de membrana (18 %). Los recién nacidos a término (55,6 %) y con sexo masculino (65,4 %) fueron los que mayor morbilidad presentaron. La taquipnea transitoria fue la afección respiratoria que más se diagnosticó, con un total de 92 casos para el 69,2 % y la mayoría de los pacientes evolucionaron favorablemente. La

enfermedad de la membrana hialina fue la entidad respiratoria que más complicaciones reportó. El índice de ventilación fue el 18,8 % y la neumonía postnatal fue la complicación que más se observó con 8 casos (6,1 %). La tasa de mortalidad en este grupo fue el 1,7 por cada 1000 nacidos vivos. (8)

2.1.5. Enfermedad de membrana hialina: mortalidad y factores de riesgo maternos y neonatales.

La enfermedad de membrana hialina ocurrió en 6.8 por 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad fue de 2.8 por 1,000 nacidos vivos y hubo muerte en 17 casos (41%). Los factores de riesgo asociados con membrana hialina fueron: enfermedad materna durante el primero y segundo trimestres del embarazo, valor de Apgar menor de siete al minuto de vida y sexo masculino. La frecuencia de enfermedad de membrana hialina y la tasa de mortalidad fueron poco diferentes a las reportadas en estudios basados en la población. El antecedente de enfermedad durante el embarazo y la valoración de Apgar menor de siete al minuto de vida se relacionaron con enfermedad de membrana hialina (9).

2.2. Marco Contextual

Este estudio se realizó en el servicio de neonatología del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra.

2.2.1. Historia

A raíz de la batalla de Ibarra en 1823, las huestes del Coronel Agualongo saquean la capilla del hospital, llevándose los utensilios de plata de la misma, las tropas de Agualongo luego fueron derrotadas por el mismo bolívar en persona, a orillas del Tahuando. (10)

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del doctor Gabriel García Moreno, es

reconstruida la ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de la Esperanza, el 28 de Abril de 1872 y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas Cristianas, con el nombre de Hospital San Vicente de Paul edificio que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas, fue considerado en su época como uno de los mejores de América. (10)

En el año 1979 se comienza a conversar del nuevo edificio del hospital, entre los legisladores y autoridades del hospital de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministerio de Salud y el presidente de la República, se le entrega la construcción y equipamiento a una firma Italiana, los terrenos son expropiados a la señora Rosa Gómez de la Torres y se coloca la primera piedra el 23 de Enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado en la presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo el director del Hospital el Doctor José Albuja, larga es la vida del Hospital que sería reflejada en una obra literaria. (10)

2.2.2. Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo de red, en el marco de la justicia y equidad social. (10)

2.2.3. Visión

Ser reconocidos como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (10)

2.2.4. Situación Geográfica

El Hospital San Vicente de Paul es unidad de segundo nivel que está ubicado en el norte del país en la provincia de Imbabura en la ciudad de Ibarra en las calles Luis Vargas Torres y Gonzalo Gómez Jurado

2.2.5. Servicios que Presta

El Hospital San Vicente de Paul cuenta con los servicios de: cirugía general, cirugía plástica, ginecología, otorrinolaringología, urología, traumatología, medicina interna, gastroenterología, nefrología, cardiología, geriatría clínica, dermatología, psicología, infectología, farmacia, laboratorio clínico, imagenología, rehabilitación y terapia física, salud mental, nutrición clínica, emergencia, unidad de terapia intensiva, unidad de terapia intensiva neonatal.

2.2.6. Personal del Servicio de Neonatología

El servicio de Neonatología del Hospital San Vicente de Paul cuenta con un gran equipo de salud el cual está constituido por 6 médicos, 12 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, además cuenta con el apoyo de internos de medicina, obstetricia y enfermería.

2.3. Marco Conceptual

Dorothea Oren describió la teoría general del autocuidado en la que explica: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

2.3.1. Definición de Distrés Respiratorio

El Síndrome de Distrés respiratorio o también denominado Enfermedad de Membrana Hialina es una patología que se caracteriza por la dificultad respiratoria que se presenta en los recién nacidos al momento del nacimiento o minutos después (11). Esta patología se presenta especialmente en los prematuros, menores a las 33 semanas de gestación y que no han recibido una maduración pulmonar, en la cual se identifica una inmadurez del sistema respiratorio y se evidencia una disminución de surfactante pulmonar el cual impide que se produzca un correcto intercambio gaseoso (12).

2.3.2. Fisiopatología

En la fase embrionaria el pulmón se forma en 3 fases: 1) fase glandular la cual establece las divisiones de los bronquios, 2) fase canicular de vascularización y ramificación del sistema bronquial y 3) fase alveolar empieza en la semana 24-26 de gestación y el surfactante pulmonar ya se encuentra presente (13) (14).

En el Síndrome de Distrés Respiratorio la producción del factor tenso activo es deficiente, cuya función principal es disminuir la tensión de la base de los alveolos (15)

En la primera respiración al momento del nacimiento, se necesita de una inspiración elevada lo cual permite la expansión de los pulmones hasta un 40% en condiciones normales, cuando existe el déficit de surfactante los pulmones llegan a colapsarse, obligando al recién nacido hacer un mayor esfuerzo respiratorio, debido a que los pulmones se encuentran atelectásicos complicando la flexibilidad de la pared torácica, presentando complicaciones funcionales como: disminución de la distensibilidad pulmonar y de la capacidad residual funcional con alteración de la relación ventilación/perfusión. (16)

2.3.3. Cuadro Clínico

Los signos y síntomas pueden presentarse al momento del nacimiento o minutos después, en la cual se verá un incremento de la frecuencia respiratoria, quejido, aleteo nasal, cianosis, tiraje intercostal.

La evolución de los signos y síntomas puede durar de 1- 2 días, empeorando la condición del recién nacido con una hipoxia o acidosis mixta, llegando a necesitar una oxigenoterapia y ventilación mecánica.

2.3.4. Diagnóstico

El diagnóstico de un recién nacido con Distrés Respiratorio se realiza a través de la anamnesis, examen físico, radiografías y exámenes de laboratorio. El diagnóstico prenatal se realizará a través de la amniocentesis la cual permitirá evaluar la madurez de los pulmones. (17)

El radiológico permite evidenciar una disminución del volumen pulmonar y una opacificación de aspecto de vidrio esmerilado. Reconocer las características radiológicas permite un diagnóstico adecuado y oportuno, este diagnóstico está basado en algunas causas del distrés respiratorio como prematuridad, hipoxemia y otros hallazgos radiológicos. En ocasiones la silueta cardíaca puede observarse anormal en especial en recién nacidos asfixiados, hijos de madres diabéticas, recién nacidos por cesárea, pero estos hallazgos no son solo del síndrome de distrés respiratorio, pueden presentarse en otras patologías. (18)

El Síndrome Distrés Respiratorio se clasifica en 4 grados radiológicos:

- **GRADO I:** Infiltrado retículo granular fino y homogéneo como vidrio esmerilado.

- **GRADO II:** Similar al anterior, pero más denso y con broncograma aéreo más visible.
- **GRADO III:** Opacificación alveolar difusa y confluyente con menor volumen pulmonar.
- **GRADO IV:** pulmón blanco. Ausencia casi total del aire en el parénquima pulmonar, cuya densidad no se distingue de la silueta cardíaca. (16)

Diagnóstico Diferencial

- Neumonías
- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Cardiopatía congénita
- Neumotórax
- Insuficiencia cardíaca
- Trastornos neurológicos

2.3.5. Tratamiento

El tratamiento iniciará con una adecuada estabilización al momento de nacimiento, con la aplicación de un cuidado básico neonatal, tratamiento temprano de infección, prevención de infección nosocomial, manipulación mínima, realizando una monitorización de la saturación de oxígeno, permitiendo realizar ajustes al momento de administrar oxígeno. (19)

El tratamiento de soporte consiste en mantener al recién nacido en una zona térmica neutra para disminuir las necesidades de oxígeno, el aporte nutricional es fundamental, sin exceso de líquidos que pueden empeorar la situación respiratoria llegando a complicaciones como la enfermedad pulmonar crónica (EPC). (13)

Se realizará la monitorización de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, pulsioximetría y temperatura, también se realizarán controles gasométricos y radiológico para verificar la evolución pulmonar (20).

Oxigenoterapia: Su objetivo es mantener una adecuada oxigenación manteniendo una función tisular adecuada y evitando una acidosis. Se considera administrar una concentración de oxígenos que permita mantener una presión arterial de oxígeno entre 50-70 mmHg relacionándose con la saturación de oxígeno entre 85 -93%. El oxígeno se debe administrar húmedo y caliente para no lesionar el epitelio de las vías aéreas. (13) (21)

Administración de surfactante: El surfactante es una sustancia tensoactiva biológica que se encuentra en la superficie alveolar de los pulmones. Su función principal es reducir la tensión alveolar impidiendo el colapso de los mismos en la espiración que es indispensable para el recién nacido en la adaptación al medio externo. (17)

Existen surfactantes naturales y biológicos que pueden ser administrados como terapia profiláctica o de rescate. La terapia profiláctica en neonatos de 30 – 32 semanas de gestación permite disminuir los riesgos de presentar neumotórax, enfisema intersticial pulmonar y mortalidad (22).

Tipos de agentes tensoactivos: Existen agentes tensoactivos naturales derivados del pulmón animal y los sintéticos que están libres de proteínas.

2.3.6. Prevención

Es de suma importancia un adecuado control prenatal para evitar la prematuridad y la utilización de corticoides maternos para inducir la maduración pulmonar fetal.

En 1994. Los Institutos Nacionales de Salud concluyeron que el uso prenatal de esteroides disminuyó significativamente la mortalidad neonatal, SDR, hemorragia

intraventricular HIV) con riesgos no probados a corto y largo plazo en el recién nacido. (16)

El corticoide más utilizado es la betametasona intramuscular aplicada en dos dosis de 12 miligramos separados por un periodo de 24 – 48 horas. Indicado en la amenaza de parto prematuro en las 24 y 34 semana de gestación. (17)

2.3.7. Factores Maternos y Neonatales

Entre los factores de riesgo neonatales tenemos los recién nacidos pre términos, el sexo masculino en la cual se inhibe la producción de surfactante pulmonar por los andrógenos debido a que la dehidrotestosterona disminuye la producción de fosfatidilcolina en el pulmón, el cual es el encargado de la producción de surfactante durante la vida intrauterina. Entre otros factores tenemos restricción de crecimiento intrauterino, recién nacidos con antecedentes de aspiración de líquido meconial y asfixia intrauterina.

La aspiración de líquido meconial llega a producir una obstrucción severa de las vías aéreas, provocando una reacción inflamatoria, determinando una dificultad respiratoria. Cuando el neonato ha aspirado meconio hacia las vías aéreas distales sin obstrucción total de la vía aérea, presenta signos de dificultad respiratoria asociados al atrapamiento de aire como maleteo nasal, tiraje intercostal y cianosis (23) .

Algunos recién nacidos pueden presentar una manifestación retardada, con una dificultad respiratoria leve que se tornará grave con el paso del tiempo luego del parto. (24)

El valor de Apgar al minuto menor de 7 se asocia con el Síndrome de Distrés Respiratorio (25). Por lo general el valor anormal de APGAR se relaciona con acidosis y asfixia neonatal, pero la concentración de hidrogeniones es idéntica por lo que estas patologías desempeñan un papel en la manifestación de Distrés Respiratorio por la influencia de la inmadurez pulmonar. (9)

Otro factor neonatal es la prematurez, el surfactante es producido a partir de la semana 24 de edad gestacional, por los neumocitos tipo II se va incrementando progresivamente como van avanzando las semanas, hasta llegar a la semana 34 de gestación en la cual ya hay cantidades suficientes que se requiere para una adecuada adaptación respiratoria al momento del nacimiento (26) (27).

Los factores de riesgo maternos son la diabetes gestacional, madres adolescentes, embarazos gemelares, hipertensión arterial, cesárea sin trabajo de parto, ruptura prematura de membranas, infección materna. 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 (28).

La preeclampsia y la eclampsia son patologías que se desarrollan durante el embarazo, siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad del feto en países desarrollados y subdesarrollados, por lo cual se deben identificar los factores de riesgo para realizar un diagnóstico precoz y así llevar a cabo un manejo oportuno y adecuado (29). El efecto de la preeclampsia en el recién nacido es la disminución de la perfusión del espacio coriodecidual. (15)

La diabetes gestacional al producir hiperinsulinismo en el feto, que se desarrolla por la elevación de la glicemia en la madre la cual impide la formación de surfactante en los pulmones del recién nacido (30).

Parto Distócico

Las mujeres gestantes que presentan un parto distócico tienen un alto riesgo de que el recién nacido desarrolle el Síndrome de Distrés Respiratorio y en la actualidad el índice de cesáreas ha aumentado. (31)

La mujer al ser sometida a una cesárea sin experimentar el parto, el pulmón no puede recibir las señales químicas para que dejen de producir líquido y empiece su

eliminación. Los pulmones no son tan fuertes, por lo que en el momento del nacimiento están llenos de líquido (32).

Realizar un parto distócico por muy común que parezca conlleva consecuencias por el vínculo madre- feto, en especial cuando se aplica anestesia general, por lo que se recomienda la aplicación de anestesia regional (33). La cesárea es considerada una de las causas más importantes de morbilidad de los neonatos en la unidad de cuidados intensivos. (31)

Ruptura Prematura de Membranas

La ruptura prematura de membranas llega a producirse horas antes de que empieza el parto, provocando la salida del líquido amniótico por la vagina. En años pasados al presentarse esta ruptura se procedía a finalizar el embarazo para evitar infecciones que lleguen afectar tanto a la madre como al feto. (34)

En la actualidad el riesgo de infección se disminuye reduciendo la cantidad de exploraciones ginecológicas, realizando una sola revisión para verificar la ruptura de membranas, la dilatación del cuello uterino y recoger una muestra del líquido amniótico para realizar un análisis.

El análisis del líquido amniótico ayuda a verificar la maduración de los pulmones para proceder a inducir el parto, si estos no han completado su madurez se intentará aplazar el parto hasta que lleguen a la madurez. En este proceso se controlará a la madre su temperatura y frecuencia cardíaca, para identificar posibles infecciones. (34)

Un recién nacido menor de 37 semanas de gestación presenta un riesgo de desarrollar dificultad respiratoria por su prematuridad.

La ruptura prematura de membranas presente en madres gestantes menores de 34 semanas su cuidado debe estar basado en la observación de la unidad feto-placentaria, intentando alcanzarla madurez pulmonar y las gestantes de 34 o más semanas se

procederá a la interrupción del embarazo, justificando que a esta edad ya existe una madurez pulmonar fetal (35).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

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. (36)

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. (36)

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. (36)

Art. 360.- El Sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La Red Pública Integral de Salud será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. (36)

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. (36)

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (36)

2.4.2. Plan Nacional de Buen Vivir

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población: (37)

Políticas y lineamientos

Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

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

Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud

Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población.

Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente

Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna.

Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural.

Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico.

2.5. Marco Ético

2.5.1. Derechos del Paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente

pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

2.5.2. Derechos Humanos

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4. Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10. Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

CAPITULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Este estudio tiene un diseño no experimental, cuantitativo y retrospectivo.

No experimental: porque no habrá una manipulación de las variables.

Cuantitativo: porque vamos a recopilar y analizar los datos obtenidos, cuantificando el problema y que tan generalizado está.

Retrospectiva: porque se obtendrá información en base a la revisión de historias clínicas de los recién nacidos ingresados al servicio de neonatología.

3.2. Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal.

Descriptivo: porque se describirá a la patología y se conocerá cuáles son los factores de riesgo para que se presente.

Corte transversal: porque la información se recogerá en el tiempo indicado mediante aplicación de los instrumentos.

3.3. Localización y Población de Estudio

La presente investigación se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra, durante el periodo del Enero - Diciembre 2016,

con datos de todos los neonatos ingresados al servicio con diagnóstico de Distrés respiratorio.

3.3.1. Población

El estudio se realizó con 65 recién nacidos que presentaron Distrés respiratorio.

3.3.2. Muestra

100% de la población

3.4. Criterios de Inclusión

Neonatos nacidos en el Hospital San Vicente de Paúl con Distrés Respiratorio.

Recién nacidos ingresados al servicio de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl con signos presuntivos de Distrés respiratorio.

3.5. Criterios de Exclusión

Recién nacidos con diagnóstico de Distrés Respiratorio descartado.

3.6. Métodos y Técnicas para la Recolección de Información

3.6.1. Revisión de Historias Clínicas

Lista de verificación

Se procedió a la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos que cumplan con los criterios de inclusión planteados, se hizo la recolección de datos en hojas elaboradas por el investigador.

3.7. Análisis de Datos

La información se procesó a través del programa informático Excel, en el cual se realizarán los análisis estadísticos y tabulaciones.

3.8. Operacionalización de Variables

- Identificar las características socio demográficas maternas de las pacientes que acudieron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paul durante el año 2016.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características socio demográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles	Sociales	Edad	Nominal: (15 -19 años) (20-34años) (>35 años)
		Demográficas	Nivel de instrucción	Nominal: Primaria Secundaria Tercer nivel
			Etnia	Nominal: Mestizo Indígena Negro/afro descendiente Blanco

- Identificar el número de niños y la edad gestacional de los recién nacidos con diagnóstico de Distrés respiratorio revisando las historias clínicas.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo	El sexo refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia, al hombre de la mujer,	Biológica	Características sexuales	Nominal: Masculino Femenino
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.	Cronológica	Semanas de gestación	Nominal: Pre termino (28- 34 semana) A termino (37- 41 semanas) Post termino (42 o más semanas)

Test de APGAR	El APGAR, es una escala de puntuación, que valora la vitalidad en el recién nacido y estima la necesidad de maniobras de reanimación en los primeros minutos del nacimiento	Puntuación	APGAR al 1 minuto y a los 5 minutos de nacido	(8-9) (7-8) <7
Peso	Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo.	Medida expresada en gramos.	Peso al nacer	>4000g 2500 – 3500 g 1500- 2499 g 1000 – 1499 g <1000 g

- Establecer antecedentes maternos relacionados con riesgo de presentar Distrés respiratorio en el recién nacido.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Antecedentes maternos	Incidencias o circunstancias, que afectan al recién nacido directa o indirectamente	Social	Control prenatal	Discreta: <5 >5
		Patológico	Hábitos tóxicos	Nominal: Fuma Bebe alcohol Usa drogas
			Rotura Prematura de membranas Diabetes, hipertensión, preeclamsia Eclampsia Sepsis vaginal Cardiopatías	Nominal: Si No
		Biológico	Tipo de parto	Nominal: vaginal Cesárea

- Socializar resultados del estudio al personal que labora en el servicio de neonatología del Hospital San Vicente de Paul, a través de una gigantografía

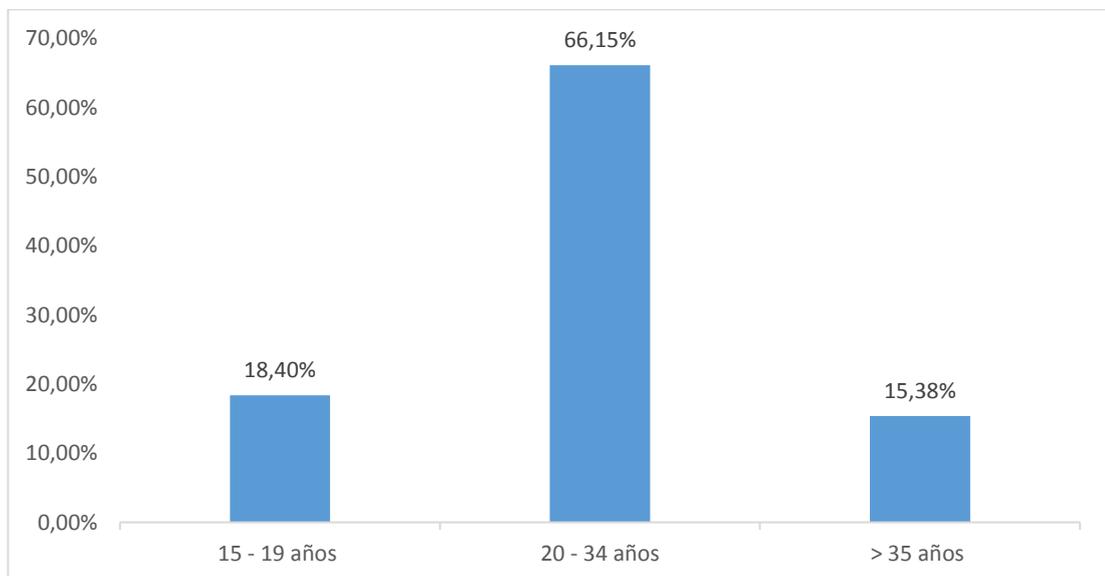
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Socializar resultados	Abrir un espacio para el encuentro disciplinario e interdisciplinario de saberes	Socialización	Medios Informativos	Gigantografía

CAPITULO IV

4. Análisis e interpretación

4.1. Características socio demográficas

Gráfico 1. Distribución por Edad de la Madre

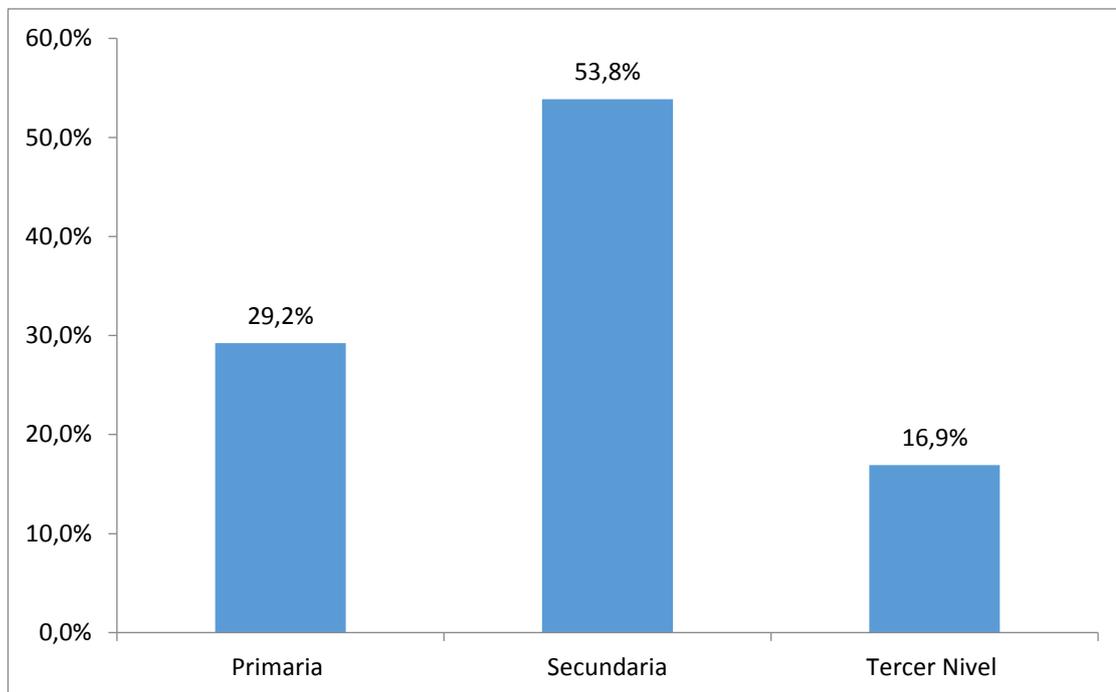


Fuente: Historias Clínicas

Autora: Granda Melani

El 66,15% de las mujeres se encuentran en una edad reproductiva adecuada, el 18,4% corresponden a embarazos a adolescentes y el 15,38% son mujeres con embarazo de riesgo. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el censo realizado en el 2010 en el que se determinó que la edad promedio de las madres en estado gestacional corresponde al 96,6%, en las mujeres mayores de 20 años (39). La edad de la madre influye durante el periodo de gestación, las mujeres en edad reproductiva presentan niveles bajos de hemoglobina, por las pérdidas de sangre durante la menstruación y a la inicial el embarazo con niveles bajos de hemoglobina aumenta el riesgo de presentar un parto prematuro o retraso del crecimiento intrauterino. (40) (41) El embarazo en mujeres añosas es considerado de riesgo, por las complicaciones de las patologías preexistentes como la diabetes e hipertensión.

Gráfico 2. Distribución por Nivel de Instrucción



Fuente: Historias Clínicas

Autora: Granda Melani

Más del 50% de madres, que asistieron al servicio de gineco obstetricia del HSVP, durante el año 2016, tiene instrucción secundaria, siendo menor la proporción de mujeres con instrucción primaria y de tercer nivel. Estos datos concuerdan con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), cuyo estudio poblacional realizado en el 2010, determinó que el nivel de instrucción de la población de Imbabura corresponde al 75,2% para la instrucción secundaria y 14.2 % la instrucción primaria (39). Dentro del sistema nacional de salud, existen dos instituciones públicas que prestan servicios médicos a la mayor parte de la población, estas son principalmente el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social , esta última, encargada de la atención a pacientes que tienen relación de dependencia, mientras que una buena parte de la población y en condición de desempleo se encuentran bajo la cobertura de servicios por parte del Ministerio de Salud Pública y se puede observar como en los resultados descritos, que la mayor parte no tienen instrucción de tercer nivel.

Gráfico 3. Relación de la etnia de la madre con el número de controles prenatales

Número de controles Etnia	<5	%	>5	%
Mestiza	13	20%	37	56.9%
Indígena	1	1,5%	7	10,7%
Negra/ afro descendiente	2	3,07%	5	7,6%
Total	16	24,57%	49	75,29%

Fuente: Historias Clínicas

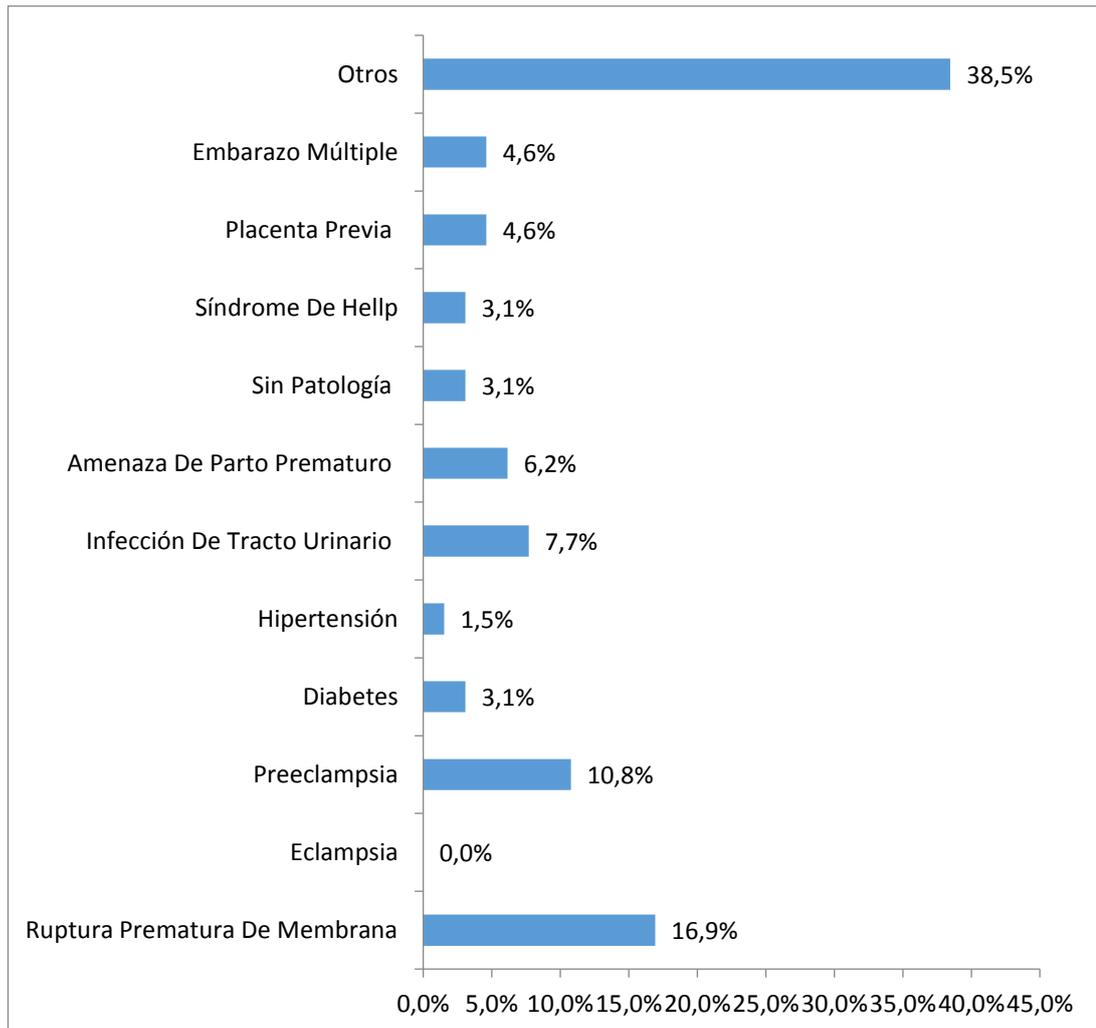
Autora: Granda Melani

Al relacionar la etnia de la madre con el número de controles prenatales observamos que la mayor parte de madres que se autoidentifican como mestizas se han realizado más de 5 controles (56,9 %), el 10,7 % de mujeres indígenas y el 7,6 % de mujeres negras se realizaron más de 5 controles prenatales. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el censo realizado en el 2010 determinó que el 65.7% de las mujeres imbabureñas se autoidentifican como mestizas, el 25% indígenas y el 5.4% afroecuatorianas (39). En un estudio realizado sobre el Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal en México, respecto al control prenatal se observó que 47.6 % de las madres tenía menos de cinco consultas y estaba en el inicio del tercer trimestre del embarazo (53.6 % casos y 46.5 % controles); 49.6 % tenía más de cinco consultas prenatales y estaba en el inicio del primer trimestre (16.1 % casos y 83.9 % controles) (43). La Republica del Ecuador es un país multiétnico, constituido por: blancos, indígenas, negros, cholos siendo el principal grupo étnico los mestizos ya que la mayoría de la población se autodenomina de esta manera. El control prenatal, es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y

enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad (44). El Ministerio de Salud Pública, ha establecido un estándar mínimo de 5 controles prenatales que deben cumplir las madres gestantes con el objeto de vigilar un adecuado curso de la gestación.

4.2. Antecedentes maternos relacionados con riesgo de presentar Distrés respiratorio.

Gráfico 4. Distribución por Patologías Maternas



Fuente: Historias Clínicas

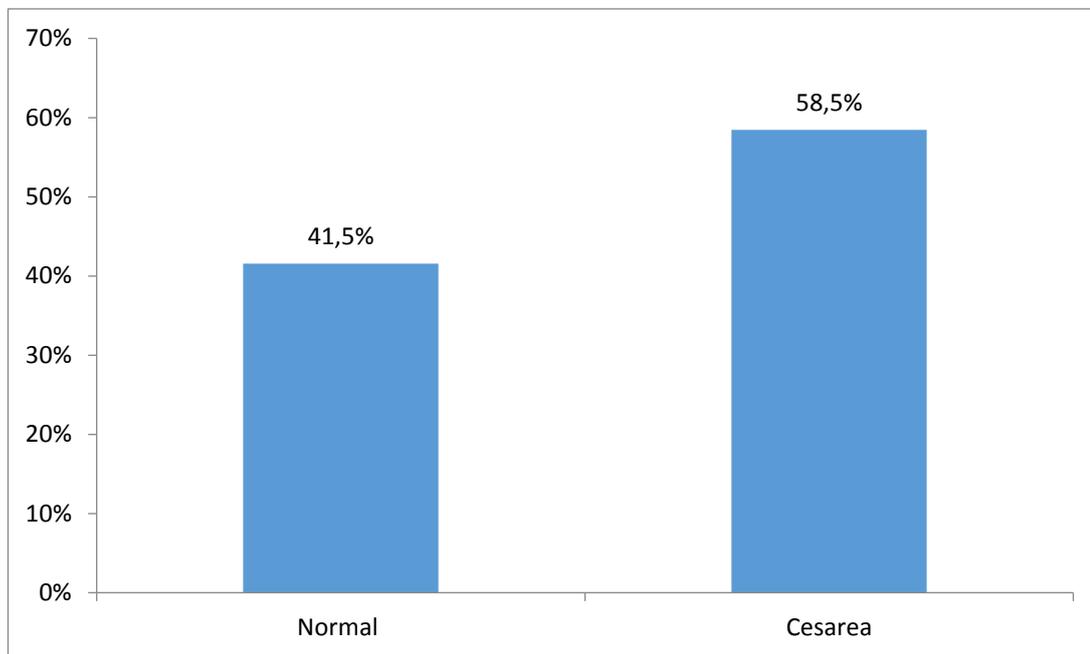
Autora: Granda Melani

En relación a las patologías maternas encontramos, que el 17% presentó ruptura prematura de membranas, el 7% preeclampsia, el 8% infección del tracto urinario, el 6% amenaza de parto prematuro, un 5% presentaron placenta previa, otro 5% presentó embarazo múltiple, en un menor porcentaje se encontró la diabetes, síndrome de Hellp, hipertensión y un 3% no presentaron ninguna patología. Un 38,5% que corresponden

a otras patologías que presentaron las madres como: parto prolongado, polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino, presentación podálica, parto domiciliario, síndrome de absorción de líquido meconial y circular de cordón.

En un estudio realizado sobre Enfermedad de membrana hialina: mortalidad y factores de riesgo maternos y neonatales, se concluyó que “La exposición a alguna enfermedad durante el segundo trimestre del embarazo se relaciona con incremento de más de ocho veces el riesgo de cursar esta patología (9). El antecedente de alguna enfermedad materna como: infección de vías urinarias, cervicovaginitis, amenaza de parto pre término y preclamsia 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.

Gráfico 5. Distribución por Tipo de Parto



Fuente: Historias Clínicas

Autora: Granda Melani

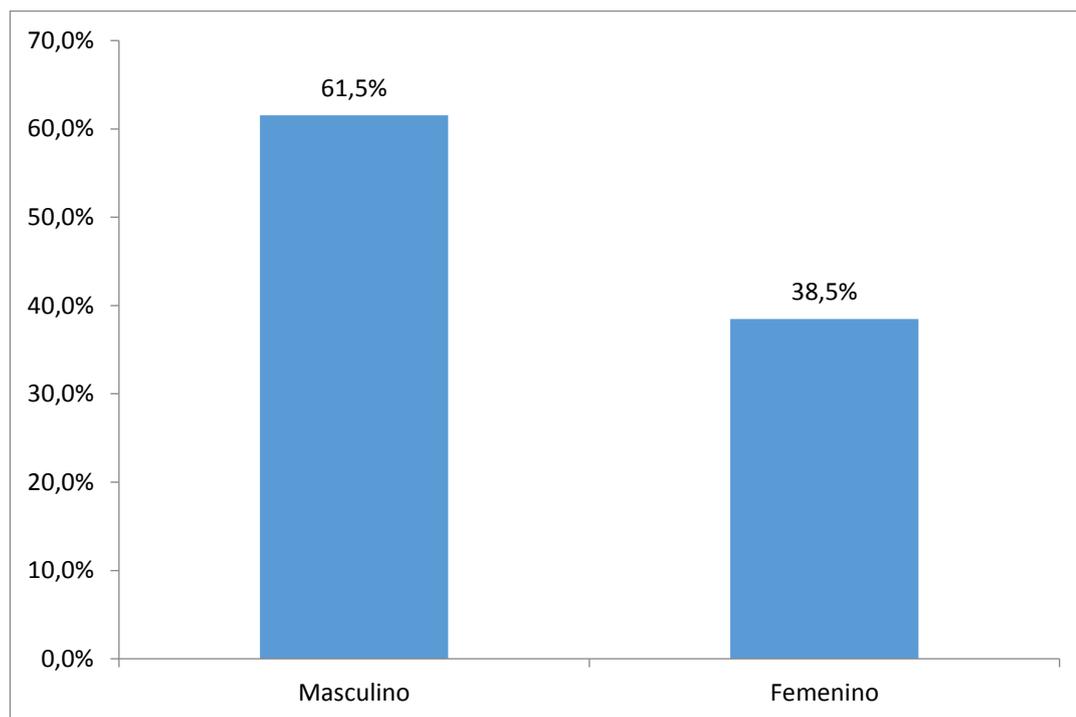
Se encontró que la mayor parte de niños que tuvieron distrés respiratorio nacieron por cesárea, en comparación en un menor porcentaje los que nacieron por vía vaginal. En un estudio realizado MsCs. Castro López, Yureisy Labarrere, González Hernández y Yamilé Barrios sobre los factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido señala que “El Síndrome de Dificultad Respiratoria constituye una de las afecciones más recurrentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad. En el período del 1ro de enero al 31 de diciembre de 2006, se registraron 133 neonatos con dificultad respiratoria de origen pulmonar, para una frecuencia de 4,7 %. La mayor parte de los pacientes estudiados nacieron por cesárea (61,7 %) (42).

Se puede ver que en ambos estudios los partos fueron por cesárea, la madre al ser sometida a este procedimiento, no permite que se las señales que hacen que los pulmones se preparen para el nacimiento sean fuertes, por lo cual estos están llenos de líquido al momento de nacimiento, impidiendo un correcto intercambio gaseoso

provocando distrés Respiratorio (31). Cabe mencionar que la vía de terminación del embarazo, es seleccionada por el personal médico, dependiendo de la condición clínica del feto y de la madre. De acuerdo con evidencias medicas la cesárea se realizará en una presentación de nalgas, transversa u oblicua, macrosomia fetal, placenta previa, infecciones maternas, compromiso de bienestar fetal, cesárea previa, gestaciones múltiples. Una cesárea de emergencia se realizará en la ruptura uterina, prolapso de cordón y pérdida del bienestar fetal.

4.3. Identificación de niños y edad gestacional de los recién nacidos con diagnóstico de Distrés respiratorio

Gráfico 6. Distribución por Sexo del Recién Nacido



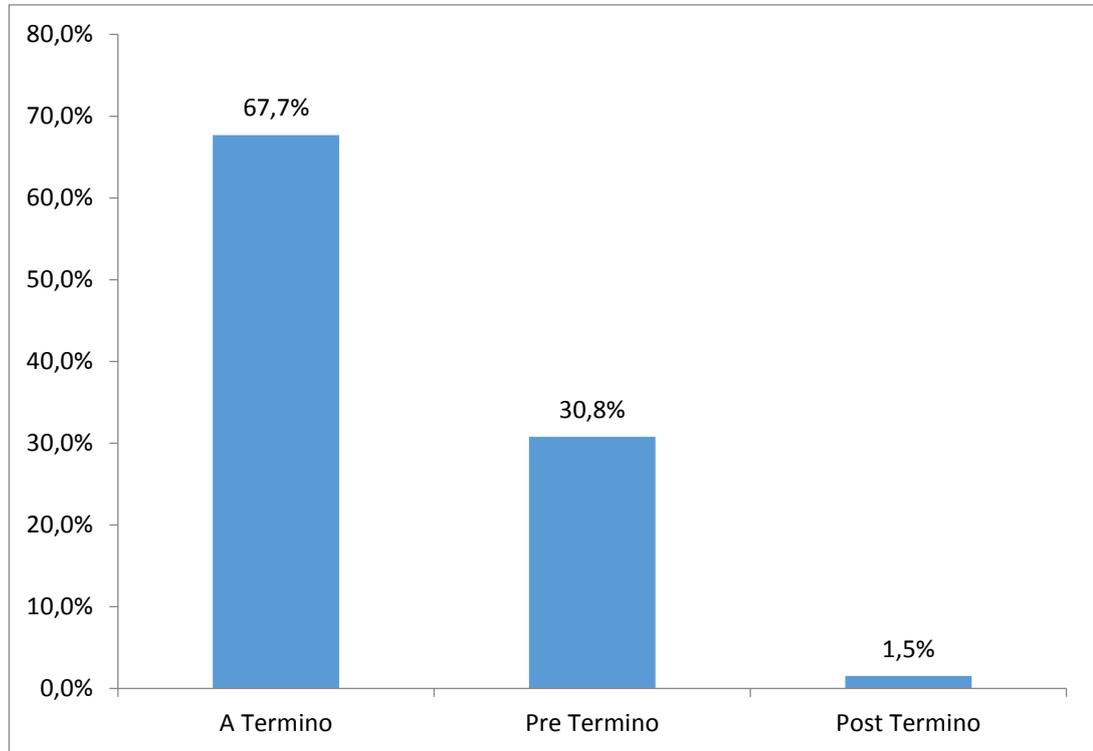
Fuente: Historias Clínicas

Autora: Granda Melani

En el año 2016, en el servicio Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl se atendieron 3.397 nacimientos, de los cuales 65 recién nacidos presentaron Distrés Respiratorio los cuales corresponden al 1.91% de los recién nacidos, los que se utilizaron como muestra y se encontró que la mayor parte de recién nacidos son de sexo masculino (62%) y en un menor porcentaje de sexo femenino (38%). En un estudio realizado por Pérez Molina y Ramírez Valdivia en Guadalajara México sobre Enfermedad de membrana hialina, señala que “entre el 1 de septiembre del 2001.y el 28 de febrero del 2002 hubo 5,986 nacimientos, todos de niños vivos; en 41 de ellos se diagnosticó enfermedad de membrana hialina. La frecuencia de enfermedad de membrana hialina fue de 6.8 casos por 1,000 nacidos vivos, siendo los hombres que presentaron más los casos en una relación de 2:1” (38)

Los recién nacidos de sexo masculino tienen mayor probabilidad de presentar distrés respiratorio debido a la inhibición de la producción de surfactante pulmonar por los andrógenos debido a que la dehidrotestosterona disminuye la producción de fosfatidilcolina en el pulmón, el cual es el encargado de la producción de surfactante durante la vida intrauterina.

Gráfico 7. Distribución por Edad Gestacional

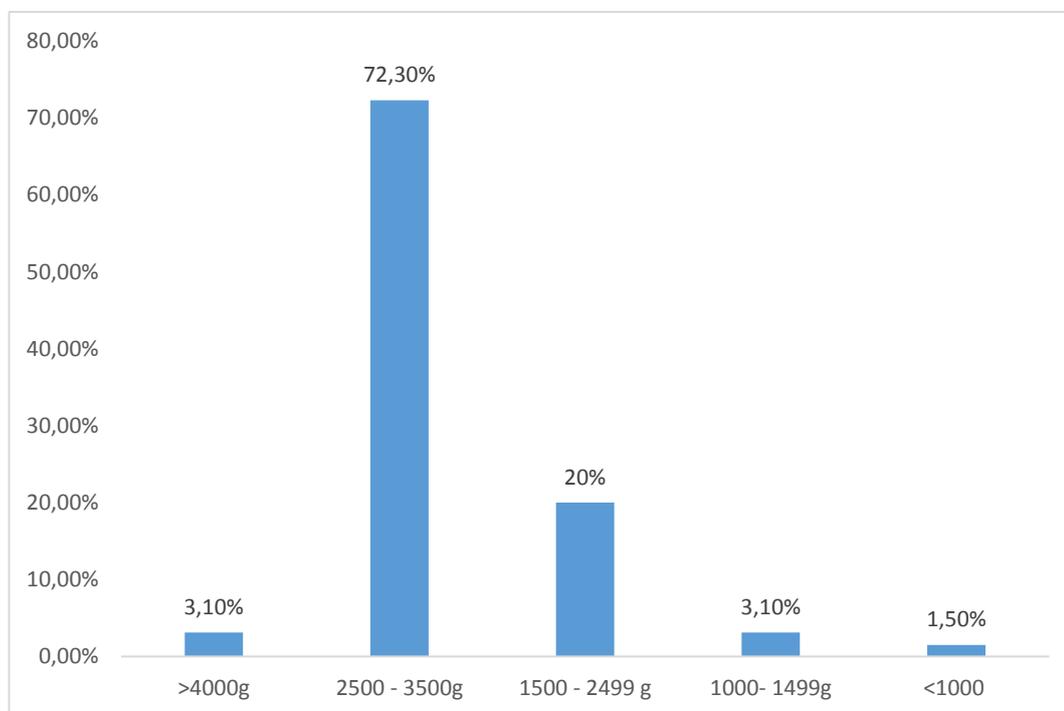


Fuente: Historias Clínicas

Autora: Granda Melani

El 68% de recién nacidos con Distrés Respiratorio nacieron a término, siendo un porcentaje menor los recién nacidos pre término (31%) y un porcentaje mínimo, fueron post término. En un estudio realizado por Pérez Molina y Ramírez Valdivia en México, se determinó que “la media de la edad gestacional de los casos fue de 33 ± 3 semanas, mínimo 25 y máximo 37 semanas. En el grupo control la media de la edad gestacional fue de 39 ± 2 semanas, mínimo 31 y máximo 42 semanas (38). En el presente estudio se encontró que la mayoría de recién nacidos con distrés respiratorio nacieron a término, observando que la edad gestacional no es el único factor que predispone a presentar esta patología, ya que se debe tomar en cuenta la presencia de factores como: el APGAR del recién nacido, tipo de parto y patologías maternas.

Gráfico 8. Distribución por Peso del Recién Nacido

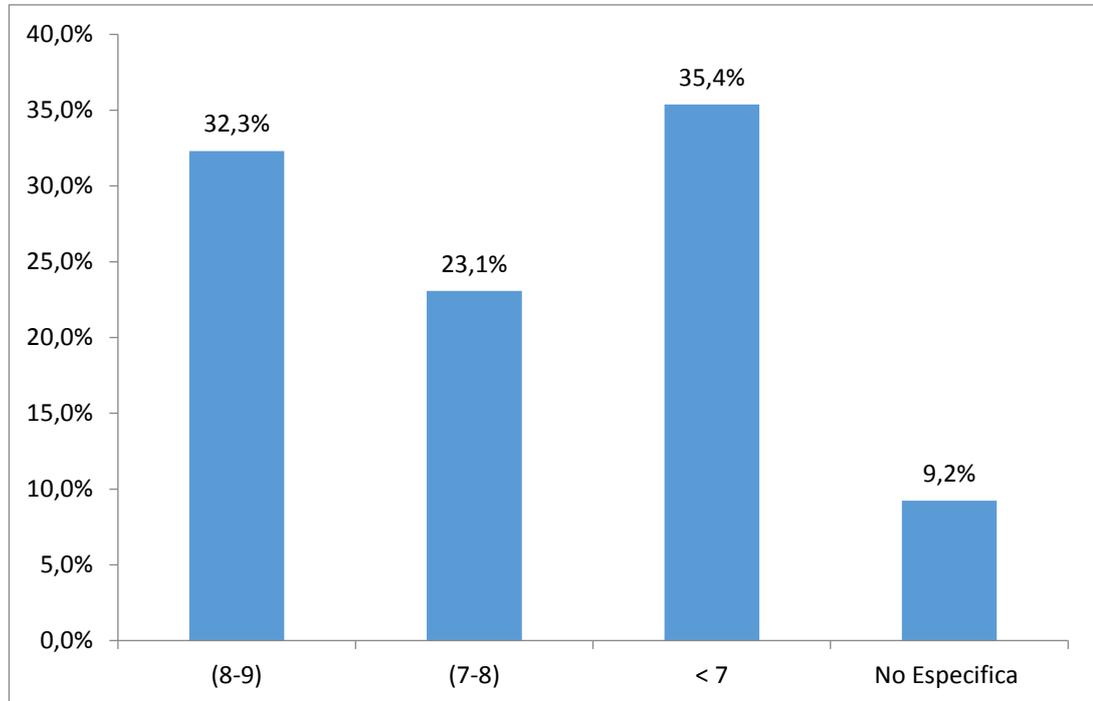


Fuente: Historias Clínicas

Autora: Granda Melani

El 72% de recién nacidos con distrés respiratorio, tuvo un peso normal al nacer, el 20% tuvo un peso bajo al nacer, el 3% un peso muy bajo al nacer y el 2% presentó peso extremadamente bajo, 2 niños que corresponden al 3% presentaron macrosomía. Estos resultados concuerdan con un estudio similar efectuado en la Habana Cuba, en el que se observó que el grupo más propenso a desencadenar un SDR fueron los recién nacidos con peso normal en el 57,1 %, es decir más de la mitad de la muestra. Seguido del grupo de los RN bajo peso con una frecuencia de 42 casos (31,6 %). En el análisis realizado en esta investigación encontramos que la mayoría de recién nacidos con distrés respiratorio presentaron un peso normal al nacer, observando que el peso no es el único factor que predispone a presentar esta patología, existiendo otros factores como: el APGAR del recién nacido, tipo de parto y patologías maternas.

Gráfico 9. Distribución por APGAR del Recién Nacido



Fuente: Historias Clínicas

Autora: Granda Melani

La mayor parte de Recién Nacidos con distrés respiratorio, tuvieron un APGAR normal, es decir de 7 a 9, en el primero y quinto minuto de nacimiento; mientras que un porcentaje menor, nació con un APGAR menor a 7 y en un porcentaje mínimo no se encontraron datos de APGAR en la historia clínica. En un estudio realizado por Pérez Molina y otros sobre Enfermedad de membrana hialina, señala uno de los factores que incide es el valor de Apgar menor de siete al minuto de vida (38). El APGAR, es una escala de puntuación, que valora la vitalidad en el recién nacido y estima la necesidad de maniobras de reanimación en los primeros minutos del nacimiento; se considera normal de 7 a 10 lo cual nos demuestra que el recién nacido se encuentra en buen estado de salud, mientras que un recién nacido con puntuación menor a 7 necesitará atención especial, cuanto más bajo sea el puntaje necesitará mayor ayuda para adaptarse al medio ambiente. Los partos que se producen en el domicilio como en el trayecto a la casa de salud pueden ser causa para que no se encuentre datos del APGAR del recién nacido

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

- El nivel de instrucción de las madres con mayor porcentaje corresponde a la educación secundaria, seguido de la primaria y muy pocas madres tienen instrucción superior. En cuanto a la etnia la mayoría de madres se autoidentifican como mestizas.
- La mayor parte de madres de los 65 recién nacidos con distrés respiratorio corresponden a una edad entre los 20 y 34 años, y en un menor porcentaje los embarazos adolescentes.
- Se pudo determinar que, durante el año 2016 en el servicio de neonatología del Hospital San Vicente de Paúl, 65 recién nacidos tuvieron Distrés Respiratorio, siendo la mayoría, de sexo masculino y nacidos a término.
- El mayor porcentaje de niños nacidos con distrés respiratorio, tuvieron peso normal. Lo que lleva a afirmar que el peso no es el único factor relacionado con esta patología.
- La mayoría de patologías maternas relacionadas con distrés respiratorio en los recién nacidos fueron: ruptura prematura de membranas, pre eclampsia, infección del tracto urinario, amenaza de parto prematuro, placenta previa, embarazo múltiple, en menor cantidad presentaron madres con diabetes, síndrome de Hellp, e hipertensión.

- La mayoría de madres cumplieron con el número estándar de controles prenatales de acuerdo a la Guía Práctica del Ministerio de Salud Pública.
- Existen varios medios por el cual se pueden socializar resultados de investigaciones al personal de salud, en el presente estudio se procedió a realizar una gigantografía para dicho efecto.

5.2. Recomendaciones

- Debido a que la mayoría de las madres desconocen esta patología es necesario educarlas a fin de concientizar sobre la realización de controles médicos durante el embarazo, en especial si la madre tiene antecedentes de distrés respiratorio con otros hijos.
- Realizar campañas de prevención dirigidas a las madres gestantes con temas relacionados a estilos de vida saludables y la actividad física que pueda realizar durante este proceso.
- Impartir a la población gestante talleres nutricionales que le permitan a la madre, mantener una alimentación adecuada y saludable durante todo el periodo de la gestación.
- Capacitar a los estudiantes e internos de enfermería sobre las acciones que debe realizar con un recién nacido que presente distrés respiratorio, como la posición en la que debe estar, administración de oxígenos, interpretación de los signos vitales y correcta nutrición.
- El servicio de neonatología en su equipo de salud debe constar con personal capacitado en reanimación cardiopulmonar en recién nacidos prematuros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perez Rodriguez DE. Dificultad Respiratoria en el Recien Nacido. Elsevier. 2015;; p. 10.
2. González Armengod MF. Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad. Bol Pedriatric. .
3. Mathers C, Oestergaard M. OMS. [Online]. [cited 2016 Julio 25. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/.
4. Ecuador CNd. CONASA. [Online].; 2008 [cited 2016 Julio 25.
5. Moreno Borrero J, Rodríguez Ortega L. Algunos factores perinatales relacionados con la asfixia neonatal. MEEDISAN. 2013.
6. Meritano, Javier; Abrahan, María Soledad; Pietro, Sabrina Valeria Di; Fernández. Síndrome de Dificultad Respiratoria asociado a liquido Amniotico Meconial en Recien Nacidos de termino y posttermino. REDALYC. 2010.
7. Aguilar AJ. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. Ginecología y Obstetricia de Mexico. 2011.
8. Castro López, Frank; Labarrere Cruz, Yureisy. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Cubana Enfermer. 2007.
9. Pérez Molina OB, Ramírez Valdivia JM. Enfermedad de membrana hialina: mortalidad y factores de riesgo. Medigraphic. 2010.
10. HSVP UdT. Hospital San Vicente de Paul. [Online]. [cited 2016 Julio 26. Available from: <http://hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/historia>.
11. RJ M. Obstetrix medical grou. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 2. Available from: http://www.arizconf.com/body_mfm.cfm?xyzpdqabc=0&id=95&action=detail&AEProductIDSRC=Adam2004_102&AEArticleID=001563&AEProductID=Adam2004_102&AEProjectTypeIDURL=APT_5.

12. Julio Cesar Ballesteros, Enrique Udaeta Mora, Raúl Villegas Silva. Guía práctica clínica: Tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Revista Mexicana de Pediatría. 2011 Noviembre- Diciembre; 76.
13. Santamaria Muñoz R. Síndrome de Dificultad Respiratoria TIPO 1. 2002; 8(3).
14. Clara Aurora Zamorano Jimenez, Dulce Violeta Acevedo Monroy, Hilda Ruiz Macias. Caracterización del síndrome de dificultad respiratoria en una cohorte histórica de recién nacidos. medigraphic. 2012 Septiembre; 57(3).
15. Adolfo Pinedo, Luis Orde rique. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia- eclampsia. Gineco Obstetrica. 2006; 1(47).
16. Villanueva, Dina; Avila Reyes, Ricardo; Ibarra Rios, Daniel. Insuficiencia Respiratoria Neonatal Mexico: Intersistemas; 2016.
17. C. Gonzalez Armengod, M.F. Omaña Alonso. Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad. Bol Pediatr. 2006; 46(1).
18. Coto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Asociación Española de Pediatría. 2008.
19. Quirog LA. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de Enfermería. Enfermería Neonatal. 2014; 1.
20. Dr. Mijail Hernandez Oliva, Dr. Hubert Blas Rivero Martinez, Dr Jorhge Diaz Mayo. Caracterización de pacientes con síndrome de distres respiratorio agudo en la unidad de cuidados intensivos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2015 Abril; 14.
21. Covarrubias LO. Papel actual de la presión positiva continua en la vía aérea en el síndrome de dificultad respiratoria y nuevas evidencias. Scielo. 2012; 69(6).
22. Elisa Estenssoro, Arnaldo Dubin. Síndrome de Distres Respiratorio Agudo. Scielo. 2016 Agosto; 76(4).
23. Javier Meritano, Maria Soledad Abraham, Sabrina Valeria Di Pietr, Virginia Fernandez. Síndrome de dificultad respiratoria asociada a líquido amniótico meconial en recién nacidos de término y posttérmino. redalyc. 2010; 29(3).

24. Norca Cabrera Beltran, Marcos Alcantaro Montoya, Hamilton Lama Tapia. Síndrome de Aspiración Meconial. *Rmedicina*. 2012 Febrero ; 11(2).
25. Armando León Pérez, Eglis Ysidrón Yglesias. Factores Relacionados con el apgar bajo al nacer. *Scielo*. 2010 Enero; 36(1).
26. Susana Cevallos Sarrato, Sonia Villar Castro, Cristina Ramos Navarro, Gonzalo Cevallos Sarrato, Manuel Sanchez Luna. Factores de Riesgo Asociados a mortalidad fetal intraparto en recién nacidos preterminos. *ScienceDirect*. 2017 Marzo; 86.
27. Rosalinda Pérez Zamudio, Carlos Rafael López Terrones, Arturo Rodríguez Barbosa. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Scielo*. 2013; 70(4).
28. Helen DE Nobrega Correa, Eduardo Reyna Villasmil, Joel Santos-Bolívar, Jordy Mejía Montilla, Nadia Reyna Villasmil, Duly Torres Cepeda. Enfermedad de membrana hialina en recién nacidos de pacientes preeclámpticas. *Revista obstétrica ginecológica*. 2012; 72(2).
29. Vega Sánchez Rodrigo, Estrada Gutiérrez Guadalupe, Carbulo Vázquez Arturo, Jorge Montoya Beltrán, Vadillo Ortega Felipe . *Imbamed*. [Online].; 2004 [cited 2017 Octubre 2. Available from: http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=28475&id_seccion=407&id_ejemplar=2919&id_revista=40.
30. Nerea Maiz, Walter Paciencia. Cribado Precoz de diabetes Gestacional y Macrosomía. *Elsevier*. 2014 Diciembre; 57(10).
31. Msc. Frank Wenceslao Castro López, Lic. Yureisy Lbarrere Cruz, Lic. Gretel Gozález Hernández, Dra. Ymile Barrios Rentería. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería*. 2007 Marzo; 3.
32. López D'Amato Fernando, Meritano Javier, Da Representação Carolina, Licudis Mara, Romano Analía, Valenti Eduardo. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal. *Revista del Hospital Infantil Ramón Sardá Argentina*. 2006; 25(3).

33. Aguilar AJ. Cesarea electiva: repercusion en la evolución respiratoria neonatal. medigraphic. 2011; 79(4).
34. A. Ochoa, J. Pérez Dettoma. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Scielo. 2009; 32.
35. Jorge Antonio Cabrera Paz, Sandra Cabrera. Ruprura Prematura de Membranas ovulares en gestantes de 33 y 34 semanas y el síndrome de distres respiratorio en los recién nacidos. Pueblo Continental. 2010 Febrero ; 2.
36. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. In.; 2008.
37. MIES. Plan Nacional del Buen Vivir. In.; 2013-2017.
38. Pérez Molina J, Ramírez Valdivia JM. Enfermedad de membrana hialina: mortalidad y factores de riesgo maternos y neonatales. México;; 2006. Report No.: Mex 2006;74:354-9.
39. C. BV. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). [Online].; 2010 [cited 2017 Septiembre 22. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
40. Rodríguez CL. Causas frecuentes de condiciones críticas de salud Madre- Hijo, en los Hospitales Universitarios de Smaritana y del Valle. Scielo. 2008 Enero ;(4).
41. Aida Naneth Zamora, Guadalupe Panduro Barón, Jesús Pérez Molina, Norma Argelia Quezada. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica. 2013; 4(4).
42. Castro F, Labarrere Y, González , Barrios Y. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. La Habana;; 2007.
43. Sánchez Nuncio H, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vásquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Médica del IMMS. 2005 Sep; 43(5).
44. Pública MdS. Control Prenatal , Guía Práctica Clínica. Primera ed. Quito; 2015.

45. J.Jesus Perez Molina, Olivia Blancas Jacobo, Juan Manuel Ramirez Valdivia.
354. Gineco Obstetra. 2006; 74.

"PREDISONENT FACTORS TO RESPIRATORY DISTRESS IN NEWBORN OF THE NEONATOLOGY SERVICE - SAN VICENTE DE PAÚL HOSPITAL 2017"

AUTHOR: Granda Pavón Melani Fransheska

Email: melafran@outlook.es

SUMMARY

Respiratory distress syndrome is a disease that occurs in preterm infants, characterized by respiratory distress that may occur at birth or minutes later, in which pulmonary immaturity and surfactant deficiency are evidenced, making it difficult to exchange gaseous. The present study was carried out at San Vicente de Paúl hospital in Ibarra city, where the Predisposing Factors to Respiratory Distress in the Newborns of the Neonatal Service were identified. It was carried out descriptive, cross - sectional, non - experimental study it was based mainly on the review of clinical records, analyzing each of the variables such as birth weight, type of childbirth, sex, gestational age, prenatal controls, and maternal pathologies. With this study it was possible to determine maternal factors maternal age, prenatal control, childbirth type and neonatal gender, weight, gestational age, APGAR score, these factors have a statistically significant value. It was found that the majority of neonates with respiratory distress were male (61, 5%), on time (67, 7%) and normal weight (72.3%), among maternal factors that predominated premature rupture of membranes (16.9%) and 38.5% being related to other pathologies and the circumstances in which the childbirth takes place.

Keywords: Respiratory distress, predisposing factors, newborns, prematurity, maternal pathologies,

