

**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



TESIS

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS AL SÍNDROME
DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIÉN NACIDOS.
HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, PERIODO
2014.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

AUTORA : Bach. Enf. Magely Eudelia Rivera Rodas.

ASESORA : Dra. Sonia Tejada Muñoz

**CHACHAPOYAS - PERÚ
2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN
RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL REGIONAL VIRGEN
DE FÁTIMA, PERIODO 2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA : Br. Enf. Magely Eudelia Rivera Rodas.

ASESORA : Dra. Sonia Tejada Muñoz.

CHACHAPOYAS – PERÚ - 2015

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación, basado en el esfuerzo, dedicación y paciencia lo dedico a Dios, por ser mi fuente de espiritualidad, por permitirme sentir y brindar amor, por ser una gran fortaleza para mi alma.

A mi madre por darme la vida, por su amor, paciencia, confianza, porque supo transmitirme de la forma más sublime su sencillez, humildad y principios; porque mediante su apoyo tanto económico como moral me ha permitido alcanzar mis ideales. En el pasado, presente y futuro lo que llevo en mi interior es un gran orgullo hacia mi madre Maritza Rodas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, a la Escuela Profesional de Enfermería y por supuesto a todos los docentes, que en conjunto, aportaron con sus diversos conocimientos científicos y con su experiencia en la práctica permitiéndome desarrollar habilidades y destrezas fundamentales en la formación profesional en beneficio de las personas.

Un profundo agradecimiento a la Dra. Sonia Tejada Muñoz, por ser la guía de este trabajo de investigación; su inicio, desarrollo y conclusión lleva el gran aporte de sus conocimientos y experiencia profesional.

Al personal del hospital, enfermeros (as) asistenciales por apoyarme en el desarrollo de mi tesis, que creen y confían en mi trabajo y que además contribuyen a nuestra formación.

Al Director del Hospital Regional Virgen de Fátima – Chachapoyas por su autorización para el área de registros y archivos de las historias clínicas.

A mis compañeras (os), amigas (os) que me brindaron su apoyo y su tiempo cuando más lo necesitaba en la elaboración de la tesis.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph. D. JORGE LUIS MAICELO QUINTANA

Rector

Dr. OSCAR ANDRÉS GAMARRA TORRES

Vicerrector Académico

Dra. MARÍA NELLY LUJAN ESPINOZA

Vicerrectora de Investigación

Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

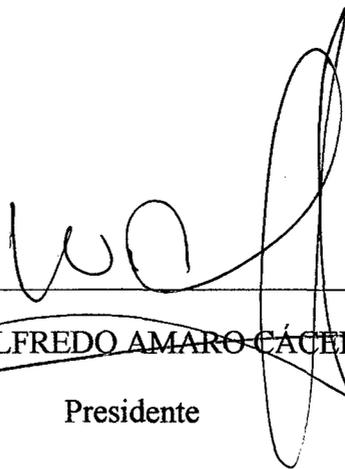
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dra. MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ QUEZADA

Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO EVALUADOR

(RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 509-2015-UNTRM-VRAC/F.C.S.)



M.Cs. WILFREDO AMARO CÁCERES

Presidente



M.S. FRANZ TITO CORONEL PIZARRO

Secretario



CD. OSCAR PIZARRO SALAZAR

Vocal

VISTO BUENO

Yo, Dra. **Sonia Tejada Muñoz**, identificada con código 37715, DNI N°33409092. Docente Asociada a Tiempo Completo de la escuela Profesional de Enfermería, hago constar de estar asesorando la tesis titulada: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, PERIODO 2014”**. Presentado por la estudiante de enfermería **Magely Eudelia Rivera Rodas**, por lo que doy testimonio y visto bueno que la estudiante realizó el informe de investigación mencionada dando fe a la verdad firmo para mayor veracidad.

Chachapoyas, 31 de Diciembre del 2015.



Dra. Enf. Sonia Tejada Muñoz

DNI N° 33409092

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades de la UNTRM	iii
Jurado	iv
Visto bueno de la asesora	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	04
III. MARCO TEÓRICO	05
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	17
4.1. Tipo y diseño de la investigación	17
4.2. Población muestra	17
4.3. Métodos y técnicas de recolección de datos	19
4.4. Análisis de datos	20
V. RESULTADOS	21
VI. DISCUSIÓN	33
VII. CONCLUSIONES	43
VIII. RECOMENDACIONES	45
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
X. ANEXOS	51

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Factores de riesgo materno asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.	21
Tabla 02: Factores de riesgo neonatales asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.	24
Tabla 03: Síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos según grupos etareos de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.	27
Tabla 04: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos según grado de instrucción de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.	29
Tabla 05: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos, según estado civil de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.	31

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01: Factores de riesgo materno asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.	22
Figura 02: Factores de riesgo neonatales asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.	25
Figura 03: Síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos según grupos etareos de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.	27
Figura 04: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos según grado de instrucción de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.	29
Figura 05: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos, según estado civil de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.	31

RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional / epidemiológico; de tipo: observacional; retrospectivo, transversal y analítico. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2014. La muestra estuvo constituida por 98 historias clínicas de los recién nacidos. Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la cuestionario y como instrumento una lista de chequeo con una validez de $VC=8.8 > VT=1.64$ y una confiabilidad a través del coeficiente de Spearman Brow de 0.55 considerado de mediana confiabilidad. Los resultados evidencian que la edad gestacional < de 34 semanas de las madres ($X^2 = 11.654$; $Gl = 2$; $p = 0.003 < \alpha = 0.05$); los recién nacidos con antecedentes de membrana hialina ($X^2=14.257$; $Gl = 2$; $p = 0.001 < \alpha = 0.05$); las madres con hemorragia materna ($X^2 = 5.331$; $Gl=2$; $p = 0.07 < \alpha = 0.05$) y con diabetes gestacional ($X^2=7.623$; $Gl = 2$; $p = 0.022 < \alpha = 0.05$), *son los factores de riesgo maternos asociados al síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos en estudio*; mientras que las madres con antecedentes de infección del tracto urinario ($X^2 = 0.413$; $Gl= 2$; $p = 0.813 > \alpha = 0.05$) *no son los factores de riesgo maternos del distrés respiratorio de los recién nacidos en estudio*. La Eritroblastosis fetal ($X^2 = 22.079$; $Gl = 2$; $p = 0.000 < \alpha = 0.05$); el neonato de sexo masculino ($X^2 = 8.388$; $Gl = 2$; $p = 0.015 < \alpha = 0.05$) *fueron los factores de riesgo neonatales asociados al distrés respiratorio de los recién nacidos en estudio*. Mientras que la asfixia perinatal ($X^2= 3.337$; $Gl = 2$; $p = 0.189 > \alpha = 0.05$) *no es un factor de riesgo neonatal del distrés respiratorio de los recién nacidos en estudio*. En conclusión: la edad gestacional < de 34 semanas de las madres, la membrana hialina, las madres con hemorragia materna, las madres con diabetes gestacional, la eritroblastosis fetal y el tener sexo masculino *fueron los factores de riesgo maternos y neonatales asociados al distrés respiratorio de los recién nacidos en estudio*; mientras que la infección del tracto urinario de las madres y la asfixia perinatal *no son los factores de riesgo maternos y neonatales del distrés respiratorio*.

Palabras clave: Síndrome de distres respiratorio, factores de riesgo, recién nacido.

ABSTRACT

The following research project with quantitative approach; relational level/ epidemiologic; observational type; retrospective, transversal and analytic. Whose objective was determine the risk factors associated to the syndrome of distress breathing in new borns. Hospital Regional Virgen de Fatima, Chachapoyas – 2014. The sample was formed by 98 clinic histories of new borns. To collect the data we used the questionnaire technique and as instrument a list of check with a validity of $VC=8.8 > VT=1.64$ and a reliability through the Spearman Brown coefficient of 0.55 considering medium reliability. The results shown that the gestational age $<$ of 34 weeks of the mothers ($x^2=11.654$; $Gl=2$; $p=0.003 < \alpha =0.05$); the new born with a precedent of hyaline membrane ($x^2= 14.257$; $Gl=2$; $p= 0.001 < \alpha = 0.05$); mothers with hemorrhage maternal ($x^2= 5.331$; $Gl=2$; $p = 0.07 < \alpha =0.05$) and with diabetes gestational ($x^2= 7.623$; $Gl= 2$; $p 0.022 < \alpha = 0.05$), those are the maternal risk factors associated to the syndrome of distress breathing in new born on study; in the other hands with a precedent of tract urine infection ($x^2=0.413$; $Gl= 2$; $p= 0.813 > \alpha = 0.05$) they are not the maternal risk factors on distress breathing in new born on study. The fetal eritroblastosis ($x^2= 22.079$; $Gl = 2$; $p = 0.000 < \alpha = 0.05$); the new born with a male sex ($x^2= 8.388$; $Gl= 2$; $p= 0.015 < \alpha = 0.05$) were the factors of new born risk associated to the distress breathing on new born on study. While the perinatal asphyxiation ($x^2= 3.337$; $Gl = 2$; $p= 0.189 > \alpha=0.05$) it is not a risk factor on new borns with distress breathing on new borns on study. In conclusion: the gestational age $<$ 34 weeks of the mothers, the Hyaline membrane, mothers with hemorrhage maternal, the diabetic gestational, the fetal eritroblastosis and have male sex were factor of maternal risks and new born associated to the distress breathing on new born on study; while the tract urine infection on the mothers and the asphyxiation are not factors of maternal risk and new born of the distress breathing.

Key words: Syndrome of distress breathing, risk factors, new born.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial más de 15 millones de bebés nacen prematuramente, cada año en el mundo y más de un millón mueren por complicaciones derivadas de ese tipo de partos; señala un estudio presentado hoy que alerta del aumento en que actualmente uno de cada 10 bebés llega al mundo con 37 o menos semanas de gestación, la mayoría de los partos ocurre en forma espontánea; las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y también existe influencia genética (OMS, 2012, p. 15, 16).

La mortalidad infantil del síndrome de distrés respiratorio ocupa el primer nivel ya que representa el 60% de las defunciones de menores de 5 años; menos del 10% de estas muertes neonatales se producen en países de altos ingresos donde se han efectuado notables avances de la Obstetricia, Perinatología y la Neonatología en el cuidado de las madres embarazadas y sus hijos. Estos avances han producido un incremento en la supervivencia de los recién nacidos prematuros y han logrado resultados en la disminución de la incidencia de la prematuridad (OMS, 2012, p. 19, 20).

Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos, tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida; la mayoría de los fallecimientos de neonatos el 75% se producen durante la primera semana de vida y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas; las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia y los traumatismos en el parto. Estas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad (OMS, 2015, p. 58).

A nivel latinoamericano el síndrome de distrés respiratorio fue aumentando su incidencia con respecto a la edad de gestación de manera que afecta al 60% de los menores de 28 semanas de edad gestacional y menos del 5% de los mayores de 34 semanas de edad gestacional; estos cambios que deben producirse en el momento del nacimiento para pasar de la respiración placentaria al intercambio gaseoso pulmonar que se ven influenciados por muchos factores como nacimiento prematuro, asfixia

perinatal, cesárea, infecciones y fármacos administrados a la madre entre otros (Gonzales y Omaña, 2006, p. 160-165).

En los últimos años el Perú ha mostrado importantes logros en materia de salud pública particularmente relacionados con la salud de los niños menores de un año, lo que ha permitido que el país se aproxime al cumplimiento de las metas de los objetivos de desarrollo del milenio relativas a la reducción de la mortalidad infantil (Mena, 2012, p.4).

A nivel regional la mortalidad perinatal reportada en el año 2007 establece que la red de salud con mayor tasa de incidencia notificada es Condorcanqui, básicamente los distritos de Cenepa y Nieva que alcanzaron niveles de alto riesgo. En segundo lugar la Provincia de Luya (Red Chachapoyas), en tercer y cuarto lugar Bagua y Utcubamba respectivamente. De la totalidad de muertes perinatales el 47% corresponde a asfixia perinatal, el 16% a distrés respiratorio, el 12% a infecciones y el 12% a malformaciones congénitas (Plan Concertado de salud Amazonas 2008 - 2021, p. 37).

A nivel local las muertes neonatales ocurren con mayor frecuencia en lugares con elevados niveles de pobreza, ruralidad, analfabetismo y limitado acceso a los servicios de salud (Araujo 2010, p. 3). Dichos aspectos demográficos estarían incidiendo en el número de casos de neonatos con síndrome de distrés respiratorio que fueron hospitalizados en Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas. La preocupación por este problema que involucra el binomio madre-hijo motiva la realización del presente trabajo.

Se sabe que los recién nacidos nacen con múltiples enfermedades, a causa de diferentes factores de riesgo materno y neonatal en la cual, la madre sufre por el recién nacido que nace con esos problemas, por ello se han propuesto diversos indicadores para determinar factores de riesgo del síndrome de distrés respiratorio, motivo por el que se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo en el recién nacido con síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo – 2014?

El síndrome de distrés respiratorio es un problema de salud frecuente en los recién nacidos del entorno y tiene consecuencias irreparables y genera daños futuros por lo

que es pertinente conocer los factores materno - neonatales asociados a la enfermedad y de esta manera permita a los profesionales de la salud reflexionar y proponer estrategias de promoción y prevención en beneficio de la salud, reducir los indicadores estadísticos de morbi – mortalidad infantil, además minimizará el intervalo de tiempo de hospitalización, tratamiento y mejora de la calidad de vida del niño, su madre y familia y por ende contribuir al crecimiento y desarrollo sostenible de la región y del país.

Al considerar escasas o nulas las investigaciones epidemiológicas enfocadas en este problema, este estudio se constituye en un paradigma emergente y relevante en la vida de la población amazonense y para la profesión de la enfermería con la visión de trascender en el cuidado del neonato y su madre. Finalmente la hipótesis considerada en esta investigación fue: Los factores de riesgo no tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos (H_0) y los factores de riesgo tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos (H_1).

II. OBJETIVOS

General

- Determinar los factores de riesgo asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.

Específicos

- Identificar los factores de riesgo materno y neonatal asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014
- Caracterizar el objeto de estudio de los recién nacidos asociados al síndrome de distrés respiratorio. Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Morales J. (2003). En su trabajo de investigación titulado: estándares mínimos de calidad en el transporte neonatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao durante el periodo enero a diciembre del 2001. Cuyo objetivo fue: Determinar los estándares mínimos de calidad en el transporte neonatal. Los resultados fueron; del 100% (37) recién nacidos; el 73% (27) procedían del centros de salud y 27% (10) de hospitales, cabe agregar que 33 pacientes llegaron en ambulancia y 4 en autos particulares y por carencia de incubadora de transportes el 60% de ellos llegaron en brazos del personal técnico de transporte. Las causas más frecuentes fueron síndrome de dificultad respiratoria 40.5%, seguido de prematuridad 18.2%, el 16.2% eran pre términos con edad gestacional promedio de 34 semanas y asfixia sólo se dio el 10.8% de pacientes.

Mena A. (2012). En su trabajo de investigación titulado: Comportamiento del síndrome de distrés respiratorio en el Hospital General clínico-quirúrgico Salvador Allende. Cuyo objetivo fue: describir el comportamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General clínico-quirúrgico Salvador Allende. Los resultados fueron; del 100% (80); el 58.75% presentó síndrome de distrés respiratorio agudo, y el 41.25% no presentó síndrome de distrés respiratorio; las conclusiones fueron que del 100% (80), el 1.4% son de sexo femenino.

Bailón M. (2012). Realizó la investigación titulada “Distrés Respiratorio Pronóstico de vida de Recién Nacidos en subproceso de Neonatología del Hospital Regional Verdi Cevallos Balda noviembre 2012-2013”, cuyo objetivo general fue: determinar el pronóstico de vida de los recién nacidos con distrés respiratorio atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda Noviembre 2012-2013. Los resultados fueron: del 100% (118) el 66% (38) lo constituyeron los menores de 34 semanas de EG, el 3% (3) de enfermedad de membrana hialina, y el 33% (24) fueron de sexo masculino; el 67% (2) fueron madres analfabetas, el 100% (56) fueron madres de educación primaria; el 176% (100) fue de nivel superior; llegando a una conclusión: el mayor

porcentaje de recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria fueron del género masculino, los cuales a su vez tuvieron un pronóstico favorable.

Guapi V. (2008). En su trabajo de investigación titulado: Distrés respiratorio, estudio epidemiológico de neonatos atendidos en el Hospital José María Belasco Ibarra. Los resultados fueron: del 100% (74); el 55% fue de sexo masculino y el 45% es de sexo femenino; el 29.7% (22) fueron menores de 34 semanas de edad gestacional y el 70.2% (52) fueron mayores de 34 semanas; el 4.05% fueron madres analfabetas, el 48.65% fueron de madres con estudios primarios, el 43.24% con estudio secundario, y el 4.05 fueron madres de nivel académico superior. Las conclusiones fueron; las características generales de los recién nacidos predominó en el sexo masculino, el tratamiento con oxígeno en la mayoría se realizó en la incubadora, el porcentaje de mortalidad del estudio es alta.

Castellanos D. (2008). En su trabajo de investigación titulado: Caracterización de los factores de riesgo y condiciones clínicas de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio en el hospital maternidad Concepción Palacios 2007–2008. Los resultados fueron; del 100% (164); de las condiciones clínicas durante el embarazo el 43% presentaron infecciones urinarias, el 10% presentó diabetes mellitus; la edad gestacional muestra que un 55% (90) de los casos estudiados menor fueron de 32 semanas de gestación; el 48% (78) fue de sexo femenino, el 52% (86) fue de sexo masculino, el 0.3% (5) fueron menores de 15 años de edad, el 28% (46) fueron de 16-20 años de edad, el 21% (34) son de 21-25 años de edad, el 19% (32) fueron de 26-30 años de edad, el 13% (16) fue de 36-40 años de edad, y el 6% (10) fueron mayores de 40 años de edad. Las conclusiones fueron; el 57% no presentaron y la edad gestacional al momento de nacer estuvo entre 27 a 32 semanas de edad gestacional.

Araujo C. (2010). En su trabajo de investigación titulado: Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes síndrome de distrés respiratorio, atendidas en el Hospital Hipólito. Los resultados fueron: del 100% (247), el 8.5% fue parto por cesárea y el 91.5% fue parto vaginal y del 100% (510), el 2.55% fueron madres controladas y el 97.45% fueron madres que no se han controlado. Las conclusiones fueron; del 39.68% fueron madres que han presentado infección del tracto urinario y el 60.32% no presentaron infección del tracto urinario.

3.2. Base Teórica

a. Recién nacido:

a.1 Definición

Es el nacido de parto eutócico, a término con peso adecuado a la edad gestacional, hijo de padres sanos que no presenta malformaciones congénitas ni enfermedades hereditarias (Auchter, 2006, p. 48).

a.2 Clasificación de recién (Gómez, 2012, p.33)

- **Normal:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- **Post maduro:** Producto que tienen más de 42 semanas de gestación o más.
- **Prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1.000 gramos a menos de 2,500 gramos.

Recién nacido prematuro (Guapi, 2008, p. 36 y 51).

Es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días. El termino pre término no implica valoración de madurez como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente.

- Se debe considerar el sexo del recién nacido para la diferenciación de género.
- Antropometría del neonato, permite cuantificar medidas, peso, talla y perímetro cefálico del recién nacido.
- Edad gestacional, es el tiempo transcurrido desde la concepción hasta el nacimiento independiente de la vía; entendiendo que el pre término corresponde a < 37 semanas y a término de 37 a < 42 semanas de gestación.

- APGAR, sistema de evaluación de la condición de vida del recién nacido en el periodo neonatal inmediato en base, al color, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad y frecuencia cardiaca.
- Tiempo de vida a su ingreso; periodo de tiempo transcurrido hasta su ingreso al servicio de neonatología.
- Diagnóstico de enfermedad respiratoria, entidades respiratorias que ocasionan lesión al estado de salud del recién nacido.
- Tratamiento respiratorio (oxigenoterapia); medida terapéutica realizada para conservar la vida del neonato.
- Condición de egreso del paciente, estado del paciente egresa del hospital.

b. Síndrome de distrés respiratorio

b.1 Definición:

Es un cuadro que se presenta en el recién nacido y está caracterizado por taquipnea, cianosis, retracción subcostal y grados variables de compromiso de la oxigenación. Habitualmente se inicia en las primeras horas de vida y tiene varias posibles etiologías (Minsa, 2011, p. 13).

Es la disminución del volumen pulmonar debido al colapso progresivo de los alvéolos. Este colapso se debe primariamente a una cantidad insuficiente de surfactante en la superficie alveolar (Meneghello, 2012, p.577).

Consiste en una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar secundaria a una injuria inflamatoria aguda, que ocasiona edema pulmonar difuso producto de un aumento de la permeabilidad del capilar pulmonar (Guillermo, 2005, p. 345-346).

Es una consecuencia del nacimiento prematuro, que se caracteriza por fallo respiratorio e intercambio gaseoso deficiente en la primera hora después del nacimiento, es causado principalmente por una deficiencia del surfactante pulmonar que es una mezcla de lipoproteínas necesarias para reducir la tensión

superficial en la interface aire-liquido del alveolo y para prevenir la atelectasia generalizada (Hernández, 2001, p. 200-205).

b.2 Epidemiología:

Más de un 70 % de las muertes infantiles, 11 millones de niños que mueren todos los años se deben a seis causas principales y entre ellas se encuentra las afecciones respiratorias. Estas muertes se producen sobre todo en los países subdesarrollados, fundamentalmente en Asia meridional y central, mientras que en África subsahariana se registran las tasas más elevadas (UNICEF 2010, p. 99).

Las afecciones respiratorias en países en desarrollo representan el 20 % de las muertes infantiles. Datos procedentes de 42 países indican que sólo la mitad de los niños que padecen estas infecciones están en manos del personal de servicios sanitarios. En África occidental sólo una quinta parte de los niños que padecen infecciones respiratorias recibe cuidados (UNICEF 2010, p. 103).

b.3 Factor de riesgo:

Se define como un factor de riesgo aquella característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupos de personas que asocia con un riesgo anormal de poseer o desarrollar una enfermedad o ser especialmente afectado de forma desfavorable por ella.

Desde el punto de vista epidemiológico existen condiciones sociales, médicas u obstétricas que se relacionan con un resultado reproductivo favorable o desfavorable. En última instancia, los factores de riesgo son características definidas respecto a ciertos embarazos, feto y/o recién nacidos que se diferencian en algo objetivo de los miembros de la población.

Los factores de riesgo se pueden clasificar desde un punto de vista estadístico, etiológico, patogénico o cronológico (Ubeda Miranda JA, 2003).

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe mencionar la insuficiencia ponderal, las prácticas

sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2015, p. 118).

b.3.1 Factores maternos

- Edad gestacional menor a 34 semanas: La mayoría de los casos se observa en bebés nacidos antes de 37 semanas. Cuanto menos desarrollados estén los pulmones, mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal después de nacer. El problema es infrecuente en bebés nacidos a término a las 40 semanas (ADAM, 2013, pág. 119).
- Infección del tracto urinario (ITU): Es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo y su incidencia fluctúa entre 3 y 12% según distintas series comunicadas (Bianchi, 2012, pág. 162).
- Hemorragia materna: Es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500 ml post-parto o 1000 ml post-cesárea proveniente de genitales internos o externos. La Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 536, 000 muertes maternas al año, de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétrica representando el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 24 horas post- parto (Gonzales, 2006, pág. 160, 162).
- Diabetes gestacional: Es un tipo de diabetes que afecta a las mujeres durante el embarazo. Debido a esto, su cuerpo acumula azúcar adicional en la sangre, entre 1 de cada 50 y 1 de cada 20 mujeres embarazadas presenta diabetes gestacional. (Centers For Disease, 2014, pág. 18).

b.3.2 Factores neonatales

- Asfixia perinatal (APN): Se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa (Torres, 2011, pág. 43).

- Antecedentes de la enfermedad de membrana hialina (EMH): Es la patología respiratoria más frecuente en el recién nacido prematuro. Típicamente afecta a los recién nacidos de menos de 35 semanas de edad gestacional (EG) y es causada por déficit de surfactante, sustancia tenso activa producida por los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos (Gonzales, 2006, pág.163, 165).
- Eritroblastosis fetal: Llamada también enfermedad hemolítica del Recién Nacido (EHRN), se trata de una anemia hemolítica del feto o del recién nacido, causada por transmisión transplacentaria de anticuerpos específicos de la madre contra la membrana eritrocitaria fetal generalmente secundaria a una incompatibilidad entre el grupo sanguíneo de la madre y el del feto (Salmoral, 2007, pág. 118).
- Sexo masculino: Se debe a que los varones poseen hormonas andrógenos que causan retraso de la maduración del pulmón y disminución de la producción del surfactante (Meneghello, 2012, p.577).

b.4 Fisiopatología:

En el síndrome de dificultad respiratoria se encuentra elevada por el volumen de corriente disminuido, la ventilación inicialmente esta incrementada debido a la disminución en la cantidad o calidad del surfactante pulmonar, la mayor parte del pulmón está colapsado o poco ventilado y la mayor parte de la ventilación alveolar se deriva a una región muy pequeña del pulmón, lo que conlleva a una disminución de la capacidad residual funcional. (Asimismo la distensibilidad está muy disminuida, no tanto por el tórax del recién nacido que es fácilmente distensible, sino que en los pulmones presenta deficiencia de surfactante)

La disminución de la distensibilidad es el incremento de la resistencia, reducción del volumen pulmonar y disminución en la eficacia para la mezcla de gases en los recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria. A partir de estos datos y dado que la constante de tiempo depende de la distensibilidad y la resistencia, se verá afectada y como consecuencia se presentará un inadecuado intercambio del volumen alveolar. Esta disminución o acortamiento de la constante de tiempo no es uniforme en toda la vía respiratoria, se aprecia sobre todo en las áreas más distales, por lo que, en un mismo pulmón habrá variaciones

de tiempo que permite una ventilación no uniforme con riesgo de dañar a aquellas vías aéreas con constantes de tiempo normales, que son sometidas a la ventilación mecánica necesaria para forzar a abrirse a las vías aéreas con constante de tiempo acortada.

Los alvéolos dañados están revestidos de membranas hialinas, compuestas en gran medida de fibrina, proteínas plasmáticas y restos celulares. El proceso de reparación incluye varios mecanismos caracterizados por:

- Reepitelización de los alvéolos por la capacidad de transformarse en células tipo I por parte de células tipo II.
- Transporte de Na y H₂O intraalveolar a través de células epiteliales.
- Transporte de las proteínas solubles por el epitelio.
- Apoptosis de los neutrófilos.
- Macrófagos alveolares que fagocitan a proteínas no solubles.
- Remodelación gradual de tejido de granulación y fibroso.

Los cambios endoteliales que se observan en el pulmón son parte de una afección generalizada del endotelio, lo que se ha llamado panendotelitis, cuya manifestación clínica es el síndrome de fuga capilar. Las causas de acumulación de líquido alveolar en el SDR son debidas a una:

- Mayor permeabilidad de la capa de células endoteliales.
- Mayor permeabilidad de la capa de células epiteliales.
- Disminución del transporte iónico activo por parte de las células epiteliales.
- Menor actividad del factor surfactante.

b.5 Clasificación según las etapas de evolución:

- Fase aguda o exudativa: ocurre en la primera semana, pareciendo insuficiencia respiratoria con hipoxemia que es refractaria a la terapia con oxígeno.
- Fase proliferativa: Puede comenzar al tercer y séptimo día pero es más característica que la segunda y de la tercera semana después iniciados los síntomas.
- Fase de recuperación: se caracteriza por una gradual recuperación de la hipoxemia y mejoría de la distensibilidad pulmonar.

b.6 Exámenes auxiliares:

Patología clínica:

Gases arteriales y dosaje de glucosa, calcio y otros electrolitos.

Radiología:

Efectivizar con la valoración del Test de Silverman- Anderson mayor de 5 y en 2:

Horas posteriores al parto y radiografía de tórax, Bronco grama aéreo.

Escala de Silverman-Anderson

Signos	0	1	2
Movimientos abdominales tóraco-	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Disociación tóraco-abdominal
Tiraje subcostal.	No	Leve	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intenso
Aleteo nasal	No	Leve	Intenso

Fuente: Tratados de Cuidados Intensivos Pediátricos: Ruza (2003, p. 8).

b.7 Cuadro clínico:

Materno: Las madres que son sometidas a un parto distócico presentan un alto riesgo de que su hijo desencadene un SDR, lamentablemente en la actualidad el índice de cesárea ha crecido considerablemente (Castro, 2006, pág. 98).

Neonatales: Cuando la madre es sometida a una operación por cesárea sin experimentar el parto, las señales químicas que impiden al pulmón dejar de producir el líquido e iniciar su eliminación, no son tan fuertes, por lo que hay más líquido en los pulmones en el momento de nacer. Igualmente, si la madre padece diabetes o ha recibido grandes cantidades de analgésicos durante el parto, el RN también está en riesgo de desarrollar esta condición (Castro, 2006, p. 99).

Categoría

- Leve: Dificultad respiratoria que evalúa con un puntaje de 1-3 y necesita oxígeno al 40%.
- Moderada: Dificultad respiratoria que evalúa con un puntaje de 4 - 6 y necesita APAC.
- Severa: Dificultad respiratoria severa que evalúa con un puntaje mayor de 7, la cual necesita ventilación mecánica.

b.9 Tratamiento con oxigenoterapia (González, 2006, p.162).

La saturación de oxígeno debe mantenerse en el margen de 90% a 95% en recién nacidos a término y 88% a 92% el pre término, para cubrir las necesidades metabólicas.

Terapia específica con surfactante 4ml/kg de peso por vía endotraqueal, dosis que pueda repetirse según su evolución.

Oxigenoterapia controlada:

- Fase I: Ajustar la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) para mantener presión arterial de oxígeno ($Pa O_2$) entre 50 – 70 mmHg. Si los requerimientos de oxígeno llegan a FiO_2 0.4, insertar catéter arterial para monitoreo de la PaO_2 .

- Fase II: CPAP. Generalmente se indica a un recién nacido con peso < 1.500 g. que requiere un $FiO_2 > 0,4$.
- Fase III: Ventilación mecánica:
 - Recién nacidos con peso <1.500 g. con cuadro clínico compatible.
 - Fracaso de CPAP para mantener $PaO_2 > 50$ mmHg, con presiones al final de la espiración (PEEP) de 6-8 ml de H_2O y $FiO_2 > 0,6$
 - Acidosis respiratoria con $PaCO_2 > 55 - 60$ mmHg.
 - Gravedad clínica rápida y progresiva.

b.10 Complicaciones (Valls, 2007, p. 345-349).

- Neumotórax.
- Enfisema pulmonar intersticial.
- Hemorragia pulmonar, escapes de aire.
- Hemorragia Intraventricular.
- Presencia de ductos arteriosos y Retinopatía de la prematuridad.

b.11 Teoría y/o Modelos

Modelo de Betty Neuman

El entorno y la persona son los fenómenos básicos del modelo de sistema de Neuman y mantiene una relación recíproca. El entorno se define como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Los elementos estresantes (intrapersonal, interpersonal y extra personal) son importantes para el concepto de entorno y se describen como fuerzas de entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.

Martha Rogers

El hombre es un todo unificado y su objetivo es de procurar y promover una interacción armónica entre el recién nacido y su entorno que intercambia continuamente materia y energía. Se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial. Los cuidados de enfermería se presentan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo; las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos y dirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.

Modelo de Callista Roy

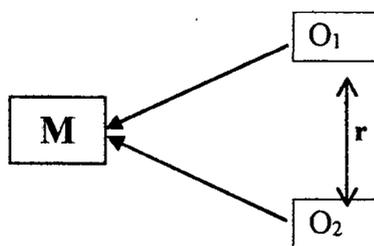
Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: fisiológica, auto concepto, desempeño de funciones y relaciones de interdependencia; por lo que depende de los estímulos que está expuesto y su nivel de adaptación del recién nacido. La meta de enfermería es ayudar al recién nacido en adaptarse a los cuatro modos, en salud o enfermedad. El resultado final más conveniente es un estado en las condiciones que facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. En resumen podemos decir que el modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de investigación

El estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional/epidemiológico; de tipo: según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue retrospectiva, según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal; y según el número de variables de interés fue analítico. (Supo, 2012, p. 1, 3)

El diagrama que se esquematiza de la siguiente manera:



Donde:

M : Historias clínicas del recién nacidos.

O1 : Síndrome de distrés respiratorio.

O2 : Factores de riesgo.

4.2 Población, muestra y muestreo

Universo:

Estuvo constituido por 950 historias clínicas completas e incompletas de los recién nacidos que fueron hospitalizados en el servicio de neonatología e historias clínicas de las madres del Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas, durante el año 2014 (Oficina central de archivos del Hospital Regional Virgen de Fátima).

Criterios de inclusión:

- ✓ Historias clínicas completas de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Virgen de Fátima.

- ✓ Historia clínicas completas de las madres de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Virgen de Fátima.

Criterios de exclusión:

- ✓ Historias clínicas de los recién nacidos hospitalizados que fueron referidos de otros establecimientos.
- ✓ Historias clínicas de los recién nacidos que fueron referidos a establecimientos de mayor complejidad.

Población:

Gracias a los criterios de selección la población estuvo conformada por 260 historias clínicas de los recién nacidos.

Muestra:

Estuvo constituida por 98 historias clínicas de los recién nacidos, gracias a la fórmula para investigaciones sociales.

$$n = \frac{Z^2pqN}{E^2(N - 1) + Z^2pq}$$

$$N = 260, \quad Z = 95 \% = 1.96; \quad p = 0.5; \quad q = 0.5; \quad E = 0.05$$

Remplazando, tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (260)}{(0.05)^2 (260 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (260)}{(0.0025) (259) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{249.7}{0.64 + 0.9604} = \frac{249.7}{1.60} \longrightarrow n = 156$$

Muestra ajustada:

$$f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \quad f = 97.5 = 98$$

Muestreo:

Se utilizó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, donde se introdujo el total de la población en una bolsa y de ellas se seleccionó las 98 unidades muestrales.

4.3 Técnicas e Instrumento de recolección de datos (Canales, 1994).

Método : Encuesta

Técnicas : Cuestionario

Instrumento

Para esta investigación se utilizó como instrumento una lista de chequeo (Anexo n° 05) elaborado por Víctor Guapi, modificado por la autora; la variable factores de riesgo; el cual consta de las siguientes partes: Título, introducción, datos generales de la madre, contenido acerca de los factores de riesgo maternos y neonatales expresados en 8 ítems; expresado en índice, donde se dará un puntaje de: No es igual a 0 y Sí es igual a 1. Para la variable síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos hospitalizados se hará uso de otra lista de chequeo (Anexo n° 06) que está estructurado en título, introducción y el respectivo contenido expresado en 5 ítems; se categorizará como leve, moderado y severo, la cual llevará un puntaje de 1-3; 4 - 6 y > 7 respectivamente.

Validez y confiabilidad del instrumento:

El instrumento fue sometido a juicio de expertos donde participaron 05 profesionales del área de neonatología y los datos obtenidos fueron procesados mediante la prueba binomial dando como resultado $VC=8.8 > VT=1.64$, la cual es adecuado (Anexo n° 03).

Para determinar la confiabilidad se recolectó la información de 7 historias clínicas de recién nacidos hospitalizados y los datos procesados a través del coeficiente de Spearman Brow dando como resultado el 0.55, lo cual evidencia que el instrumento es medianamente confiable (Anexo n° 04).

4.4 Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos, mediante una solicitud al Director del Hospital Regional “Virgen de Fátima” Chachapoyas, con el propósito de solicitar autorización para el desarrollo del estudio, luego de su aprobación se realizó las coordinaciones pertinentes con el encargado de la oficina central de archivos a fin de iniciar la recolección de datos, primero se identificó las historias clínicas de los recién nacidos hospitalizados y de sus madres en el periodo enero a diciembre del 2014; para cada lista de chequeo se recolectaron datos concernientes a la edad gestacional <34 semanas, infección del tracto urinario, hemorragia materna, presencia de diabetes gestacional, asfixia perinatal, antecedentes de membrana hialina, eritroblastosis fetal y sexo masculino. La información fue verificada y las respuestas codificadas e incluidas en una base de datos utilizando el programa SPSS versión 20.

4.5 Análisis de datos

Para el análisis de datos, la información de acuerdo a la variable de estudio, los datos se han tabulado a través del programa software SPSS versión 20, y para medir las variables de estudio se elaboró tablas de contingencia; después se procesó de manera individual utilizando técnicas estadísticas descriptivas para cada variable. Para establecer la asociación de factores de riesgo y síndrome de distrés respiratorio neonatal, se hizo uso de la prueba estadística no paramétrica Ji cuadrado con 95% de nivel de confianza y el 5% de margen de error. La presentación de los resultados fueron en tablas simples de doble entrada así como gráficos de barras, donde los datos estadísticos evidencian la relación entre las dos variables.

V. RESULTADOS

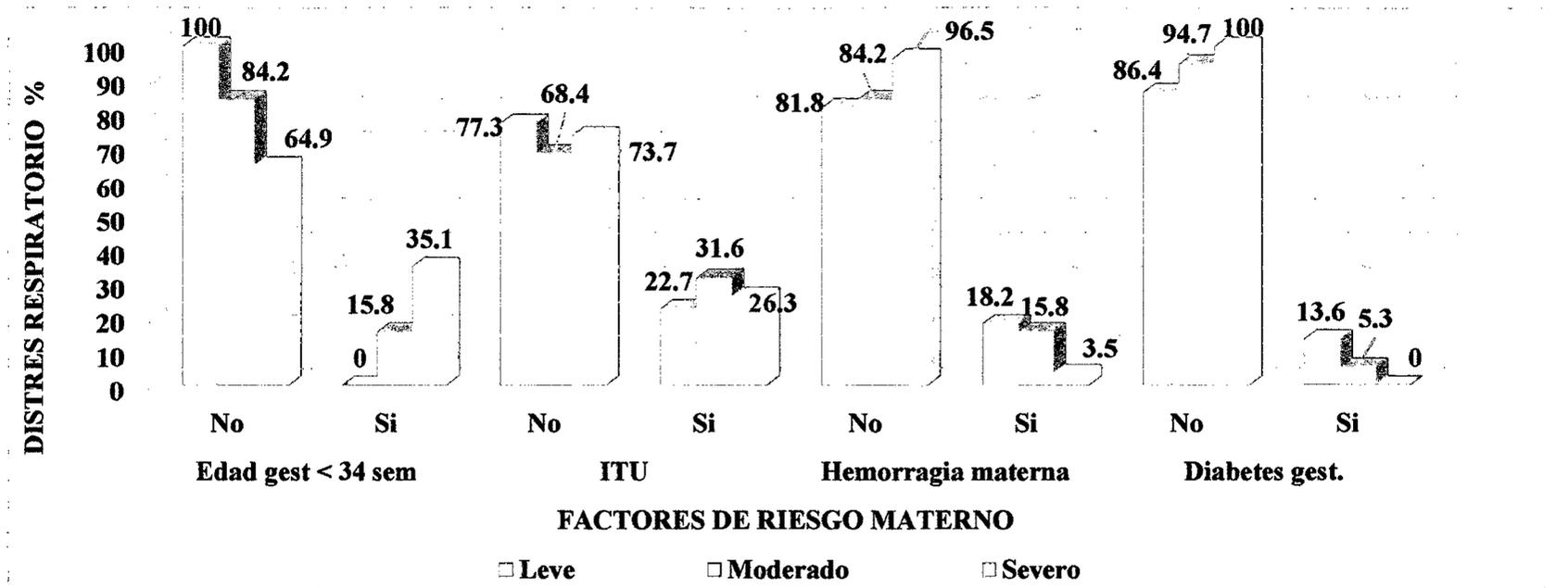
Tabla 01: Factores de riesgo materno asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.

SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO	FACTORES DE RIESGO MATERNOS															
	Edad gestacional < 34 semanas				Infección del tracto urinario				Hemorragia materna				Diabetes gestacional			
	No		Si		No		Si		No		Si		No		Si	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	22	29.3	0	0	17	24	5	19	18	20	4	44.5	19	20	3	75
Moderado	16	21.3	3	13	13	18	6	23	16	18	3	33.3	18	19	1	25
Severo	37	49.4	20	87	42	58	15	58	55	62	2	22.2	57	61	0	0
	75	100	23	100	72	100	26	100	89	100	9	100	94	100	4	100
TOTAL	75	76.5	23	23.5	72	73.5	26	26.5	89	90.8	9	9.2	94	95.9	4	4.1

Fuente: Lista de chequeo de Guapi modificado por la autora, 2015.

Edad gestacional < 34 semanas	: $X^2 = 11.654$; $G1 = 2$; $p = 0.003 < \alpha = 0.05$
Infección del tracto urinario (ITU)	: $X^2 = 0.413$; $G1 = 2$; $p = 0.813 > \alpha = 0.05$
Hemorragia materna	: $X^2 = 5.331$; $G1 = 2$; $p = 0.07 > \alpha = 0.05$
Diabetes Gestacional	: $X^2 = 7.623$; $G1 = 2$; $p = 0.022 < \alpha = 0.05$

Figura 01: Factores de Riesgo materno asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.



Fuente: Tabla 01

Descripción:

En la tabla y figura 01; se observa que del 100% (98) de historias clínicas de los recién nacidos el 23.5% (23) si presentaron edad gestacional menor de 34 semanas y también síndrome de distres respiratorio y el 76.5% (75) no presentaron edad gestacional < de 34 semanas y también presentaron síndrome de distres respiratorio; el 26.5% si presentó ITU y síndrome de distres respiratorio y el 73.5% (72) no presentó ITU y si presentó SDR; el 9.2% si presentó hemorragia materna y también SDR y el 90.8%(89) no presentó hemorragia materna y si presentó SDR; y el 4.1%(4) si presentó diabetes gestacional y presentó SDR y el 95.9% (94) no presentó diabetes gestacional y si presentó SDR.

Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica Ji – cuadrado donde se logra aceptar la hipótesis alterna: Los factores de riesgo maternos como edad gestacional < de 34 semanas, antecedentes de enfermedad de membrana hialina y diabetes mellitus tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos Hospital Regional Virgen de Fátima en el periodo 2014 en sus niveles ($X^2 = 11.654$; Gl = 2; $p = 0.003 < \alpha = 0.05$ ^ $X^2 = 7.623$; Gl = 2; $p = 0.022 < \alpha = 0.05$); sin embargo la infección del tracto urinario y hemorragia materna no se relaciona significativamente con el síndrome de distres respiratorio en sus niveles ($X^2 = 0.413$; Gl = 2; $p = 0.813 > \alpha = 0.05$ ^ $X^2 = 5.331$; Gl = 2; $p = 0.07 \alpha = 0.05$).

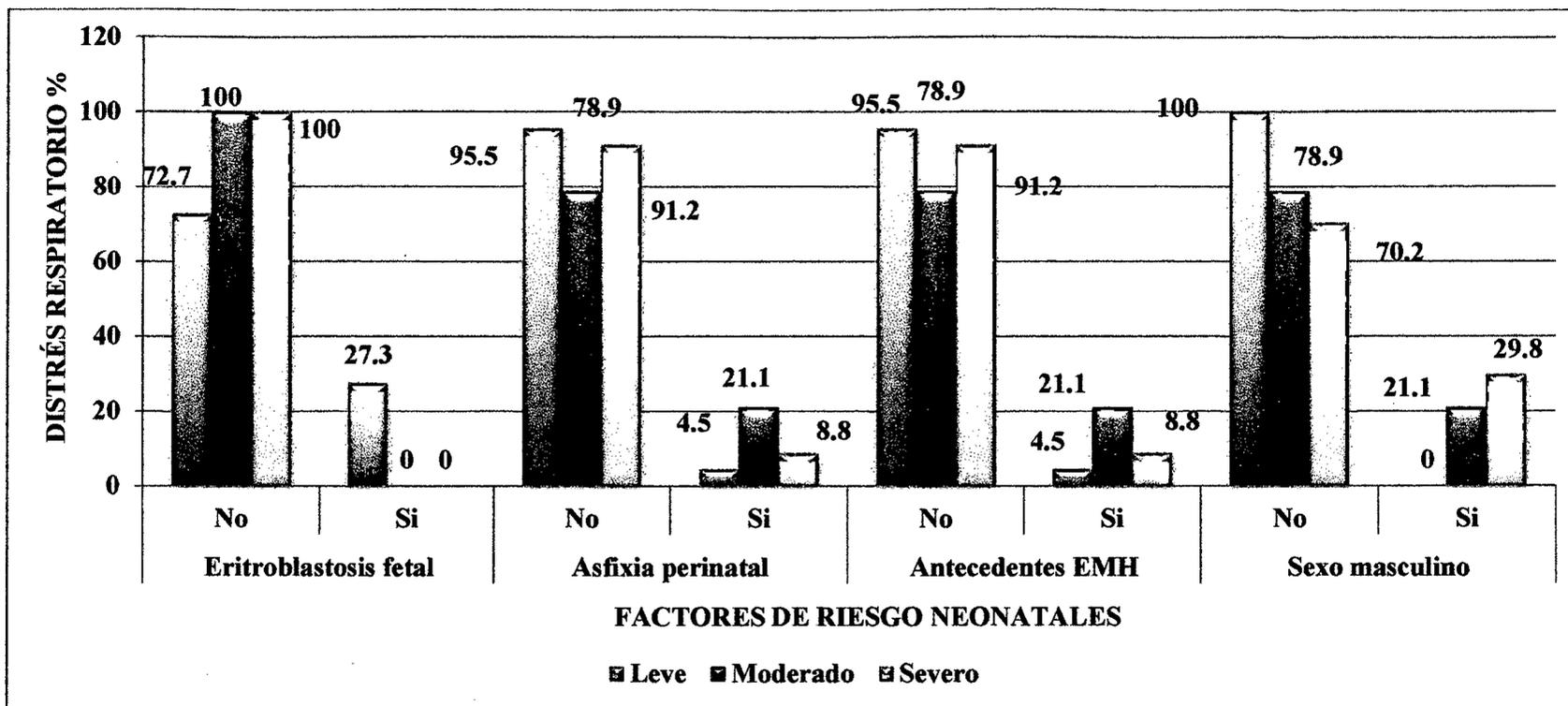
Tabla 02: Factores de riesgo neonatales asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.

SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO	FACTORES DE RIESGO NEONATALES															
	Eritroblastosis fetal				Asfixia perinatal				Antecedentes de membrana hialina				Sexo masculino			
	No		Si		No		Si		No		Si		No		Si	
	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	16	17	6	100	21	24	1	10	20	34	2	5	22	28.5	0	0
Moderado	19	21	0	0	15	17	4	40	13	22	6	15	15	19.5	4	19
Severo	57	62	0	0	52	59	5	50	26	44	31	80	40	52	17	81
	92	100	6	100	88	100	10	100	59	100	39	100	77	100	21	100
TOTAL	92	93.9	6	6.1	88	89.8	10	10.2	59	60.2	39	39.8	77	78.6	21	21.4

Fuente: Lista de chequeo de Guapi modificado por la autora, 2015.

Eritroblastosis fetal : $X^2 = 22.079$; $G1 = 2$; $p = 0.000 < \alpha = 0.05$
 Asfixia perinatal : $X^2 = 3.337$; $G1 = 2$; $p = 0.189 > \alpha = 0.05$
 Enfermedad de membrana Hialina (EMH) : $X^2 = 14.257$; $G1 = 2$; $p = 0.001 < \alpha = 0.05$
 Sexo masculino : $X^2 = 8.388$; $G1 = 2$; $p = 0.015 < \alpha = 0.05$

Figura 02: Factores de riesgo neonatales asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2014.



Fuente: Tabla 02

Descripción:

En la tabla y figura 02, se observa que del 100% (98) de historias clínicas de los recién nacidos el 6.1% (6) si presentaron eritroblastosis fetal y síndrome de distrés respiratorio y el 93.9% (92) no presentación eritroblastosis fetal y también presentaron síndrome de distrés respiratorio; el 10.2% (10) si presentó asfixia perinatal y síndrome de distrés respiratorio y el 89.8% (88) no presentó asfixia perinatal y presentó SDR; el 39.8% (39) tuvieron antecedentes de membrana hialina y presentaron SDR y el 60.2%(59) no presentó antecedentes de membrana hialina y si presentó síndrome de distrés respiratorio; el 21.4% (21) fueron de sexo masculino y presentaron síndrome de distrés respiratorio y el 78.6% (77) no fueron de sexo masculino y si presentó síndrome de distrés respiratorio.

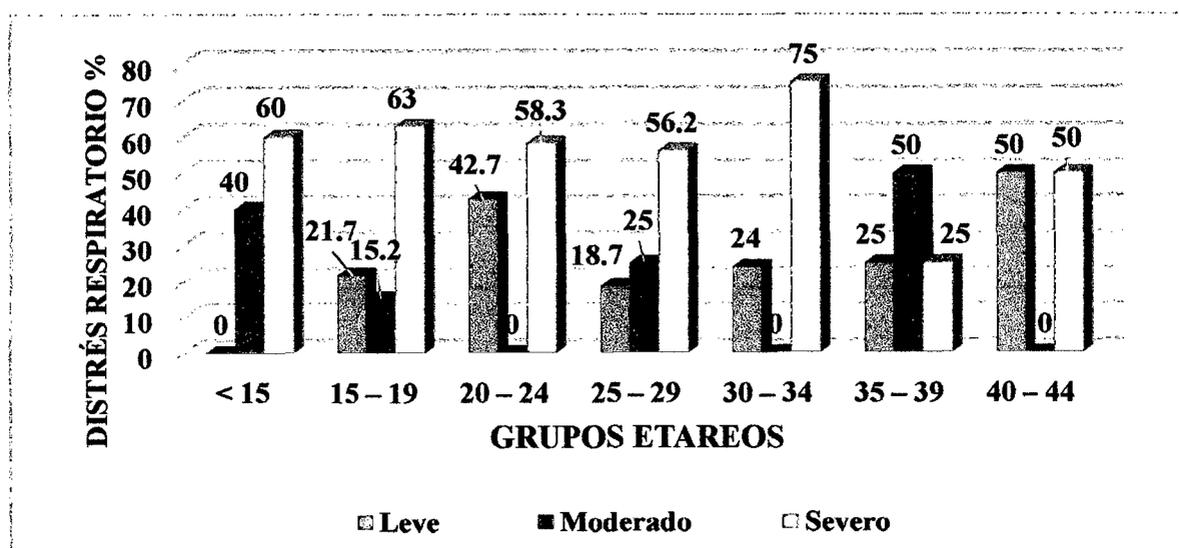
Sin embargo al someter a la estadística no paramétrica Ji – cuadrado, se concluye que los factores de riesgo neonatales como eritroblastosis fetal, antecedentes de enfermedad de membrana hialina, sexo masculino tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos Hospital Regional Virgen de Fátima, en el periodo 2014 en sus niveles ($X^2 = 22.079$; $G1 = 2$; $p = 0.000 < \alpha = 0.05$ ^ $X^2 = 14.257$; $G1 = 2$; $p = 0.001 < \alpha = 0.05$ ^ $X^2 = 8.388$; $G1 = 2$; $p = 0.015 < \alpha = 0.05$); excepto la asfixia perinatal no se relaciona significativamente con el síndrome de distrés respiratorio en sus niveles ($X^2 = 3.337$; $G1 = 2$; $p = 0.189 > \alpha = 0.05$).

Tabla 03: Síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos según grupos etareos de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.

EDAD	SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
< 15	0	0	4	40	6	60	10	100
15 – 19	10	21.7	7	15.2	29	63	46	100
20 – 24	5	42.7	0	0	7	58.3	12	100
25 – 29	3	18.7	4	25	9	56.2	16	100
30 – 34	1	24	0	0	3	75	4	100
35 – 39	2	25	4	50	2	25	8	100
40 – 44	1	50	0	0	1	50	2	100
TOTAL	22	22.4	19	19.4	57	58.1	98	100

Fuente: Lista de chequeo de Guapi modificado por la autora, 2015.
 $X^2 = 0.142$; $G1 = 2$; $p = 0.142 > \alpha = 0.05$

Figura 03: Síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos según grupos etareos de las gestantes, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.



Fuente: Tabla 03

Descripción:

En la tabla y figura 03, se puede observar que indistintamente de la edad de las madres presentaron síndrome de distrés respiratorio en los recién nacidos en sus tres niveles; leve 45.5%, moderado 36.8% y severo 50.9%, siendo predominantemente en las madres que fluctuaban entre 15 – 19 años.

Al someter a la estadística Ji cuadrado se concluye que no existe asociación altamente significativa entre la edad de las madres y el síndrome de distrés respiratorio ($\chi^2 = 17.193$, $p = 0.142 > 0.05$).

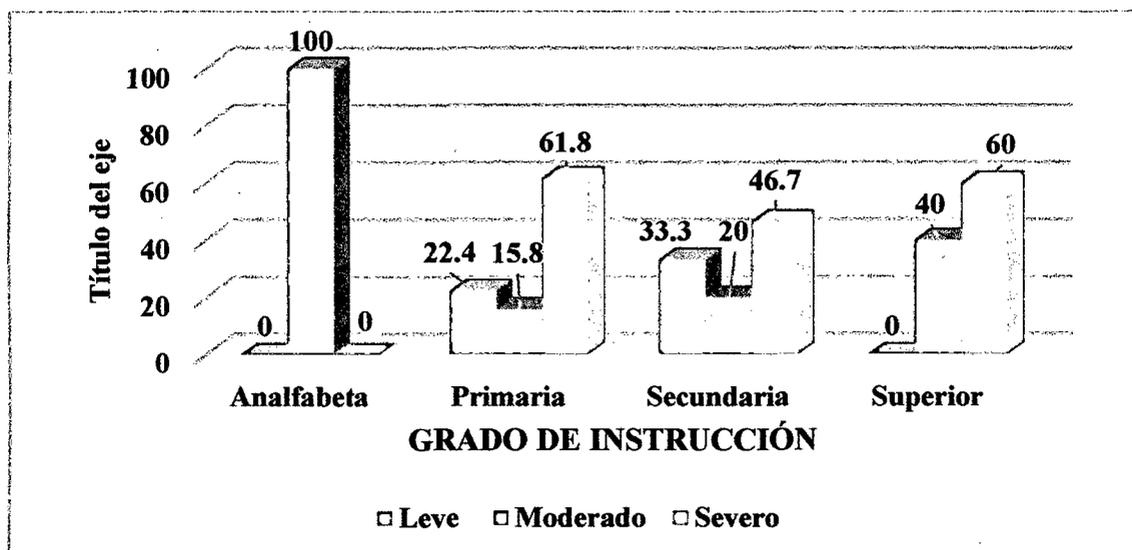
Tabla 04: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos según grado de instrucción de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Analfabeta	0	0	2	100	0	0	2	100
Primaria	17	22.4	12	15.8	47	61.8	76	100
Secundaria	5	33.3	3	20	7	46.7	15	100
Superior	0	0	2	40	3	60	5	100
TOTAL	22	22.4	19	19.4	57	58.2	98	100

Fuente: Lista de chequeo de Guapi modificado por la autora, 2015.

$X^2 = 12.357$; $Gl = 2$; $p = 0.054 > \alpha = 0.05$

Figura 04: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos según grado de instrucción de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.



Fuente: Tabla 04

Descripción:

En la tabla y figura 04, se evidencia que del 100% de historias clínicas de recién nacidos; según el grado de instrucción de las madres si presentaron síndrome de distrés respiratorio en sus tres niveles: el 77.6% (76) fueron madres con instrucción primaria, el 15.3% (15) madres con instrucción secundaria, el 5.1% (5) con grado de instrucción superior y el 2% (2) con grado de instrucción analfabeta.

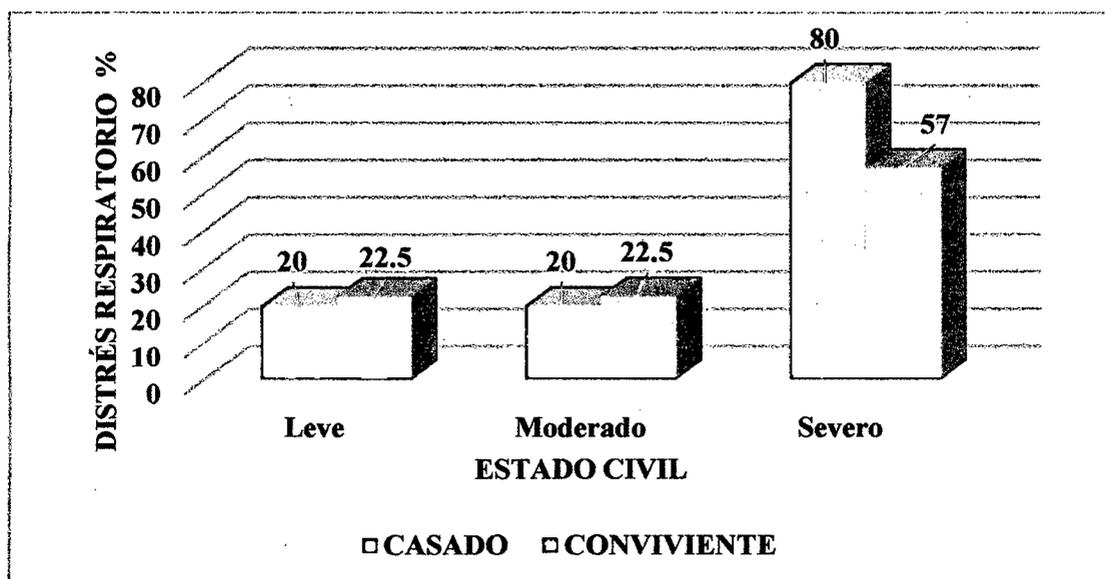
Respecto a los valores obtenidos de la prueba estadística Ji cuadrado se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1). La caracterización del grado de instrucción no tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio ($\chi^2 = 12.357, p = 0.054 > 0.05$).

Tabla 05: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos, según estado civil de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.

ESTADO CIVIL	SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Casada	1	20	0	0	4	80	5	100
Conviviente	21	22.5	19	20.1	53	57	93	100
TOTAL	22	22.4	19	19.4	57	58.2	98	100

Fuente: Lista de chequeo de Guapi modificado por la autora, 2015.
 $X^2 = 1.468$; $G1 = 2$; $p = 0.480 > \alpha = 0.05$

Figura 05: Síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos, según estado civil de las madres, Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.



Fuente: Tabla 05

Descripción:

En la tabla y figura 05 se observa que del 100% de las historias clínicas de los recién nacidos tuvieron SDR indistintamente del estado civil de sus madres; siendo predominante el 93% de las madres en estado civil conviviente y el 5% fueron madres en estado civil casadas.

Respecto a los valores obtenidos de la prueba estadística Ji cuadrado se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1). La caracterización del grado de instrucción de las madres no tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio $X^2 = 1.468$, $p = 0.480 > 0.05$.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y figura 01 se observa que del 100% (98) de historias clínicas de los recién nacidos el 23.5% (23) si presentaron edad gestacional menor de 34 semanas y también síndrome de distres respiratorio y el 76.5% (75) no presentaron edad gestacional < de 34 semanas y también presentaron síndrome de distres respiratorio; el 26.5% si presentó ITU y síndrome de distres respiratorio y el 73.5% (72) no presentó ITU y si presentó SDR; el 9.2% si presentó hemorragia materna y también SDR y el 90.8%(89) no presentó hemorragia materna y si presentó SDR; y el 4.1%(4) si presentó diabetes gestacional y presentó SDR y el 95.9% (94) no presentó diabetes gestacional y si presentó SDR.

Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica Ji – cuadrado donde se logra aceptar la hipótesis alterna: Los factores de riesgo maternos como edad gestacional < de 34 semanas, antecedentes de enfermedad de membrana hialina y diabetes mellitus tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos Hospital Regional Virgen de Fátima en el periodo 2014 en sus niveles ($X^2 = 11.654$; $G1 = 2$; $p = 0.003 < \alpha = 0.05$ ^ $X^2 = 7.623$; $G1 = 2$; $p = 0.022 < \alpha = 0.05$); sin embargo la infección del tracto urinario y hemorragia materna no se relaciona significativamente con el síndrome de distres respiratorio en sus niveles ($X^2 = 0.413$; $G1 = 2$; $p = 0.813 > \alpha = 0.05$ ^ $X^2 = 5.331$; $G1 = 2$; $p = 0.07$ $\alpha = 0.05$).

Valdez (2007), afirmó que los recién nacidos del síndrome de distrés respiratorio el 69.8% (81) fueron de sexo masculino, el 44.8% (52) fueron menor de 36 semanas de edad gestacional.

Asimismo, Castellanos M. (2008), concluyó que del 100% (164) de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio el 55% (90) fueron de embarazos < de 32 semanas de edad gestacional, seguido de un 42% (69) de 33 y 40 semanas de edad gestacional y un 3% (5) mayores de 40 semanas.

Bailón M. (2013), obtuvo que del 100% (118) de recién nacidos síndrome de distrés respiratorio el 66% (38) fueron menor de 34 semanas de edad gestacional. Según Guapi V. (2008), del 100% (74) de los recién nacidos que presentaron síndrome de distrés respiratorio, el 29.7% (22) fueron menores de 34 semanas de edad

distrés respiratorio, el 29.7% (22) fueron menores de 34 semanas de edad gestacional. En su estudio realizado por Araujo C. (2010), el 39.68% (98) fueron madres con casos de infección del tracto urinario y el 60.32% (149) fueron casos que no presentaron infección del tracto urinario y no presentaron síndrome de distrés respiratorio.

Asimismo en comparación con lo reportado Castellanos, D. (2008), 100% (164) de los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio, el 57% (93) no presentaron ITU, el 10% (16) fueron madres que presentaron diabetes y el 90% (148) fueron madres que no presentaron diabetes, el 89.8% no tuvieron asfixia perinatal y el 10.2% si tuvieron asfixia perinatal.

Contrastando los resultados de la presente investigación con los antecedentes de Araujo y Castellanos son similares ya que los factores de riesgo maternos como: la edad gestacional < de 34 semanas y diabetes gestacional son los factores de riesgo del distrés respiratorio de los recién nacidos, a pesar de que los estudios se realizaron en diferentes poblaciones. El síndrome de distrés respiratorio constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales indicadores de morbi – mortalidad neonatal. Durante la vida intrauterina los alveolos pulmonares distendidos se encuentran llenos de un trasudado producido por los capilares pulmonares. Al momento del nacimiento el pulmón del recién nacido (RN) sufre una serie de adaptaciones trascendentales que modifican la circulación fetal. Cualquier alteración en estos mecanismos de adaptación, provoca alteración pulmonar y la aparición de un síndrome de dificultad respiratoria. Los neonatos en riesgo padecen con más frecuencia de afecciones respiratorias, este hecho es producido por estímulos químicos liberados durante el parto que suspenden la producción de sustancias encargadas de la eliminación y reabsorción del líquido en los pulmones lo que trae consigo una dificultad en la inhalación de oxígeno desencadenándose un SDR que pelagra la vida del neonato.

Por otro lado la diabetes gestacional es más frecuente en los hijos de madres diabéticas insulino dependientes, debido a la acción competitiva entre la insulina endógena del feto y los corticoides a nivel de las células del epitelio alveolar o por la escasa disponibilidad en el pulmón de adecuados depósitos de glucógeno, que es un elemento muy necesario como sustrato en la formación de surfactante (Rodrigo, 2002).

La diabetes gestacional es considerada como la intolerancia a la glucosa con inicio durante el embarazo (usualmente entre la 24 y 30 semanas de gestación; la diabetes gestacional se desarrolla por la elevación de la solmatomamotropina placentaria (lactógeno placentario humano) que incrementa la resistencia a la insulina. Asociada con incremento de complicaciones perinatales. Se sabe que la hiperglicemia y la hiperinsulinemia están relacionadas con el retraso en la maduración pulmonar, como resultado del bloqueo por la insulina de la acción del cortisol sobre el factor fibroblasto/neumocito, se aprecia el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), con una frecuencia 6 veces mayor que en los hijos de mujeres no los tienen y se produce en un 65% de los recién nacidos. (Castro y Cols. 2006).

Comparando los resultados de los antecedentes de estudio con los resultados de la presente investigación existe una similitud en la frecuencia de casos porque el 75% de los recién nacidos de madres diabéticas presentaron síndrome de distres respiratorio leve y un 25% moderado; indicando a la vez que existe una relación estadísticamente significativa. Entonces la diabetes mellitus (DM) es la complicación médica más frecuente del embarazo. La diabetes gestacional altera diversos sistemas en el feto como como son la inmadurez pulmonar ocasionando problemas de síndrome de distrés respiratorio.

Bianchi (2012), la infección del tracto urinario, es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo y su incidencia fluctúa entre 3 y 12%, según distintas series comunicadas. Así mismo, en una investigación de la universidad de Zulia relacionado con factores de riesgo materno de sepsis neonatal, concluyo que el factor de riesgo más frecuente fue la infección urinaria con un 27.3%, seguido de vaginosis y luego ruptura prematura de membrana con un 12.7% (Delgado, E. 2004).

Sin embargo los resultados de la presente investigación tienen cierta discrepancia con la literatura revisada en que los factores maternos como la infección del tracto urinario materno y la hemorragia materna no son considerados como factores de riesgo del distrés respiratorio. La hemorragia materna provoca un parto prematuro, debido a la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido, ocasionando el trabajo por la mala distribución de sangre y por ende de oxígeno a la placenta, y este

es el que provoca la dificultad respiratoria del feto y al nacer estos neonatos presentan el síndrome de distrés respiratorio.

Con estos resultados se indica que el distrés respiratorio a pesar de presentarse en recién nacidos de madres con ITU, no necesariamente es un factor de riesgo que guarda relación causal con el distrés respiratorio ya que ambas variables son independientes entre sí. Finalmente debemos indicar que las infecciones del tracto urinario de las madres durante el embarazo son consideradas como la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario y se considera un factor de riesgo si se presentara en los últimos 15 días del embarazo. Como se reporta en la literatura las ITU son causadas por gérmenes gram negativos. Este mismo hecho de las mujeres embarazadas con infección de vías urinarias permite a que los recién nacidos presenten el síndrome de distrés respiratorio muy independientemente sean nacidos o no de madres con ITU.

En la tabla y figura 02, se observa que del 100% (98) de historias clínicas de los recién nacidos el 6.1% (6) si presentaron eritroblastosis fetal y síndrome de distrés respiratorio y el 93.9% (92) no presentaron eritroblastosis fetal y si presentó SDR; el 10.2% (10) si presentaron asfixia perinatal y síndrome de distrés respiratorio y el 89.8% (88) no presentaron asfixia perinatal y presentó SDR; el 39.8% (39) tuvieron antecedentes de membrana hialina y presentaron síndrome de distres respiratorio y el 60.2%(59) no presentó antecedentes de membrana hialina y si presentó síndrome de distres respiratorio; el 21.4% (21) fueron de sexo masculino y presentaron síndrome de distrés respiratorio y el 78.6% (77) no fueron de sexo masculino y si presentó síndrome de distrés respiratorio;

Sin embargo al someter a la estadística no paramétrica Ji – cuadrado, se concluye que los factores de riesgo neonatales como eritroblastosis fetal, sexo masculino tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos Hospital Regional Virgen de Fátima, en el periodo 2014 en sus niveles ($X^2 = 22.079$; $G1 = 2$; $p = 0.000 < \alpha = 0.05$ ^ $X^2 = 14.257$; $G1 = 2$; $p = 0.001 < \alpha = 0.05$ ^

$X^2 = 8.388$; $G1 = 2$; $p = 0.015 < \alpha = 0.05$); excepto la asfixia perinatal no se relaciona significativamente con el síndrome de distrés respiratorio en sus niveles ($X^2 = 3.337$; $G1 = 2$; $p = 0.189 > \alpha = 0.05$).

En su estudio Salmorral (2007), define que la Eritroblastosis es causada por una transmisión transplacentaria de anticuerpos específicos de la madre contra la membrana eritrocitaria fetal, generalmente secundaria a una incompatibilidad entre el grupo sanguíneo de la madre y el del feto.

Comparando con los resultados de los antecedentes de estudio se puede observar que los resultados de la presente investigación son similares, ya que la Eritroblastosis fetal es una enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN) debido a la incompatibilidad sanguínea de madre a hijo, esto hace que sus signos y síntomas se presenten en formas graves dando como respuesta al síndrome de distrés respiratorio. La eritroblastosis fetal es un factor de riesgo predisponente del síndrome de distrés respiratorio leve de los recién nacidos. De la misma forma se indica que los recién nacidos que no presentaron eritroblastosis fetal también tuvieron síndrome de distrés respiratorio en sus tres niveles predominantemente de severo a moderado y leve.

Por otro lado la Eritroblastosis fetal o Enfermedad hemolítica del Recién Nacido se trata de una anemia hemolítica del feto o del recién nacido, causada por transmisión transplacentaria de anticuerpos específicos de la madre contra la membrana eritrocitaria fetal generalmente secundaria a una incompatibilidad entre el grupo sanguíneo de la madre y el del feto.

De la misma forma se puede resaltar que los recién nacidos con antecedentes de eritroblastosis fetal presentan los músculos de la respiración muy pocos desarrollados, las capacidades de reserva pulmonar y energética se hallan disminuidas ante las demandas elevadas de esos pacientes, por tanto se fatigan y la insuficiencia respiratoria se hace más prolongada. Sumándole a este planteamiento, que en el recién nacido el centro respiratorio tiene una respuesta aumentada a los impulsos inhibitorios y un umbral más alto de respuesta al anhídrido carbónico (CO_2), esto los hace particularmente susceptibles a la insuficiencia respiratoria y a presentar apneas. Por otro lado, la caja torácica es fundamental para una buena ventilación pulmonar. Una pared costal necesita de una buena estructura adecuada para brindar un buen soporte a

los músculos de la respiración. No podemos dejar de lado la enfermedad de membrana hialina y sexo masculino que se asocian significativamente con el síndrome de distrés respiratorio

Mientras que Valdez (2007), afirmó que el 69.8% fueron de sexo masculino, el 44.8% fueron menor de 36 semanas de edad gestacional, el 5.2% presentaron EMH. Asimismo, Castellanos M. (2008), concluyó que del 100% de los neonatos con síndrome de distrés respiratorio el 52% fueron de sexo masculino y el 48% de sexo femenino.

Queda demostrado que el sexo tiene una relación muy marcada con el síndrome de distrés respiratorio, debido a que los varones poseen hormonas andrógenos que hace que disminuya la producción de surfactante y haya retraso en la maduración del pulmón. Por otro lado Ubeda M. (2012), indica que los factores de riesgo son las características identificables que su resultado puede ser favorable o desfavorable, por lo que tanto se evidencia que el presente estudio tiene asociación altamente significativa con el síndrome de distrés. Las afecciones respiratorias en el sexo masculino son uno de los padecimientos más graves y está íntimamente relacionada con problemas del desarrollo pulmonar y los trastornos de la adaptación respiratoria tras el nacimiento; y son sin duda la causa de mortalidad que más aporta a las UCEN.

En cuanto a la asfixia perinatal Torres (2011), indica que es la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa, que en muchos de los casos es irreversible y tienen efectos alarmantes en la vida del neonato.

Así mismo se afirma que la asfixia perinatal (APN) es la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa. Aspectos que si presentaron los recién nacidos en estudio. Entonces se afirma que el síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos se presenta muy independientemente de la asfixia perinatal.

Para Valdez (2007), afirmó que los recién nacidos del síndrome de distrés respiratorio el 5.2% (6) presentaron EMH y el 69.8% (81) fueron de sexo masculino, según Guapi V. (2008), del 100% (74) de los recién nacidos que presentaron síndrome de distrés respiratorio el 55% (41) fueron de sexo masculino.

Bailón M. (2013), obtuvo que del 100% (118) de recién nacidos síndrome de distrés respiratorio el, el 3% (3) de enfermedad de membrana hialina, y del sexo masculino con un 33% (24).

Así mismo comparando con los antecedentes de estudio se puede observar que los resultados en su mayoría son similares, el síndrome de distrés respiratorio se presentó predominantemente en los recién nacidos con la EMH en un 39.8% el mismo que indica que los recién nacidos inmaduros sumados a la fisiología de estos presentarían el síndrome de distrés respiratorio; por lo tanto, la primera medida preventiva sería prolongar la edad gestacional ante una amenaza del parto prematuro y minimizar la ocurrencia de los factores de riesgo como la edad gestacional y antecedentes de la enfermedad de membrana hialina.. Así mismo la edad de la madre cobra importancia para la discusión por que esta es también considerada como un factor de riesgo.

Tabla y figura 03, se puede observar que indistintamente de la edad de las madres presentaron síndrome de distrés respiratorio en los recién nacidos en sus tres niveles; leve 45.5%, moderado 36.8% y severo 50.9%, siendo predominantemente en las madres que fluctuaban entre 15 – 19 años.

Al someter a la estadística Ji cuadrado se concluye que no existe asociación altamente significativa entre la edad de las madres y el síndrome de distrés respiratorio ($\chi^2 = 17.193$, $p = 0.142 > 0.05$).

Castellanos, D (2008), reveló que del 100% (164) de las historias clínicas de los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio, el 0.3% (5) fueron menores de 15 años de edad, el 28% (46) fueron entre 16 y 20 años de edad, el 21% (34) fueron entre 21 y 25 años de edad, el 19% (32) fueron entre 26 y 30 años de edad, el 13% (21) fueron de 31 y 35 años de edad, el 10% (16) fueron de 36 y 40 años de edad y el 6% (10) fueron mayores de 40 años de edad.

Según Ramírez, C. (2012), varios estudios demuestran la relación entre la edad materna y mayores riesgos de enfermedad en el embarazo y en el neonato. Entre las principales morbilidades asociadas, se incluye: prematuridad, bajo peso al nacer, parto por cesárea, depresión neonatal a los 5 minutos (Apgar a los 5 minutos) y en menor proporción a sepsis neonatal, distres respiratorio y enfermedad de membrana hialina.

Finalmente se puede afirmar que la edad de las gestantes no tiene ninguna asociación al síndrome de distrés respiratorio porque en cualquiera de los grupos etareos de la madre se presenta el distrés respiratorio ya sea leve, moderado ó severo, por este motivo ambas variables son muy independientes entre sí, pero la edad donde se presenta en mayor proporción el síndrome de distrés respiratorio es de 15 y 20 años, asimismo en los estudios de Castellanos y Araujo se muestra que los grupos etareos más afectados son los de 16 y 19 años, 20 y 30 años respectivamente. No se puede dejar de lado al grado de instrucción de la madre, porque el distres respiratorio neonatal se presenta muy independientemente a los grupos etareos.

Tabla y figura 04; En la tabla y figura 04, se evidencia que del 100% de historias clínicas de recién nacidos; según el grado de instrucción de las madres si presentaron síndrome de distrés respiratorio en sus tres niveles: el 77.6% (76) fueron madres con instrucción primaria, el 15.3% (15) madres con instrucción secundaria, el 5.1% (5) con grado de instrucción superior y el 2% (2) con grado de instrucción analfabeta.

Respecto a los valores obtenidos de la prueba estadística Ji cuadrado se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1). La caracterización del grado de instrucción no tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio ($X^2 = 12.357, p = 0.054 > 0.05$).

Para Bailón M. (2012), afirmó que del 100% (118) de las madres de los recién nacidos; 14 y 20 años de edad, el 33% (1) fueron analfabetas, el 29% (16) tienen primaria, el 48% (23) tienen secundaria y el 55% (6) tienen superior; de 21 y 27 años de edad, el 67% (2) fueron analfabetas, el 63% (35) tienen primaria, el 46% (22) tienen secundaria y el 18% (2) tienen superior; de 28 y 34 años de edad, el 0% fueron analfabetas, el 7% (4) tienen primaria, el 4% (2) tienen secundaria y el 9% (1) tienen superior y mayor de 35 años de edad, el 0% fueron analfabetas, el 1% (1) tienen primaria, el 1% (1) tienen secundaria y el 18% (2) tienen superior.

Según Guapi (2008), concluyó que del 100% (74) de las historias clínicas de los neonatos que fueron atendidos con distrés respiratorio; con respecto a grado de instrucción de las madres, el 4.5% fueron madres analfabetas, el 48.65% fueron de madres con estudios primarios, el 43.24% fueron con estudio secundario, y el 4.05 fueron madres de nivel superior

Comparando con los antecedentes de estudio los resultados de la presente investigación es diferente ya que en el estudio realizado, el distrés respiratorio severo de los neonatos nacidos es más predominante en los recién nacidos de madres de nivel superior y primaria, mientras que el distrés respiratorio de nivel moderado es más predominante en neonatos nacidos de madres analfabetas y de nivel superior.

Finalmente se puede afirmar que a mayor grado de escolaridad es más predominante el síndrome de distrés respiratorio severo y moderado, la discrepancia se puede atribuir a la diferencia de la muestra, aunque la literatura no lo considera como factor determinante por lo que se indica que no necesariamente el grado de instrucción tenga probabilidad de que se presente el síndrome de distrés respiratorio en RN. Así como el grado de escolaridad de la madre, el estado civil no implica que los recién nacidos tengan o no el síndrome de distrés respiratorio.

En la tabla y figura 05, En la tabla y figura 05 se observa que del 100% de las historias clínicas de los recién nacidos tuvieron SDR indistintamente del estado civil de sus madres; siendo predominante el 93% de las madres en estado civil conviviente y el 5% fueron madres en estado civil casadas.

Respecto a los valores obtenidos de la prueba estadística Ji cuadrado se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1). La caracterización del grado de instrucción de las madres no tienen asociación altamente significativa con el síndrome de distrés respiratorio $X^2_C = 1.468$, $p = 0.480 > 0.05$.

Según Castellanos M. (2008), afirma que del 100% (164) de las madres de los neonatos nacidos con síndrome de distrés respiratorio el 34% (56) si convivían con su pareja, mientras que un 17% (27) no convivían con ellas; asimismo en un 49% (81) no se registra el estado civil de las madres.

Al comparar con los antecedentes de estudio también es diferente, ya que en el presente estudio el síndrome de distrés respiratorio severo es más predominante en los recién nacidos de madres de estado civil casadas. Mientras que en el recién nacidos de madres convivientes el síndrome de distrés respiratorio se presenta en sus tres niveles siendo más predominante el distrés respiratorio severo, leve y moderado. Finalmente se puede concluir que el estado civil es independientemente al síndrome de distrés respiratorio de los recién nacidos, por lo tanto no necesariamente el estado civil tiene asociación al síndrome de distrés respiratorio, además la literatura no lo considera como factor de riesgo.

VII. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo maternos como: edad gestacional < de 34 semanas, antecedentes de EMH, hemorragia materna y diabetes gestacional tienen asociación altamente significativa con el SDR del neonato a excepción de la ITU de la madre y hemorragia materna no tiene relación significativamente con el SDR del neonato.
2. Los neonatos que nacieron de madres con diabetes gestacional, presentaron un síndrome de distrés respiratorio leve predominantemente seguida del moderado en menor proporción.
3. En función a los factores de riesgo neonatales. El total de los recién nacidos que sí presentaron eritroblastosis presentó síndrome de distrés respiratorio.
4. Los recién nacidos de sexo masculino presentaron síndrome de distrés respiratorio severo predominantemente seguida del moderado.
5. Del total de recién nacidos con asfixia perinatal, presentaron síndrome de distrés respiratorio severo prioritariamente, seguida del moderado y leve en menor porcentaje.
6. La eritroblastosis fetal ($X^2 = 22.079$; $G1 = 2$; $p = 0.000 < \alpha = 0.05$); el tener sexo masculino ($X^2 = 8.388$; $G1 = 2$; $p = 0.015 < \alpha = 0.05$) *son factores de riesgo neonatales que tiene asociación altamente significativa con el SDR del distrés respiratorio de los recién nacidos del Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014.*
7. La asfixia perinatal ($X^2 = 3.337$; $G1 = 2$; $p = 0.189 > \alpha = 0.05$) *no es un factor de riesgo neonatal del distrés respiratorio de los recién nacidos en estudio.*
8. El síndrome de distrés respiratorio severo se presentó con mayor predominancia en madres de recién nacidos de 30 a 34 años, seguida de los menores de 19 años. Así mismo el síndrome de distrés respiratorio moderado fue más predominante en recién nacidos de madres de 35 a 39 años y menores de 15 años. Mientras que el síndrome de distrés respiratorio leve fue más predominante en recién nacidos de madres de 40 a 44 años seguida de los de 20 a 24 años.

9. En función al grado de instrucción de las madres, el síndrome de distrés respiratorio severo se presentó con mayor predominancia madres de los recién nacidos con educación primaria seguida de madres con educación superior y secundaria. Así mismo el síndrome de distrés respiratorio moderado fue más predominante en recién nacidos de madres analfabetas, seguida de madres de nivel superior y secundario. Mientras que el síndrome de distrés respiratorio leve fue más predominante en recién nacidos de madres de nivel secundario y primario.

10. En función al estado civil de las madres, el síndrome de distrés respiratorio severo se presentó con mayor frecuencia en madres casadas de los recién nacidos en los niveles severo y moderado consecutivamente 80% y 20%. Así mismo el síndrome de distrés respiratorio moderado y leve fue más predominante en recién nacidos de madres de estado civil conviviente.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Hospital Regional “Virgen de Fátima” Chachapoyas

1. Incentivar a la especialización de los profesionales de enfermería en los cuidados especializados a los neonatos de alto riesgo, con la finalidad de reconocer la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos, a la vez se debe sistematizar la capacitación del personal de las unidades de cuidados de enfermedad neonatales (UCEN) para lograr una atención óptima en los RN con síndrome de distrés respiratorio (SDR) y estandarizar las acciones de enfermería, donde se registre un protocolo oficial (Manual para enfermería), sobre los cuidados que se deben aplicar a los RN con SDR y que sirva de consulta tanto para pregrado, posgrado como para los enfermeros asistenciales.
2. Elaborar un plan de estrategia para el personal de salud (desarrollando conocimientos y habilidades), tanto en el ámbito primario y secundario basado en el enfoque de riesgo.
3. Desarrollar actividades, proponer estrategias de promoción y prevención en beneficio de la salud para la mejora materno-infantil, de manera sistemática para la calidad de atención y reducir la morbi-mortalidad infantil.
4. Elaborar estrategias para un mejor registro y ordenamiento de las historias clínicas del área materno – infantil.
5. Mejorar la dotación de equipos de la Unidad de Neonatología para la intervención de los recién nacidos y así disminuir complicaciones.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNTRM

1. Cuestionar la supervisión de las prácticas pre- profesionales de las experiencias de formación disciplinaria básicamente en enfermería en salud del niño y adolescente II para identificación de los factores de riesgo maternos y neonatales asociado a las enfermedades del neonato y de esta manera proponer intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno y de esta manera reducir indicadores de morbi – mortalidad materno – perinatal.

A los Estudiantes de Enfermería

1. Realizar estudios de investigación sobre factores de riesgo que se asocien a síndrome de distrés respiratorio u otros donde la información se recolecte directamente.
2. Realizar constantes visitas domiciliarias y en ellas brindar sesiones educativas sobre la prevención de los factores de riesgo del síndrome de distrés respiratorio.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

Canales, F. y Alvarado, E. (1994), *Metodología de la investigación científica: Manual para el desarrollo de personal de salud*, editorial: LIMUSA, México.

Guillermo, T. (2005), *Medicina Intensiva*, 3° edición, editorial: Mediterráneo Ltda., Chile.

Hernández, R y Fernández C. (2001). *Metodología de la investigación*. Editorial: Mc. Graw. Hill Interamericana. México.

Meneghelo J., etal, (2012). *Pediatría*. Editorial: Médica panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina.

Marriner A. y Raile M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Editorial: Mosby. Barcelona – España.

Supo, J. (2012). Perú. *Seminarios de investigación científica*. Editorial: Bioestadística EIRL.

Valls, V. (2007), *Síndrome de distrés respiratorio idiopático*. Editorial: Mediterráneo. Madrid.

Tesis

Araujo, A. (2010), *Estimación del grado de Asociación de los Factores de Riesgo en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006-2010*”, Tacna, tesis bach. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

Bailón, M. (2013). *Distrés respiratorio pronóstico de vida de recién nacidos en subproceso de neonatología del Hospital Regional Docente Verdi Cevallos Balda Portoviejo Noviembre 2012- abril 2013*, Ecuador, Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Enfermería.

Castellanos, D. (2008). *Caracterización de los Factores de Riesgo y Condiciones Clínicas de los Neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio UCIN. Maternidad Concepción palacios enero 2007 a marzo 2008*", Venezuela, Tesis // Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

Guapi, V. (2008). *Síndrome de Distrés Respiratorio, atendidos en el Hospital José María Belasco Ibarra*, Ecuador, tesis de Grado, Facultad de Salud Pública.

Morales, J. (2003). *Estándares mínimos en el transporte neonatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao durante el periodo enero a diciembre del 2001*, Lima, Tesis // Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos.

Revista

Ibarra L. (2008). *Tratado de enfermería pediátrica*, México, revista *Med*.

Castro y Cols (2006), *Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido*, Cuba, *scielo Rev Med*.

Ramírez C, etal, (2012), *Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbimortalidad neonatal*. *Rev Chil Obstet Gineco*.

RUZA M. (2003). *Guía de tratados de Cuidados Intensivos Pediátricos*, Rev. 45, Cuba.

Gonzales, C. y Omaña, M. (2006). *Protocolos de neonatología*. BOL PEDIATRICA46 (SUPL. 1).

Gomez M. (2012). *Clasificación de niños en recién nacido*, Mexico, revista de pediatría V. 79 enero-febrero 2012.

Ministerio de Salud (2011). *Guía clínica AUGÉ. Síndrome de distrés respiratorio*.

Torres, J. y rojas, C. *Asfixia perinatal*. *Rev. CCAP* 2011; vol. 9: 3

SITIOS WEB

Adam. (2013). *Síndrome de dificultad respiratoria aguda*. Recuperado de:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000103.htm>.

Auchter, M. (2006). *Recién nacido normal*. Recuperado de:
<http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/materno/diapos/005.pdf>

Bianchi, M. Y Col. (2012). *Infección del Tracto urinario*. Recuperado de:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/itu.html>
l. Acceso el 24 de mayo del 2013.

Castro, F. Labarrene, Y. González, G. Y Barrios. (2006). Cuba. *Factores de riesgos del síndrome de dificultad respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido*. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864.

Centers for disease. (2014) *Diabetes gestacional*. Recuperado de:
http://www.cdc.gov/ncbddd/orders/pdfs/Diabetes%20and%20Pregnancy_spatial.pdf.

Cisneros, F. (2002). Colombia. *Introducción a los modelos y teorías de* Recuperado de: [http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/Introduccion a las teorías y modelos de enfermería.pdf](http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/Introduccion%20a%20las%20teorias%20y%20modelos%20de%20enfermeria.pdf).

Delgado, E. (2004). Venezuela. *Protocolo Caracterización clínica en sepsis neonatal*. Tesis de postgrado. Universidad de Zulia.

Dirección Regional de Salud Amazonas (2008). *Plan Concertado de Salud Amazonas 2008-2021*. Recuperado de:
http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/PlanesRegionales/PRC_Amazonas.

Gonzales, C. (2006). *Síndrome de Distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina*. Recuperado de: [http://www.Sccalp.org/boletín/sup11/BolPediadtr2006 46 sup11](http://www.Sccalp.org/boletín/sup11/BolPediadtr2006%2046%20sup11)

Mena, A. (2012). Cuba. *Comportamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio*
Recuperado de:
http://www.convención_salud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/650/298.

Organización Mundial de Salud nacimientos prematuros (2012). Recuperado de:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es. Acceso el 28 de septiembre del 2012.

Organización Mundial de Salud (2015). *Factores de riesgo*. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

UNICEF. (2010) Informe Anual. Recuperado de:
http://www.unicef.org/devpro/files/UNICEF_Annual_Report_2010_SP_061711.pdf.

Salmoral, E. Antonovic, A. Reyes, O. Y Reguera, E. (2010) *Eritroblastosis Fetal*.
Recuperado de: http://med.unne.edu.ar/revista/revista172/5_172.pdf.

Úbeda Miranda JA. *Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal*: Hospital Bertha Calderón Roque. [Tesis de Post-grado Gineco-obstetricia] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma. De Nicaragua; 2003.
Recuperado de:
http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia.

ANEXOS

ANEXO N° 1

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS

APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis		

SUGERENCIAS

.....

Fecha:...../...../.....

Nombre y firma del Experto

ANEXO N° 02.

MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES CONSULTADOS SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS) MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES DE LOS CONSULTADOS.

ITEM	EXPERTO					TOTAL
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

EXPERTOS

- ❖ Lic. Enf. Chozo Cornejo Clarita (Jefa de Enfermeras del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas).
- ❖ Lic. Enf. Díaz Zavala Erika (Enfermera del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas).
- ❖ Lic. Enf. Marquina Paz Celinda del Pilar (Enfermera del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas)
- ❖ Lic. Enf. Ocampo Jara Meri Luz (Enfermera del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas).
- ❖ Lic. Enf. Ramos Zuta Medali (Enfermera del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas).

ANEXO N° 03

DECISIÓN ESTADÍSTICA

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100	0	0		

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

Interpretación: El valor obtenido en la decisión estadística es de “8.88” el cual es el mayor al valor teórico VT: 1.64 DE LA Prueba Binomial por lo tanto **EI INSTRUMENTO ES ADECUADO.**

ANEXO N° 04

PROCESO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN **LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO MATERNO NEONATAL**

Según la fórmula de split halves se obtuvo un resultado de 10.63 y al realizar la fórmula spearman browman (alta confiabilidad), se obtuvo un resultado de 0.55 el INSTRUMENTO CONFIABLE.

**MATRIZ DE RESPUESTAS DL PROCESO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN-
LISTA DE CHEQUEO**

Muestra: Chachapoyas

	PO1	PO2	PO3	PO4	I	P	IP	I ²	P ²	I+P	T ²
C01	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
C02	0	1	1	1	1	2	2	1	4	3	9
C03	0	1	1	1	1	2	2	1	4	3	9
C04	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
C05	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
C06	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1
C07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σ	0	5	3	2	3	7	4	3	11	10	22

ANEXO N° 06



UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



LISTA DE CHEQUEO SOBRE FACTORES DE RIESGO: MATERNOS Y
NEONATALES EN EL RECIEN NACIDO

INTRODUCCIÓN:

El presente es una lista de chequeo de las anotaciones médicas y de enfermería durante sus actividades laborales, cuyo objetivo es de servir de guía para la recolección de datos sobre el síndrome de distrés respiratorio en el recién nacido atendido en el Hospital Regional Virgen de Fátima, periodo 2014, Chachapoyas 2015. Se marcará en el recuadro con un aspa (X) según corresponda.

I. Datos Generales:

- Edad :
- Grado de Instrucción :
- Estado Civil :

II. Factores de riesgos maternos y neonatales en el recién nacido:

ITEMS	SI	NO
EN RELACIÓN A LA MADRE		
- La edad gestacional es menor a 34 semanas. - Presentó infección del tracto urinario. - Presentó hemorragia materna - Hubo presencia de diabetes gestacional.		
EN RELACIÓN AL NEONATO		
- Asfixia perinatal. - Antecedentes de la enfermedad de membrana hialina. - Eritroblastosis fetal. - Sexo masculino.		

ANEXO N° 07

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

LISTA DE CHEQUEO SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO



I. INTRODUCCIÓN:

El presente es una lista de verificación de las anotaciones de enfermería durante sus actividades laborales, cuyo objetivo es de servir de guías para la recolección de datos sobre síndrome de distrés respiratorio, por ello se marcará en el recuadro con un aspa (X) para verificar las anotaciones que dicho personal realiza.

II. Síndrome de distrés respiratorio en el recién nacido:

ITEMS	SI	NO
Escala de Silverman-Anderson		
Movimientos tóraco abdominales: <ul style="list-style-type: none"> - Rítmico regulares. - Tórax inmóvil-abdomen en movimiento. - Disociación tóraco abdominal 		
Tiraje intercostal: <ul style="list-style-type: none"> - No. - Leve. - Intensa, constante 		
Retracción xifoidea: <ul style="list-style-type: none"> - No. - Leve. - Intensa 		
Aleteo nasal: <ul style="list-style-type: none"> - No. - Leve. - Intensa 		
Quejido respiratorio: <ul style="list-style-type: none"> - No. - Audible con estetoscopio. - Audible a distancia. 		

ANEXO N° 08

**"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL
COMPROMISO CLIMÁTICO"**

Chachapoyas, 21 de Julio del 2015.

OFICIO N° 01-2015-UNTRM-VRAC/FCS.

Señor. Dr. Guillermo Sánchez Ocampo.

Director del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas

Presente

**ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR
AL ÁREA DE REGISTROS Y ARCHIVOS DE
HISTORIAS CLÍNICAS.**

Tengo el agrado de dirigirme al despacho de su digno cargo, para expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo expresarle lo siguiente:

Que mi persona está realizando un informe de investigación de tesis, cuyo objetivo es: Identificar los factores de riesgo asociados al síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. Hospital Regional Virgen de Fátima, el mismo que se ejecutará en el área de admisión con las historias clínicas del año 2014, ya que es un estudio retrospectivo, por lo cual solicito ordene a quien corresponda y se me brinde las facilidades para cumplir mi objetivo.

Esperando que la presente tenga acogida correspondiente y que su respuesta sea positiva, aprovecho la ocasión para expresarle una vez más mi consideración y estima elevada.

Atentamente:

Magely Eudelia Rivera Rodas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems	Categoría		Escala	
						Dimensiones	Variable	Variable	Ítems
Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Los factores de riesgos maternos y neonatales son determinantes para que el número de casos en distrés respiratorio aumente.	Maternos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional menor a 34 semanas. - Infección del tracto urinario. - Hemorragia materna - Diabetes gestacional. 	4	Si No	1 0	Nominal	Dicotómica (0.1)
			Neonatales	<ul style="list-style-type: none"> - Asfixia perinatal. - Antecedentes de la enfermedad de membrana hialina. - Eritroblastosis fetal. - Sexo masculino 	4				

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Items	Categoría		Escala	
						Dimensiones	Variable	Variable	Ítems
Síndrome de distrés respiratorio en el recién nacido.	Es un esfuerzo respiratorio caracterizado por taquipnea que se puede medir mediante el Test de Silverman Anderson.	Consiste en una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar secundaria a una injuria inflamatoria aguda que ocasiona edema pulmonar difuso producto de un aumento de la permeabilidad del capilar pulmonar. Sus características clínicas distintivas, incluyen un deterioro de la oxigenación, disminución de la complicación pulmonar y de la capacidad pulmonar residual e infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax, aparecen horas o días después de una injuria pulmonar directa o de un insulto sistémico	Dificultad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos tóraco abdominales. - Tiraje intercostal. - Retracción xifoidea. - Aleteo nasal. - Quejido respiratorio 	5	Leve Moderado Severo	1 - 3 4 - 6 > 7	Ordinal	Signos marcados: 2 Algunos signos: 1 Signos normales: 0