

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
EVELYN FIORELA MONTES MILLONES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO - CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR: DR JHON AUSEJO GALARZA

AGRADECIMIENTO

A mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado en ayudarme a llegar al punto en que me encuentro.

Sencillo no a sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos.

DEDICATORIA

Han pasado muchos años desde que nací, desde ese momento e incluso antes que eso, ya estabas buscando maneras de ofrecerme lo mejor madre, mi amor más sincero y puro para ti Yane Millones que de la mano de Dios me mostraste lo bella que es la vida.

RESUMEN

El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDRA) constituye la patología que se observa con mayor incidencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Se caracteriza por inmadurez pulmonar, tanto anatómico como funcional. Clínicamente se caracteriza por aleteo nasal, retracciones costales, quejido espiratorio, cianosis y disociación toraco-abdominal, acompañado de taquipnea y alteraciones en la auscultación pulmonar. Existen algunos factores que inciden en la aparición de esta patología.

Objetivo: Esta investigación tiene como propósito identificar la prevalencia en los recién nacidos con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) de etiología pulmonar ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNU) en el año 2017. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal por medio de observación indirecta. **Resultados:** Durante el embarazo, la edad materna fluctuó entre 18 y 35 años y se presentaron infecciones, RPM, HTA, y tuvieron un adecuado control prenatal. La mayoría tuvieron parto pre término, fueron cesareadas, de sexo femenino, Apgar menor de 10, y bajo peso al nacer. No se pudo usar surfactante en la mayoría de los casos, y solo se usó como terapia de rescate. La mayor complicación fue la sepsis neonatal, y estuvieron hospitalizados por más de 15 días. La mortalidad neonatal por Distrés Respiratorio fue de 47.5% (29 de 61).

Palabras claves: síndrome de distrés respiratorio, neonatos.

ABSTRACT

The Respiratory Distress Syndrome (ARDS) is the pathology observed with the highest incidence in the Neonatal Intensive Care Unit. It is characterized by pulmonary immaturity, both anatomical and functional. Clinically, it is characterized by nasal flaring, costal retractions, expiratory whining, cyanosis and abdominal thoracic dissociation, accompanied by tachypnea and alterations in pulmonary auscultation. There are some factors that affect the appearance of this pathology. Objective: This research aims to identify the prevalence in newborns diagnosed with Respiratory Distress Syndrome (RDS) of pulmonary etiology admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of the Hipolito Unanue National Hospital in 2017. Material and Methods: A transversal descriptive retrospective study was carried out through indirect observation. Results: During pregnancy, maternal age fluctuated between 18 and 35 years and there were infections, PROM, HBP, and they had an adequate prenatal control. Most had preterm labor, were C-sectioned, female, Apgar less than 10, and low birth weight. Surfactant could not be used in most cases, and it was only used as rescue therapy. The biggest complication was neonatal sepsis, and they were hospitalized for more than 15 days. Neonatal Mortality due to Respiratory Distress was 47.5% (29 of 61).

Keywords: respiratory distress syndrome, neonates.

PRESENTACIÓN

El Síndrome de Distrés respiratorio (SDRA), también conocido como la Enfermedad de Membrana Hialina es una complicación grave de los recién nacidos, especialmente en aquéllos en los que se ha producido un parto prematuro, es además la causa principal de muerte neonatal temprana y discapacidad. El grado de desarrollo del pulmón y los rápidos cambios del intercambio gaseosos que se producen al momento de nacimiento son factores fundamentales para el desarrollo de esta patología. Se suma a esto que la gran mayoría de los nacidos de parto pretérmino están acompañados a su vez de bajo peso, lo que aumenta su morbilidad.

La enfermedad de membrana hialina afecta de manera más frecuente a los niños de raza blanca, sexo masculino, con antecedentes de asfixia, bajo peso al nacer, hipotermia, hijos de madres diabéticas, considerándose la prematuridad como el principal factor de riesgo para la aparición de esta patología.

El manejo preventivo de la enfermedad de membrana hialina se basa en la determinación de algunas características que pudieron haber detectado la amenaza de parto prematuro, teniendo en cuenta algunos datos obstétricos y perinatales.

Para esta investigación se realizó en el capítulo I el planteamiento del problema de investigación y se trazó los objetivos. En el capítulo II se revisó la literatura sobre el tema y definió la variable. En el capítulo III, se planteó el diseño metodológico, el cual fue: descriptivo, retrospectivo y transversal. Se prosiguió con desarrollo correspondiente al capítulo IV, en donde se expuso los hallazgos de los resultados del trabajo y en el capítulo V se planteó las conclusiones y esbozó algunas recomendaciones sobre el tema estudiado.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. OBJETIVOS.....	2
1.4.1. OBJETIVOS GENERALES.....	2
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
1.5. PROPÓSITO.....	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4

2.1.	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	4
2.2.	BASE TEÓRICA.....	6
2.3.	HIPÓTESIS.....	10
2.4.	VARIABLES.....	10
2.5.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	10
	CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
3.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	12
3.2.	ÁREA DE ESTUDIO.....	12
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	12
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	12
3.5.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	12
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	12
	CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	13
4.1.	RESULTADOS.....	13
4.2.	DISCUSIÓN.....	26
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	29
5.1.	CONCLUSIONES.....	29
5.2.	RECOMENDACIONES.....	29
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
	BIBLIOGRAFÍA.....	33
	ANEXOS.....	36

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: PREVALENCIA DE SDRN EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	13
TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DE ACUERDO A EDAD MATERNA, 2017	14
TABLA N°3: DISTRIBUCIÓN POR CONTROL PRENATAL. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	15
TABLA N°4: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	16
TABLA N° 5: DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE NACIMIENTO. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	17
TABLA N° 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DE ACUERDO A TÉRMINO, 2017	18
TABLA N° 7: DISTRIBUCIÓN POR SEXO. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	19
TABLA N° 8: DISTRIBUCIÓN POR APGAR AL NACIMIENTO (5 MINUTOS). NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	20
TABLA N° 9: DISTRIBUCIÓN POR PESO AL NACER. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	21
TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN POR USO DE SURFACTANTE. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2017.....	22
TABLA N° 11: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES PRESENTADAS. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	23

TABLA N° 12: DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	24
TABLA N° 13: MORTALIDAD. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	25

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: PREVALENCIA DE SDRN EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	13
GRÁFICO N°2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DE ACUERDO A EDAD MATERNA, 2017	14
GRÁFICO N°3: DISTRIBUCIÓN POR CONTROL PRENATAL. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	15
GRÁFICO N°4: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	16
GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE NACIMIENTO. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	17
GRÁFICO N° 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DE ACUERDO A TÉRMINO, 2017	18
GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN POR SEXO. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	19
GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN POR APGAR AL NACIMIENTO (5 MINUTOS). NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	20
GRÁFICO N° 9: DISTRIBUCIÓN POR PESO AL NACER. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	21
GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN POR USO DE SURFACTANTE. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2017.....	22

GRÁFICO N° 11: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES PRESENTADAS. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	23
GRÁFICO N° 12: DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017	24
GRÁFICO N° 13: MORTALIDAD. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.....	25

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
ANEXO N°2: INSTRUMENTO	38
ANEXO N°3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS	40
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	46

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad neonatal a nivel mundial bordea los cuales 4 millones y con menos de 28 días de vida, el 97% de estos fallecimientos neonatales acontecen en los llamados países en vía de desarrollo. La principal causa de muerte en el mundo son los nacimientos pretérminos (28%), seguida de infecciones severas (36%) y complicaciones por asfixia (23%), todas estas relacionadas con trastornos respiratorios neonatales.

Las alteraciones respiratorias son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los neonatos pretérmino, por ende, el parto prematuro se ha convertido en el mayor desafío clínico actual de la Medicina Perinatal. Se ha demostrado que la mayor parte de las muertes neonatales han ocurrido en recién nacidos prematuros, y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, teniendo también repercusiones familiares y sociales.

Uno de los principales problemas del nacimiento pretérmino es la falta de maduración del aparato respiratorio, lo que dificulta en gran manera los cambios fisiológicos que se dan en el momento del parto, en que el intercambio gaseoso se transfiere de la placenta al sistema respiratorio; a esto se suman algunas otras malformaciones que pudieran acarrear y las probables infecciones subyacentes que son elementos importantes para esta incidencia mayor.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de esta investigación fué identificar la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en niños por ser un problema de salud relevante, ya que tal es reportado como la principal causa de morbilidad y mortalidad en los servicios de neonatología.

- Justificación Teórica: El presente trabajo tuvo una gran trascendencia debido a que el síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros repercutió a corto, mediano y largo plazo sobre la vida y calidad de vida del neonato.
- Justificación Práctica: Benefició al Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017 ya que se determinó la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en niños prematuros, lo que les permitió tomar medidas acordes a la situación que se presente con el neonato.
- Justificación Económica Social: Brindó un beneficio social y económico ya que el síndrome de dificultad respiratoria no solo afecta al neonato sino también a la familia. Lo que permitió a dichas personas conocer sobre las medidas preventivas y a tratar sobre el neonato.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVOS GENERALES

- Identificar la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características obstétricas como: edad materna, control prenatal, complicaciones de la gestación del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.
- Conocer las características perinatales como: tipo de nacimiento, término de parto sexo, Apgar y peso en el momento del nacimiento de

los recién nacidos con SDRA en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.

- Determinar el uso de surfactante en los neonatos con SDRA en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.
- Identificar las complicaciones neonatales y la estancia hospitalaria de los pacientes con SDRA en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.
- Conocer la mortalidad de los neonatos con SDRA atendidos en la UCI neonatal del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.

1.5. PROPÓSITO

El propósito de la presente investigación fue conocer cuál es la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, porque en este servicio es el síndrome que más ha tributado de manera importante en la morbilidad y mortalidad neonatal, además de provocar hacinamiento dentro del mismo por la estadía prolongada de estos pacientes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

“Miguel Ángel Retuerto Montalvo, en su tesis sobre “Perfil del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales. Hospital Daniel Alcides Carrión-2015².”

“Objetivo: caracterizar al recién nacido con SDRN hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo de corte retrospectivo. Población: todos los recién nacidos ingresados a la UCI Y UCIN neonatal por el diagnóstico de SDRN durante el 2015. Resultados: El 40 % de los ingresos fueron a causa del SDRN de los cuales el 10% fallecieron, asimismo se encontró que el 60,39%(215) de los casos se debieron a la taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN); el 15%(54) a la enfermedad de la membrana hialina, el 11,8% al síndrome de aspiración meconial y el otro 5,6%(20) debido a la bronquiolitis. Conclusiones: la taquipnea transitoria del recién nacido constituye la causa más frecuente del síndrome, asimismo la ictericia representa la comorbilidad asociada más prevalente seguida por la anemia multifactorial y finalmente la tasa de mortalidad depende en gran medida de la causa subyacente al SDRN².”

“Fernando Enrique Rueda Barragán, en su estudio sobre factores clínicos epidemiológicos relacionados con el distrés respiratorio grave del pretérmino en el Hospital IESS Ambato, 2014”: Estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo. El universo de estudio se conformó con los 629 recién nacidos en el Hospital IESS Ambato durante el periodo de enero a diciembre del 2014 y la muestra la constituyeron 94 neonatos con SDRA internados en la UCI Neonatal de dicho Hospital. Los datos se recolectaron de las historias clínicas de los pacientes y se procesaron empleando

estadísticas descriptivas y distribuciones de frecuencia mediante fórmulas de Microsoft Excel. Predominaron los neonatos del sexo masculino, menores de 34 semanas, con peso por debajo de los 1500 gramos y puntaje de Apgar normal, en su mayoría nacidos por cesárea y sin maduración pulmonar previa. Las afecciones relacionadas con esta entidad fueron la infección del tracto urinario, la hipertensión inducida por el embarazo y la Corioamnionitis. La incidencia fue de 14,98 % con una supervivencia elevada¹.”

“Jessenia Carvacho, en su estudio sobre SDRA en neonatos en la UCI de especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" Cantón Guayaquil, 2015, establece que El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) constituye la patología que se observa con mayor incidencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Objetivo: Esta investigación tiene como propósito caracterizar los recién nacidos con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) de etiología pulmonar ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Abel Gilbert Pontón (HAGP) desde el 1ero de Enero al 31 de diciembre del 2014. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal por medio de observación indirecta. Resultados esperados: El SDR fue la principal causa de ingreso hospitalario en la UCIN del HAGP desde el 1ero de Enero al 31 de diciembre del 2014, siendo la taquipnea transitoria del recién nacido como la principal causa de etiología pulmonar del SDR asociada a morbilidad en los neonatos ingresados y la neumonía connatal como la principal causa de etiología pulmonar del SDR asociada a mortalidad en los neonatos ingresados⁸.”

2.2. BASE TEÓRICA

Definición

La insuficiencia respiratoria aguda de tipo 1 u oxigenatoria, cuyo principal exponente severo es el SDRA, está presente tanto en los adultos, y, es un trastorno que va afectar en su gran mayoría a los neonatos pretérmino, presentado cuadros respiratorios agudos³.

En estos niños la insuficiente madurez pulmonar no solo se circunscribe a una alteración bioquímica o por carencia del surfactante pulmonar, sino también a la parte de la morfología anatómica y por ende un debito funcional ya que aún no se ha finalizado el desarrollo pulmonar. Un pulmón con disminución de surfactante no podrá perfeccionar una aireación y realizar una adecuada hematosis³.

El surfactante, que es sintetizado por la célula pulmonar Neumocito tipo II, tiene como principal función evitar el colapso de los alveolos.

Existen surfactantes sintéticos que son elaborados del pulmón de los cerdos que benefician al pulmón cuando son administrados como terapia profiláctica o de rescate mejorando la función pulmonar y también permite una buena expansión de los alveolos., con lo cual, mejora la oxigenación, mejora el shunt, y, aumenta la capacidad residual funcional. Asimismo aumenta el flujo de la arteria pulmonar disminuyendo la presión de la arteria pulmonar.

Manifestaciones clínicas

Al nacimiento o al poco tiempo de nacer las manifestaciones clínicas tienen una presentación franca que incluye cambios en el ritmo y frecuencia respiratoria, retracciones costales, quejido respiratorio, cianosis y una auscultación pulmonar alterada. Esto se da como resultado fisiológico de las tentativas de adecuación por parte del paciente, lo cual, nos va a permitir establecer el grado de severidad de la injuria cuadro, independientemente

del origen, por lo que debiera realizar una correcta anamnesis, solicitar exámenes de apoyo en especial una buena Rx de tórax⁶.

La taquipnea es característica de estos cuadros presentando una frecuencia respiratoria superior a 60 y en ocasiones hasta 90 – 100 respiraciones/min⁹; ¹².

La observación del tiraje intercostal intenso indicará un trabajo aumentado y con pequeñas pausas intercaladas, deberá realizarse una intervención terapéutica para prevenir que llegue a la apnea¹⁵.

Existen algunos formatos que nos permitirán en forma no complicada valorar el grado de intensidad de trabajo del sistema respiratorio para monitorearla clínicamente, uno de ellos es el Test de Silverman, el cual no se podrá realizar cuando el paciente este apoyado con ventilación mecánica.

Al auscultar los pulmones, nos permitirá analizar zonas de hipo ventiladas en algunas zonas torácicas, y proporcionará importante información sobre las lesiones parénquimales con las alteraciones del murmullo vesicular.

La presencia de cianosis nos revelará hipoxemia, la cual, se tendrá que deslindar si es de origen cardiaco o pulmonar¹⁷.

Cuando la cianosis es de origen del aparato respiratorio, esta mejorará con la administración de oxígeno suplementario, lo que no ocurre, cuando es de origen cardiovascular.

La coloración pálida presente en un recién nacido con insuficiencia respiratoria se va dar por acidosis y vasoconstricción, cifras de hemoglobina baja, pudiendo presentar también hipoxemia sin cianosis⁸; ¹³.

Se debe tener en cuenta que la FiO₂ está en estrecha relación con la coloración de la piel de los pacientes conjuntamente con la saturación arterial de oxígeno, por lo que sus alteraciones nos indican que el paciente se encuentra en insuficiencia respiratoria.

Etiología

- Distress respiratorio del recién nacido.
- Mal adaptación pulmonar.
- Neuropatía espirativa (meconio).
- Infección pulmonar.
- Alteraciones secundarias a otros procesos pulmonares.
- Atresia de coanas.

Diagnóstico

El diagnóstico se realizará en base a los antecedentes, datos clínicos y el aspecto radiográfico de los pulmones.

Se apreciara cambios en las imágenes del pulmón, cambios en el aspecto y coloración del esputo, disminución de la saturación de oxígeno y de la presión arterial de oxígeno, así como la necesidad de oxígeno suplementario.

Estos pacientes con síndrome de dificultad respiratoria deben ser ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales, ya que el personal se encuentra correctamente capacitado para asistirlos y controlarlos, con monitorización no invasiva e invasiva de las funciones vitales y la oxigenación.

El análisis de gases arteriales, los cuales, presentan en los casos más graves una acidosis mixta con hipoxemia y retención del CO₂. En el caso que el niño este sometido a ventilación asistida se juzgara la gravedad por el PaO₂/FiO₂.

Prevención

Es fundamental minimizar los casos de parto pre término y, habría que dosificar corticoides en las gestantes en riesgo de prematuridad. Este

tratamiento beneficia a los neonatos disminuyendo los casos de SDRA.

Tratamiento

Consiste en los siguientes pasos:

- Reanimación en sala de partos.

El tratamiento del síndrome parte de una adecuada estabilización en el momento del nacimiento, con control adecuado de la saturación y el inicio precoz de ventilación⁶.

- De soporte.

Temperatura: mantener la temperatura en parámetros normales

Nutrición y administración de líquidos

Se administra líquido y nutriente en forma precoz.

Hemoglobina y hematocrito

Mantener una hemoglobina de 11 para no requerir grandes suplementos de oxígeno

Infección

Tratamiento de antibioticoterapia en forma empírica hasta que lleguen los resultados bacteriológicos.

Monitorización

Un paciente de esta gravedad debe ser manejado en una unidad de cuidados intensivos neonatales con ventiladores mecánicos.

- Oxigenoterapia
Debe administrarse oxígeno para mantener una saturación por encima de 90%.
- Administración de surfactante

El Gold estándar de la terapia del SDRA del recién nacido es la administración del surfactante quien ha probado ser eficaz en este tipo de patología.

Manejo ventilatorio

Los pacientes con SDRA deben ser sometidos a ventilación mecánica precoz y también ser destetados precozmente, evitando el baro trauma, el volutrauma y la neumonía en la ventilación mecánica

2.3. HIPÓTESIS

No se requiere hipótesis, por ser un estudio de tipo descriptivo.

2.4. VARIABLES

Prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Síndrome: Grupo significativo de síntomas y signos que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.
- Etiología: Ciencia que estudia el origen o las causas de las enfermedades.
- Hipoplasia pulmonar: Inmadurez del pulmón caracterizado por desarrollo insuficiente de la vía aérea, alvéolos y vasos sanguíneos; todo esto evidenciado con una disminución del volumen pulmonar.
- Infección pulmonar precoz-tardía: Es una infección de los pulmones que usualmente es provocada por bacterias o virus.
- Malformaciones congénitas: alteraciones en la formación de algún órgano durante el desarrollo embrionario y del feto.
- Surfactante: Reemplaza al surfactante pulmonar y restablece la actividad normal de los pulmones.
- Curosurf: Es un surfactante natural, preparado a partir de pulmón porcino, que contiene casi exclusivamente lípidos polares, en particular

fosfatidilcolina (alrededor del 70% del contenido total de fosfolípidos) y cerca de un 1% de proteínas hidrófobas específicas de bajo peso molecular, la SP-B y SP-C.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es no experimental, observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Unidad de cuidados intensivos del servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

– Población de estudio

Los 215 pacientes recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.

– Población objetivo

Los 61 recién nacidos con SDRA atendidos en el servicio de servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada fue la recolección de datos mediante las historias clínicas de los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria en servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos fueron registrados en el formato de recolección de datos.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez hecha la recolección de datos de las historias clínicas, se realizó un vaciamiento de los datos obtenidos en un programa de Microsoft Excel.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

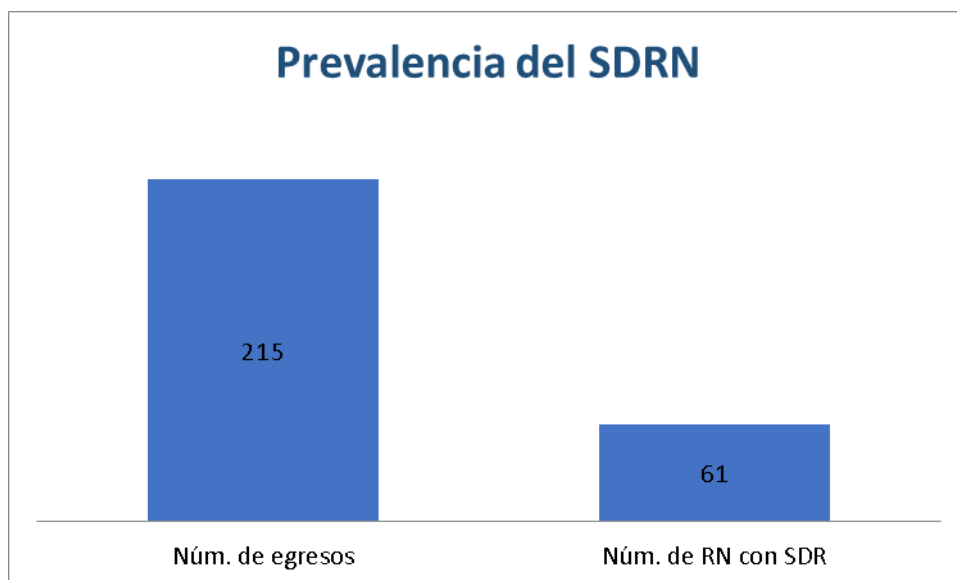
4.1. RESULTADOS

**TABLA N° 1: PREVALENCIA DE SDRN EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, 2017**

Núm. de egresos	215
Núm. de RN con SDR	61

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

**GRÁFICO N° 1: PREVALENCIA DE SDRN EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, 2017**



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

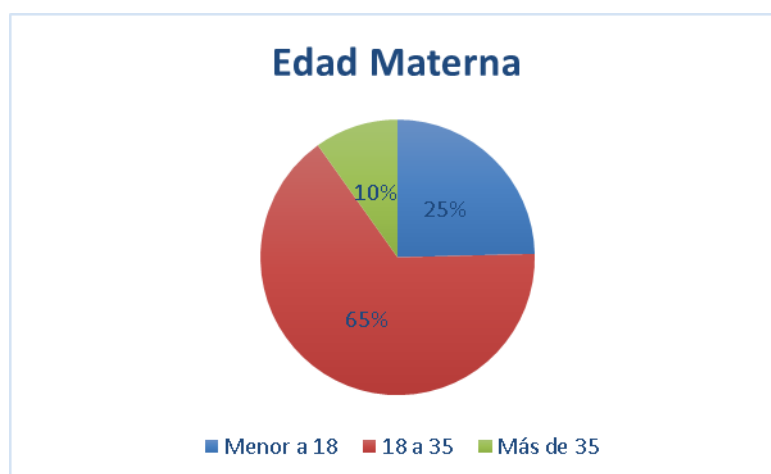
Interpretación: El número de egresos en el servicio de Neonatología durante el año 2017 fue de 276 casos, el número de RN con SDR en el servicio de neonatología durante el año 2017 es de 61 casos.

TABLA N° 2: EDAD MATERNA DE PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

	No.	%
Menor a 18	15	24.6
18 a 35	40	65.6
Más de 35	6	9.8
Total	61	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 2: EDAD MATERNA DE PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

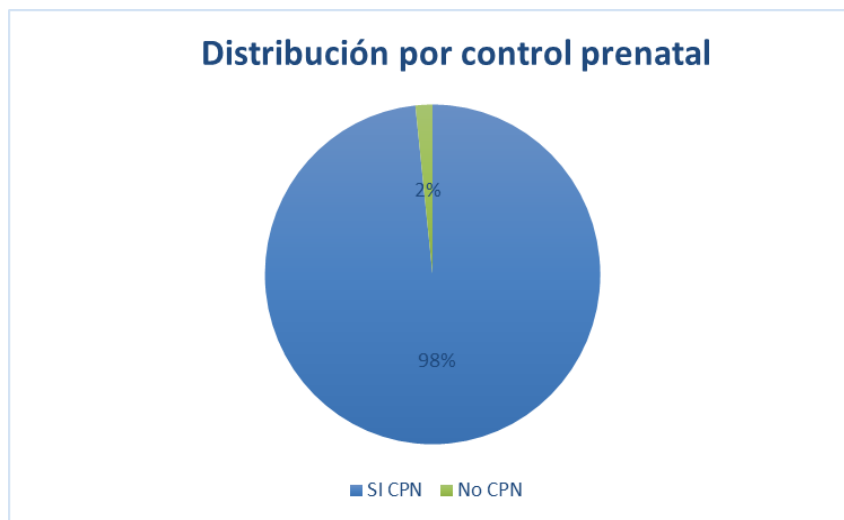
Interpretación: Se observa en la tabla 2, el porcentaje de madres adolescentes menores de 18 años fue del 24.6%, de 18 a 35 65.6%, en tanto que un 9.8% tuvieron más de 35 años de edad.

**TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN POR CONTROL PRENATAL. SDR.
NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017**

	No.	%
Sí CPN	60	98.36 %
No CPN	1	1.64 %
Total	61	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

**GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN POR CONTROL PRENATAL. SDR.
NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017**



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

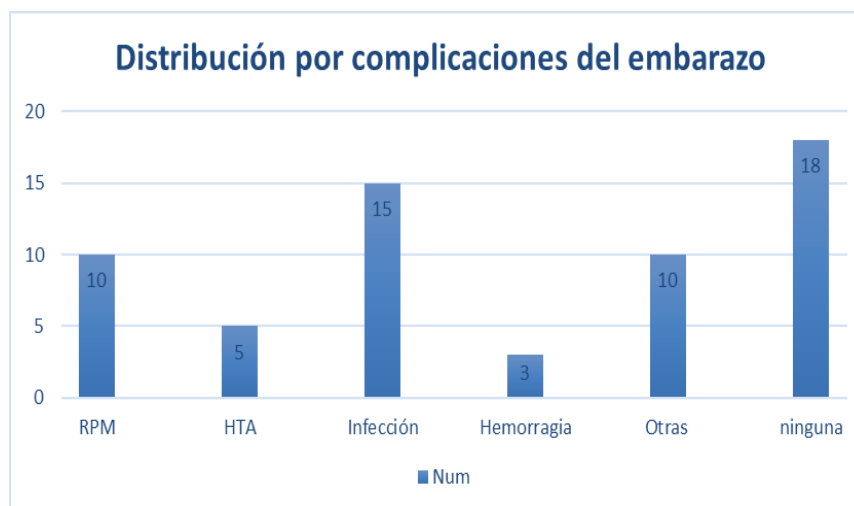
Interpretación: En la tabla N°3 evidenciamos que 60 casos (98.36%) mantuvo un control prenatal adecuado, mientras que solo 1 caso (1.64%) no realizó ningún control prenatal.

**TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017**

	No	%
RPM	10	16.4 %
HTA	5	8.2 %
Infección	15	24.6 %
Hemorragia	3	4.9 %
Otras	10	16.4 %
Ninguna	18	29.5 %
Total	61	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

Interpretación: Entre las complicaciones encontradas durante el embarazo según la tabla N°4 evidenciamos que 15 embarazos (24.6%) presentaron

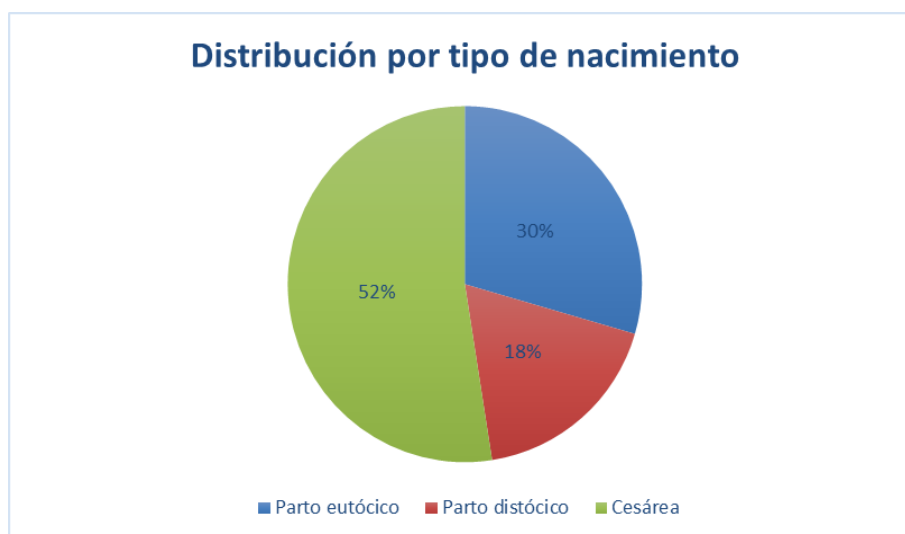
cuadros de infección, 10 embarazos (16.4%) presentaron cuadros de RPM, 5 embarazos (8.2%) presentaron cuadros de HTA, 3 de los embarazos (4.3%) sufrieron hemorragias y otros 10 embarazos (16.4%) presentaron otras complicaciones, mientras que 18 de los embarazos (29.5%) no presentaron ningún tipo de complicación.

**TABLA N° 5: DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE NACIMIENTO.
NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017**

	No.	%
Parto eutócico	18	29.5 %
Parto distócico	11	18. 54%
Cesárea	32	52. 46%
Total	61	100

Fuente. Ficha de recolección de datos aplicada.

**GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE NACIMIENTO.
NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017**



Fuente. Ficha de recolección de datos aplicada.

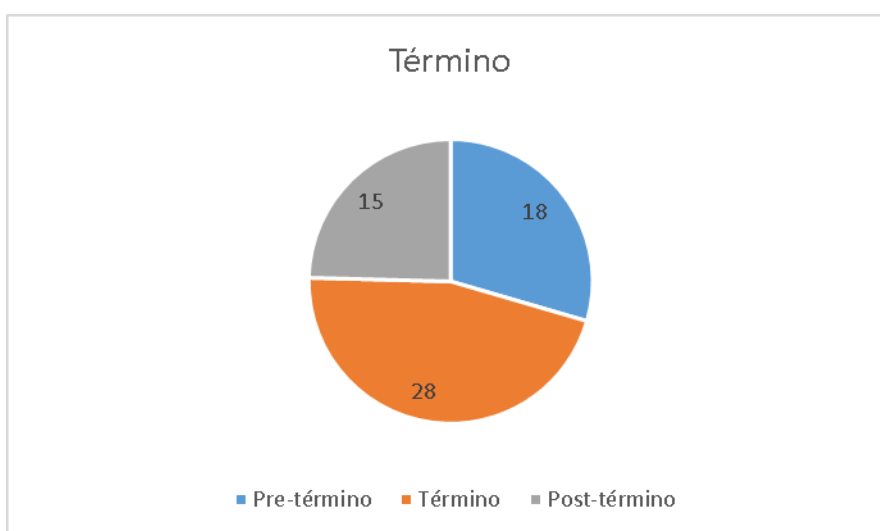
Interpretación: Según el tipo de nacimiento mencionado en la tabla N°5 evidenciamos que 32 de los RN (52.46%) nacieron por cesárea mientras que 18 de los RN (29.5%) fueron por parto eutócico y 11 RN (18.54%) fueron por parto distócico.

TABLA N° 6: TERMINO DE GESTACION EN PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

	No.	%
Pre-término	28	45.9
Término	18	29.5
Post-término	15	24.6
Total	61	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 6: TERMINO DE GESTACION EN PACIENTES INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

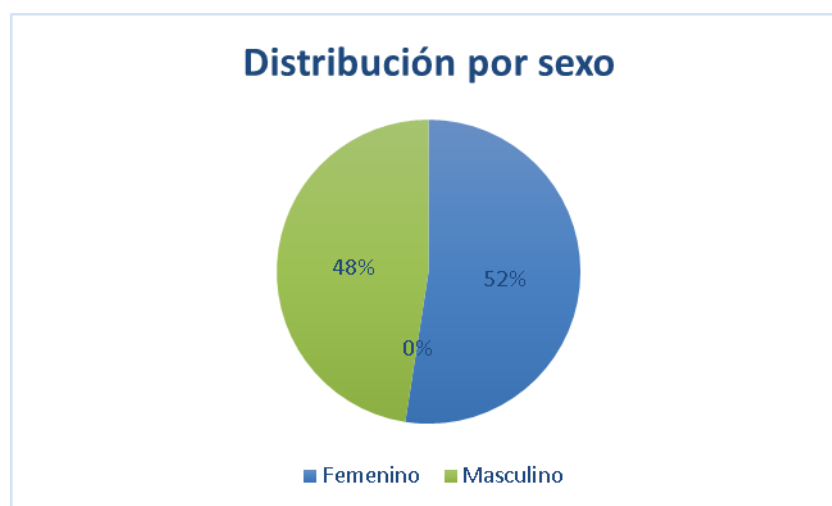
Interpretación: Se Observó en la tabla No.6, un total de 28 niños fueron término (45.9%), seguidos por 18 (29.5%) de pre-término y apenas 15 niños con post- término (24.6%).

TABLA N° 7: DISTRIBUCIÓN POR SEXO. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

	No.	%
Femenino	32	52.46%
Masculino	29	47.54%
Total	61	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN POR SEXO. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

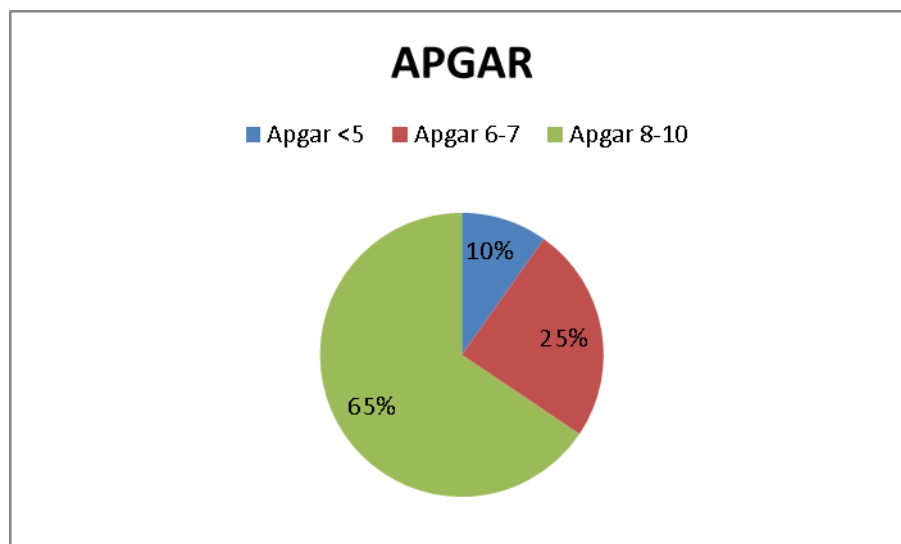
Interpretación: Según la tabla N°7 sobre distribución por sexo del recién nacido observamos que el 52,46% (32 RN) son de sexo femenino mientras que el 47.54% (29 RN) son de sexo masculino.

TABLA N° 8: DISTRIBUCIÓN POR APGAR AL NACIMIENTO (5 MINUTOS). NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

	No.	%
Apgar <5	6	9.8 %
Apgar 6-7	15	24.6 %
Apgar 8-10	40	65.6 %
Total	61	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN POR APGAR AL NACIMIENTO (5 MINUTOS). NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

Interpretación: De acuerdo a la tabla N°8 la distribución de Apgar en el RN muestra 40 casos (65.6%) con Apgar entre 8 - 10, mientras que 15 casos

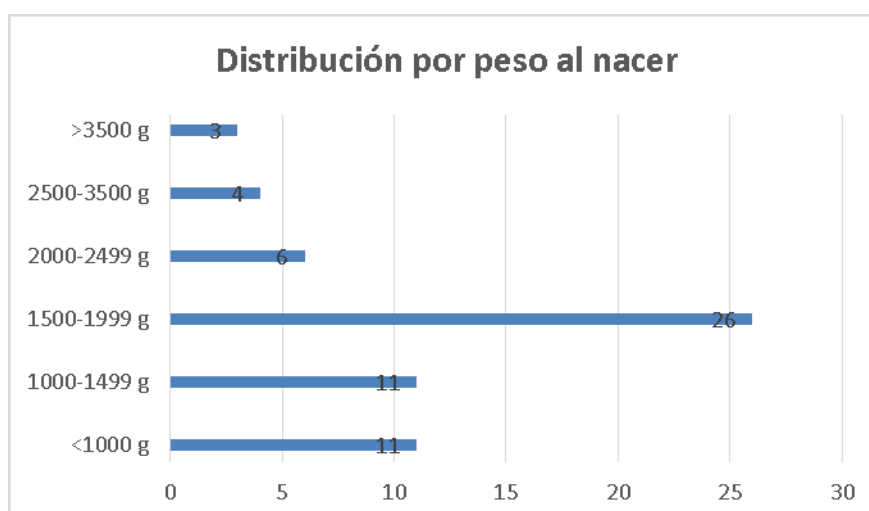
(24.6%) tienen un Apgar entre 6 – 7 y solo 6 casos (9.8%) presentan un Apgar menor de 5.

TABLA N° 9: DISTRIBUCIÓN POR PESO AL NACER. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

Peso al nacer	No.	%
<1000 g	11	18.5 %
1000-1499 g	11	18.5 %
1500-1999 g	26	42.6 %
2000-2499 g	6	9.8 %
2500-3500 g	4	6.5 %
>3500 g	3	4.9 %
Total	61	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 9: DISTRIBUCIÓN POR PESO AL NACER. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

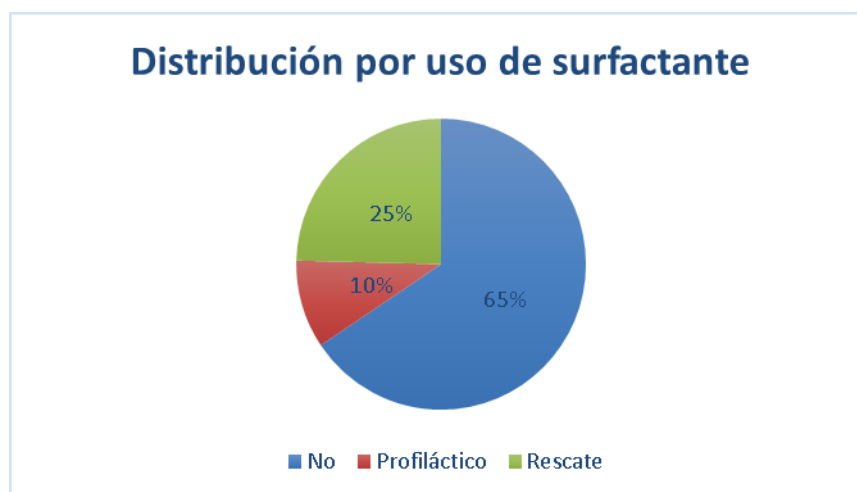
Interpretación: Como se observa en la tabla N°9 la mayoría tuvo bajo peso al nacer, representado por 42.6%, seguido del 18.5% de los nacidos con menos de 1000 g y los nacidos de 1000 g a 1499 g.

**TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN POR USO DE SURFACTANTE.
NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2017**

	No.	%
No	40	65.6 %
Profiláctico	6	9.8 %
Rescate	15	24.6 %
Total	61	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

**GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN POR USO DE SURFACTANTE.
NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2017**



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

Interpretación: De acuerdo a la distribución por surfactante evidenciamos según la tabla N°10 que 40 casos (65.6%) no utilizaron el uso de surfactante, mientras que 6 casos (9.8%) si utilizaron surfactante como

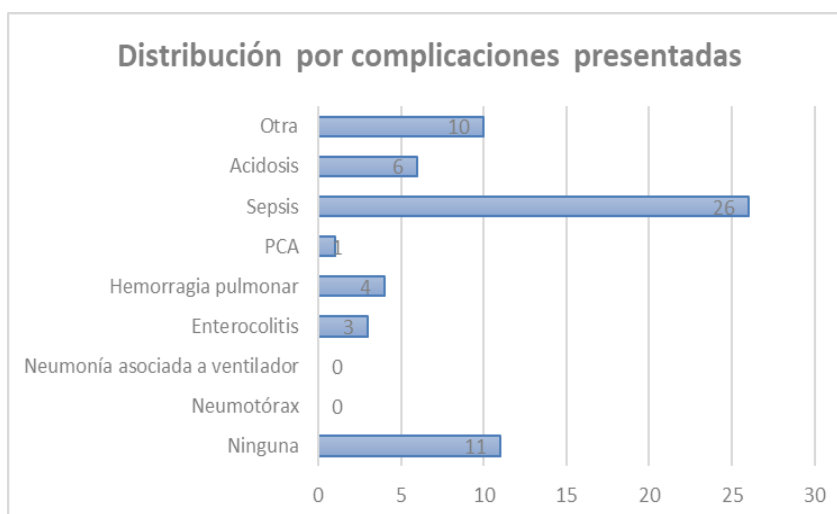
profiláctico y 15 casos (24.6%) si utilizaron el uso de surfactante como rescate.

TABLA N° 11: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES PRESENTADAS. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

	No.	%
Ninguna	11	18.5 %
Enterocolitis	3	4.9 %
Hemorragia pulmonar	4	6.5 %
PCA	1	1.6 %
Sepsis	26	42.6 %
Acidosis	6	9.8 %
Otra	10	16.4 %
Total	61	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 11: DISTRIBUCIÓN POR COMPLICACIONES PRESENTADAS. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

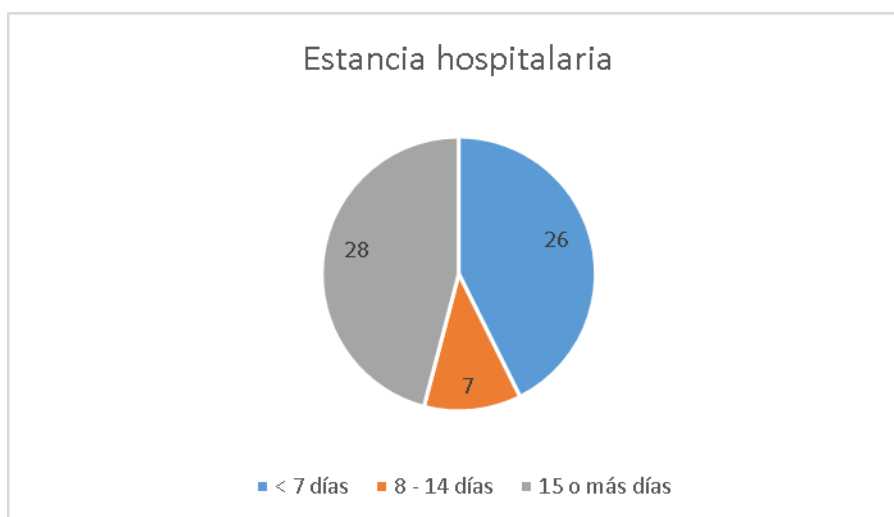
Interpretación: Según la tabla N°11 las complicaciones presentadas en los RN en su mayoría (42.6%) presentaron sepsis, (9,8%) presentaron acidosis; mientras que (16.4%) presentaron otra complicación y (18,5%) no presentó ninguna complicación.

**TABLA N° 12: DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE ESTANCIA
INTRAHOSPITALARIA NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, 2017**

	No.	%
< 7 días	26	42.6 %
8-14 días	7	11.5 %
15 o más días	28	45.9 %
Total	61	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

**GRÁFICO N° 12: DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE ESTANCIA
INTRAHOSPITALARIA NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, 2017**



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

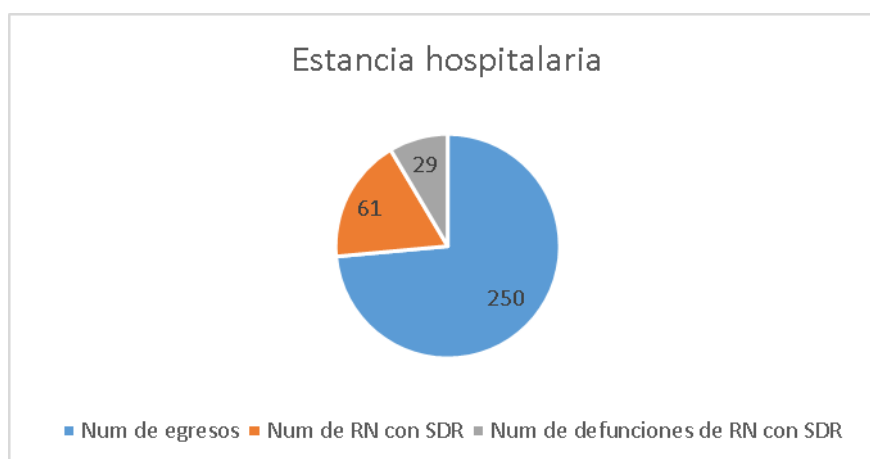
Interpretación: Según la tabla N°12 sobre la distribución por días de estancia intrahospitalaria en el servicio de neonatología evidenciamos que 28 RN (45,9%) estuvieron internados 15 a más días, 7 RN (11,5%) estuvieron internados entre 8 – 14 días y 26 RN (42,6%) estuvieron internados menos de 7 días.

TABLA N° 13: MORTALIDAD. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

Núm. de egresos	215
Núm. de RN con SDR	61
Núm. de defunciones de RN con SDR	29
Tasa de mortalidad*	7.65 %
Tasa de letalidad**	39.7 %

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

GRÁFICO N° 13: MORTALIDAD. SDR. NEONATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada.

Interpretación: Según la tabla N°13 el número de defunciones por SDR en el servicio de neonatología fue de 29 casos, mostrando una tasa de mortalidad de 7.65% y una tasa de letalidad de 39.7%.

4.2. DISCUSIÓN

La investigación muestra que la edad materna más frecuente fue la adulta entre 18 y 35 años que representa al 65.6% de la población estudiada, por el contrario, Zamora – Lares y cols. En su estudio de casos y controles, evidencia que las madres adolescentes tienen más riesgo para que sus neonatos padezcan algún grado de dificultad respiratoria al nacer, encuentra una diferencia significativa ($p=0.03$) con el grupo control que fueron madres adultas entre 20 y 35 años. Similares resultados encontró Carmen Romero, que la mayoría de madres de neonatos con SDR se encuentran en grupos etarios menores, entre 15 y 25 años (48.2%; $n=40$).

Sobre el control prenatal, encuentro que, el 98.36% de las madres con neonatos con SDR posee un adecuado control prenatal. Resultados opuestos a los de Carmen Romero, quien describe que el 83.1% de su muestra posee un inadecuado control prenatal o no lo tuvo; años atrás, Héctor Sánchez-Nuncio y cols., en un estudio de casos y controles, encontraron que, la insuficiencia respiratoria es la manifestación de morbilidad neonatal en el 37.2% de la población de casos de madres que tuvieron un inadecuado control prenatal, mostrando diferencia significativa ($p=0.000$) con el grupo de control, que fueron madres con adecuado control prenatal, las cuales no hubo ningún neonato con insuficiencia respiratoria.

La complicación materna más frecuente fue algún cuadro infeccioso, representado por el 24.6%. En cambio, Frank Castro y cols., describen que la complicación más frecuente fue la ruptura prematura de membranas, el 18%.

El tipo de parto más frecuente que conlleva a presentar dificultad respiratoria neonatal, en este estudio, resulta ser la cesárea, con 52.46% de todos los

neonatos con síndrome de dificultad respiratoria; el 29.5% de neonatos nacieron de un parto eutócico, el resto de un parto con alguna distocia. Carmen Romero encontró que el 72.3% de los neonatos en su estudio nacieron de parto distócico; Frank Castro, describe que el 61.7% de sus nacimientos fueron por cesárea.

En el estudio, 45.9% de los neonatos fueron pretérmino; Héctor Sánchez-Nuncio, describe que existe 34.7% de neonatos prematuros que tienen síndrome de dificultad respiratoria; describe que los prematuros tiene 5 veces más riesgo de padecer dificultad respiratoria al nacer. Similar situación describe Fernando Rueda, quien describe que predominan los neonatos menores de 34 semanas que padecen SDR.

Los neonatos de sexo femenino son mayoría en este estudio, representan el 52.46% de la población estudiada, mientras que, para Fernando Rueda, en su mayoría son varones.

Cuando hablamos de la puntuación de Apgar a los 5 minutos; el 65.6% de neonatos recibieron una puntuación de Apgar Normal, es decir entre 8 y 10 puntos; similar a los encontrado por Fernando Rueda, quien menciona que poseen un Apgar Normal.

Otro factor determinante es el peso del recién nacido; 79.6% nacieron con un peso inferior a los 2 000 gr.; para Carmen Romero, son más frecuentes los neonatos con peso menos a 2 500 gr. (93.9%); Fernando Rueda, describe una situación similar, son más frecuentes los recién nacidos con menos de 1 500 gr. Todo lo contrario, con Frank Castro y cols., encuentran más frecuente (61.6%) recién nacidos con SDR que pesan más de 2 500 gr.

Se describe también el uso o no del surfactante pulmonar como manejo del SDR; en el 24.6% se usó como terapia de rescate, y en el 9.8% como profiláctico, en la mayoría de casos, el 65.6%, no se usó el surfactante; no se encontraron estudios recientes con datos válidos para poder comparar este hallazgo.

La complicación más frecuente de los neonatos con SDR encontrada fue la sepsis neonatal, con el 42.6% de los casos. En cambio, para Frank Castro, la complicación más frecuente fue la neumonía posnatal, que representaba al 38% de los neonatos con complicaciones; Jessenia Carvacho, encuentra a la neumonía connatal como principal causa de morbilidad en los neonatos con SDR.

Los días de estancia hospitalaria, el 45.9% de los neonatos con SDR permanecieron hospitalizados por 15 días o más; para Carmen Romero, el promedio de días de hospitalización es de 37 días y en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 24 días.

Se registraron 29 muertes de neonatos con SDR durante el periodo de estudio, que representa al 47.5% de los neonatos. Resultados más altos a los registrados por Carmen Romero, quien encuentra que el 15.7% de los neonatos son SDR tuvieron diagnóstico de fallecido al alta.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1.- La prevalencia del Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido es de 61 pacientes del total de 215 ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el 2017.

2.- Durante el embarazo, la edad materna fluctuó entre 18 y 35 años (65.6%) y un 24.6% presentaron infecciones, 16.4% RPM, 8.2% HTA, y 98.36% tuvieron un adecuado control prenatal.

3.- La mayoría tuvieron parto pretérmino (45.9%), poco más de la mitad fueron cesareadas (52.46%), el 52.46% de sexo femenino, 65.6% presentaron un Apgar a los 5 minutos entre 8 y 10, y bajo peso al nacer (42.6% entre 2000 y 2499 gr).

4.- No se pudo usar surfactante en la mayoría de los casos (65.6%), y solo se usó como terapia de rescate en 24.6%.

5.- La complicación neonatal más frecuente fue la Sepsis neonatal con 42.6% de los casos, y 45.9% requirieron más de 15 días de hospitalización.

6.- El 47.5% de los neonatos falleció a causa del Distrés Respiratorio (n=29).

5.2. RECOMENDACIONES

1.- Establecer estrategias de detección rápida del Síndrome de Dificultad Respiratoria, con la finalidad de disminuir la prevalencia de éste, así como sus complicaciones.

2.- Fortalecer el Programa de Control Prenatal en el nivel de atención Primaria, para la captación oportuna de pacientes con Alto Riesgo Obstétrico para una adecuada detección de las infecciones y otras complicaciones maternas.

3.-Identificar precozmente las gestantes con amenaza de parto pretérmino para disminuir su incidencia y las complicaciones de esta.

4.-Implementar el uso de surfactante como terapia profiláctica y utilizar ciclos de corticoides completos, para evitar el desarrollo del distrés respiratorio neonatal en los pacientes en riesgo.

5.-Elaborar una estrategia para la detección y tratamiento oportuno de la sepsis neonatal y disminuir la estancia hospitalaria para esto habrá que gestionar los medios diagnósticos en los centros hospitalarios para un diagnóstico precoz y oportuno de SDRA, para así incidir en la esperanza de vida en estos pacientes.

6.-Compliar esfuerzos y estrategias anteriores y continuar utilizando protocolos de manejo en el servicio de neonatología de acuerdo a nuestros estudios para disminuir la mortalidad neonatal por esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Vásquez Juan, Ventilación mecánica en SDRA, 2 Babahoyo, 2017.
2. Miguel Ángel Retuerto Montalvo, tesis "Perfil del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales. Hospital Daniel Alcides Carrión-2015.
3. J. López de Heredia Goya, A. Valls i Soler " Síndrome de dificultad respiratoria ". Hospital de Cruces. Barakaldo.2015.
4. González Armengod, m.f. Omaña Alonso" Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina " Unidad de Neonatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.2015.
5. Jesús Pérez-rodríguez "Dificultad respiratoria en el recién nacido". Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.2015.
6. GUÌA DE PRÀCTICA CLÌNICA "Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido ". Estados unidos mexicanos. 2015.
7. Zaledon Rojas V, Factores maternos asociados a muerte neonatal precoz intrahospitalaria en el servicio de neonatología del HECAM-Matagalpa en el periodo 2014 – 2015.
8. Jessenia Carvacho, en su estudio sobre síndrome de dificultad respiratoria en neonatos en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional de especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" Cantón Guayaquil, 2015.
9. García Escorihuela, Andrea, Diseño y evaluación de la efectividad de un protocolo dirigido a la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes ingresados en la UCI Neonatal del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

10. Travez Proaño M, estrategia para disminuir el SDRA en neonatos, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.
11. Jeannette Ávila Vargas-Machuca, Mario Tavera Salazar y Marco Carrasco Gamarra. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.
12. Coto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. " Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico".2013.
13. Mercado González, Yahoska Auxiliadora (2015) Complicaciones pulmonares asociados a ventilación mecánica en recién nacidos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Hospital Alemán Nicaragüense, septiembre 2013-septiembre 2014.
14. Salcedo Hernández Javier, Distrés respiratorio, estudio epidemiológico de neonatos atendidos en la maternidad Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil en el periodo comprendido de enero- junio del 2011.
15. Guía Clínica "Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido". Ministerio de Salud. Minsal, 2011.
16. Clementina Soni-Trinidad y colaboradores. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica en el Hospital Regional de Poza Rica durante el año 2012.
17. DRA. MAFALDA RIZZARDINI P. "Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.
18. Rodrigo Santamaría-Muñoz "Síndrome de dificultad respiratoria tipo I". Salud de Tabasco.2012.
19. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001563.ht>
20. Dr. Patricio ventura-juncá t. y Dr. José Luis Tapia i. Problemas respiratorios del recién nacido. -2011.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Vásquez Juan, Ventilación mecánica en SDRA, 2 Babahoyo, 2017.

Carmen Romero. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de membrana hialina, atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión año 2012. [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela de Post-Grado de la Facultad de Medicina Humana; 2014.

Clementina Soni-Trinidad y colaboradores. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica en el Hospital Regional de Poza Rica durante el año 2012.

Coto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. "Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico".2013.

Dr. Patricio ventura-juncá t. y Dr. José Luis tapia i. Problemas respiratorios del recién nacido. -2011.

DRA. MAFALDA RIZZARDINI P. "Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Frank Castro y cols. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Rev. Cubana Enfermer. 2007; 23(3): 1-15.

García Escorihuela, Andrea, Diseño y evaluación de la efectividad de un protocolo dirigido a la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes ingresados en la UCI Neonatal del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

González Armengod, m.f. Omaña Alonso " Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina " Unidad de Neonatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.2015.

Guía Clínica "Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido". Ministerio de Salud. Minsal, 2011.

GUÌA DE PRÀCTICA CLÌNICA "Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido ". Estados Unidos Mexicanos. 2015.

Héctor Sánchez-Nuncio y cols. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2005; 43(5): 377-80.

J. López de Heredia Goya, A. Valls i Soler " Síndrome de dificultad respiratoria ". Hospital de Cruces. Barakaldo.2015.

Jeannette Ávila Vargas-Machuca, Mario Tavera Salazar y Marco Carrasco Gamarra. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.

Jessenia Carvacho, en su estudio sobre síndrome de dificultad respiratoria en neonatos en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional de especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" Cantón Guayaquil, 2015.

Jesús Pérez-rodríguez "Dificultad respiratoria en el recién nacido". Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.2015.

Mercado González, Yahoska Auxiliadora (2015) Complicaciones pulmonares asociados a ventilación mecánica en recién nacidos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Hospital Alemán nicaragüense, septiembre 2013-septiembre 2014.

Miguel Ángel Retuerto Montalvo, tesis "Perfil del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales. Hospital Daniel Alcides Carrión-2015.

Rodrigo Santamaría-Muñoz "Síndrome de dificultad respiratoria tipo I". Salud de Tabasco.2012.

Salcedo Hernández Javier, Distrés respiratorio, estudio epidemiológico de neonatos atendidos en la maternidad Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil en el periodo comprendido de enero- junio del 2011.

Travez Proaño M, Estrategia para disminuir el SDRA en neonatos, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

Zaledon Rojas V, Factores maternos asociados a muerte neonatal precoz intrahospitalaria en el servicio de neonatología del HECAM-Matagalpa en el periodo 2014 – 2015.

Zamora-Lares y cols. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica MD. 2013; 4(4): 234-8.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE						
Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros	Cuadro agudo que ocurre o sucede antes del tiempo esperado	Déficit de surfactante	Cualitativa	Síndrome presentado antes de las 35-37 semanas	Ordinal	Ficha de recolección de datos
INDEPENDIENTE						
EDAD	Tiempo de vida expresado en años	Tiempo de vida expresado en meses	cualitativa	35 semanas a las 37 semanas	ordinal	Ficha de recolección de datos
SEXO	Conjuntos de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres	Características que lo definen en sexo femenino o masculino	cualitativa	Femenino masculino	nominal	Ficha de recolección de datos
Características clínicas	Cualquier manifestación objetivable consecuente a una enfermedad	Manifestaciones clínicas	Cualitativa	Taquipnea Cianosis Hipotensión	Si- no	Ficha de recolección de datos
Características epidemiológicas	Es el estudio de la enfermedad como fenómeno de masas.		Cualitativa / cuantitativa	Edad Sexo	Años Sexo	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SEDE: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUEPREVALENCIA DEL
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN RECIEN NACIDOS

I. DATOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES: IDENTIFICACIÓN:

1. Edad materna:
2. Menor de 18 años () De 18 a 35 años () Más de 35 años ()
3. Control prenatal: Si () No ()
4. Tipo de nacimiento: Parto eutócico () Parto distócico ()
Cesárea ()
5. Complicaciones de la gestación:
RPM () HTA () Infección () Hemorragia () Otras () Ninguna ()
6. Término de parto:
Pretérmino (menos de 37 semanas) ()
Término (de 37 a 40 semanas) ()
Postérmino (+ de 40 semanas) ()
7. Sexo: Femenino () Masculino ()

8. APGAR al nacer: Menos de 5 () De 6 a 7 () Entre 8 y 10 ()
9. Peso al nacer:
- Menor a 1000 g ()
 - De 1000 g a 1499 g ()
 - De 1500 g a 1999g ()
 - De 2000 g a 2499 g ()
 - De 2500 g a 3500 g ()
 - Más de 3500 g ()
10. Uso de surfactante: No () Profiláctico () Rescate ()
11. Complicaciones neonatales:
- Enterocolitis () Hemorragia pulmonar PCA () Sepsis ()
 - Acidosis () Otras () Ninguna ()
12. Estancia hospitalaria:
- Menos de 7 días ()
 - De 8 a 14 días ()
 - De 5 a más ()
13. Mortalidad: Egresos () RN con SDRA () Defunciones ()

ANEXO N° 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 – 60%	Muy Buena 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación variables).					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación).					90

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplica.....(Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

91.1%

Lugar y Fecha: Lima, __ Enero de 2018



Dr. HONORIO AUGUSTO GALARZA
Médico Cirujano
C.M.P. 76798

Firma del Experto Informante

D.N.I. Nº 70691637

Teléfono

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					92%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación variables).				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					91%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación).					90%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

.....(Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

87.5%

Lugar y Fecha: Lima, __ Enero de 2018

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "POLITO URANUE"
DR. LUIS ALBERTO FIGUEROA FERNANDEZ
C.M.P. 017559 R.N.E. 407483
MÉDICO PEDIATRA

Firma del Experto Informante

D.N.I. Nº 82705672

Teléfono 41629771

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					94%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación variables).					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación).				80%	

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

.....(Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

84.8%

Lugar y Fecha: Lima, __ Enero de 2018


LIC. ELSI NOEMI BAZÁN RODRIGUEZ
COESPE 444
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante
D.N.I Nº
Teléfono

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS GENERAL		OBJETIVOS GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
¿Cuál son los factores determinantes del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017?	Identificar los factores determinantes del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2017	El presente trabajo no cuenta con hipótesis por ser de tipo descriptivo	<p>VI: Factores determinantes</p>	
ESPEÍFICOS		ESPEÍFICOS		
¿Cuáles son los factores obstétricos del síndrome de distrés respiratorio recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología?	Describir los factores obstétricos del síndrome de distrés respiratorio recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología	<p>VD: Síndrome de dificultad respiratoria</p>	<p>INDICADORES: Edad - Sexo - Características clínicas - Características epidemiológicas</p>	
¿Cuáles son los factores perinatales del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología?	Conocer los factores perinatales del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología			

<p>¿Cuál es el uso del surfactante en el del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología?</p>	<p>Determinar el uso de surfactante en el del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología</p>	<p>INDICADORES: Apgar - Uso de surfactante pulmonar - Estancia hospitalaria - Complicaciones neonatales - Mortalidad</p>
<p>¿Cuáles son las complicaciones neonatales y la estancia hospitalaria del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología?</p>	<p>Identificar las complicaciones neonatales y la estancia hospitalaria del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología</p>	
<p>¿Cuál es la mortalidad del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología?</p>	<p>Establecer la mortalidad del síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología</p>	
<p>DISEÑO METODOLÓGICO</p>		
<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p>		
<p>Descriptivo, observacional</p>		<p>POBLACIÓN Y MUESTRA N= 61</p>
<p>DISEÑO Retrospectivo, transversal</p>		<p>TÉCNICA Revisión de Historias Clínicas</p>
<p>INSTRUMENTO Ficha de Recolección de datos</p>		