



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de un
hospital público, Quevedo, Ecuador, 2024

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales

Presentado por:

Autora: Delgado Rodríguez, Mirian Yadira


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8732-0100>

Asesor: Mg. Montoro Valdivia, Marcos Antonio

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6982-7888>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, ... **DELGADO RODRIGUEZ MIRIAN YADIRA** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“FACTORES DE RIESGO Y EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN LOS NEONATOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, QUEVEDO, ECUADOR, 2024”**

Asesorado por la docente: Mg. Marcos Antonio Montoro Valdivia DNI ... 09542548 ORCID...<https://orcid.org/0000-0002-6982-7888> tiene un índice de similitud de (14) (catorce) % con código __oid:__ oid:14912:373250347_____ verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1

DELGADO RODRIGUEZ MIRIAN YADIRA Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:1721386702

.....
 Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



Firma

Mg. Marcos Antonio Montoro Valdivia
 DNI: 09542548

Lima, 14 de agosto de 2024

Dedicatoria

Al mejor regalo que Dios en su infinita misericordia me ha podido dar, mi familia.

Agradecimiento

A Dios por su guía a lo largo de este camino, a mi amada familia que me apoya de manera incondicional en todo lo que me propongo a la Universidad Norbert Wiener que me acogió con los brazos abiertos y a mi asesor Magíster Marcos Montoro por sus enseñanzas que se reflejan en el presente trabajo.

ASESOR:

Mg. Montoro Valdivia, Marcos Antonio

JURADO

Presidente : Dr. José Gregorio Molina Torres

Secretario : Mg. Juan Esteban Rojas Trujillo

Vocal : Mg. María Mercedes Hidalgo Falcón

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice.....	vii
Resumen.....	x
Abstract	xi
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación.....	4
1.4.1. Teórica.....	4
1.4.2. Metodológica	4
1.4.3. Práctica.....	5
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	5

1.5.1. Temporal	5
1.5.2. Espacial	5
1.5.3. Población o unidad de análisis	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes.....	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3. Formulación de hipótesis	29
2.3.1. Hipótesis general.....	29
2.3.2. Hipótesis Específicas	29
3. METODOLOGÍA.....	30
3.1. Método de la investigación	30
3.2. Enfoque de la investigación	30
3.3. Tipo de investigación	30
3.4. Diseño de la investigación.....	30
3.5. Población, muestra y muestreo.....	31
3.6. Variables y operacionalización.....	32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
3.7.1 Técnicas	34
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	34
3.7.3 Validación	35

3.7.4 Confiabilidad.....	35
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	36
3.9. Aspectos éticos.....	37
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	38
4.1. Cronograma de actividades	38
4.2. Presupuesto.....	39
5. REFERENCIAS.....	40
ANEXOS.....	54
Anexo 1. Matriz de consistencia	55
Anexo 2. Instrumentos	56
Anexo 3. Validez de los instrumentos	58
Anexo 4. Confiabilidad de los instrumentos	82
Anexo 5. Formato de consentimiento informado.....	84
Anexo 6. Informe de originalidad	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio constituye la principal causa de morbi-mortalidad en los neonatos ingresados en las unidades de cuidados intensivos, alcanzando un 15% a nivel mundial, especialmente en los países con menores ingresos, cuyo pronóstico está condicionado a la fisiopatología y a la inadecuada adaptación extrauterina del pretérmino.

Objetivo: Determinar la relación entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2024.

Metodología: Enfoque cuantitativo, utilizando el método hipotético deductivo, finalidad aplicada, diseño no experimental, prospectivo, corte transversal, y correlacional, con una muestra censal de 84 neonatos prematuros con distrés respiratorio; se aplicarán dos fichas de recolección de datos previamente validadas y probada su confiabilidad por la investigadora. Previa autorización de la institución y mediante el consentimiento informado se realizará la recolección de datos de las historias clínicas tanto maternas como neonatales, para ser ingresados en la base de datos y analizada con el programa estadístico SPSS® versión 26, se utilizará la prueba no paramétrica del coeficiente de Spearman que permite establecer la correlación entre las variables, determinar el sentido de dicha asociación y probar la hipótesis planeada. Se consignarán tablas y gráficos respectivos en la explicación de resultados en base a las hipótesis planteadas para enunciar las conclusiones del caso.

Palabras claves: Factor de Riesgo, Síndrome de Distrés Respiratorio, Neonato.

ABSTRACT

Introduction: Respiratory distress syndrome constitutes the main cause of morbi-mortality in neonates admitted to intensive care units, reaching 15% worldwide, especially in lower income countries, whose prognosis is conditioned to pathophysiology and inadequate extrauterine adaptation of the preterm.

Objective: To determine the relationship between risk factors and respiratory distress syndrome in neonates in the intensive care unit of a public hospital in Quevedo, Ecuador, 2024.

Methodology: Quantitative approach, using the hypothetical-deductive method, applied purpose, non-experimental, prospective, cross-sectional, and correlational design, with a census sample of 84 premature neonates with respiratory distress syndrome; two data collection forms previously validated and tested for reliability by the researcher will be applied. With prior authorization from the institution and informed consent, data will be collected from both maternal and neonatal medical records, to be entered in the database and analyzed with the SPSS® version 26 statistical program, using the nonparametric Spearman's coefficient test that allows establishing the correlation between variables, determining the direction of the association and testing the planned hypothesis. Tables and graphs will be included in the explanation of results based on the results of the study.

Key words: Risk Factor, Respiratory Distress Syndrome, Neonate.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Alrededor del mundo la causa principal de mortalidad del recién nacido son las complicaciones de prematuridad, siendo el factor principal asociado a esta, el Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) que viene a ser la patología más frecuente en dicho grupo principalmente en los países de menores ingresos; comprende un cuadro clínico caracterizado por esfuerzo respiratorio progresivo que afecta el adaptarse a la vida extrauterina y es ocasionado por el déficit de surfactante, compuesto por fosfolípidos que impiden el deterioro alveolar, ya sea por una producción inadecuada o la inactivación de este en pulmones inmaduros (1) (2).

En Europa en 2022, se determinó que el distrés respiratorio es un problema importante en el pretérmino que se puede prevenir desde la gestación, ya que la falta de control prenatal, el no usar corticoides prenatales, la preeclampsia no detectada, y el parto por cesárea aumentan el riesgo de desarrollar la patología en el neonato; alcanzando un 80 % a las 28 semanas de gestación e incrementando hasta un 90 %, en las 24 semanas, y aunque el tratamiento ha evolucionado y mejorado la supervivencia en dichos grupos, aún se conservan cifras elevadas de morbilidad neonatal (3) (4).

Estados Unidos en 2022, reporta que la dificultad respiratoria constituye la patología con mayor incidencia en el recién nacido, la cual aumenta mientras disminuye la edad gestacional, alcanzando un 98 % a las 24 semanas y el 1% a las 37 semanas, afectando a 24 000 neonatos cada año; los factores predisponentes son la prematurez, bajo peso, sexo masculino, la hipoxia e isquemias perinatales, diabetes materna y parto prematuro; si esta no es tratada en las primeras horas de vida, conduce a una hipoxemia grave, provoca una falla multiorgánica y la muerte (5).

En Latinoamérica, Brasil en 2022 alcanzó 11 078 defunciones neonatales asociadas al distrés respiratorio con una tasa de mortalidad neonatal de 17,17 x cada 1000 nacidos vivos pretérmino. Entre los factores de riesgo están: déficit de controles prenatales, escolaridad materna reducida, sexo masculino, gestación menor a 31 semanas y un test de Apgar menor a seis puntos; evidenciando que los factores maternos, sociales y neonatales están asociados a dicha patología, siendo necesario la formulación de estrategias perinatales que permitan disminuirlos (6).

Perú registra hasta el 2021 como principal causa de muerte neonatal a las complicaciones de la prematuridad alcanzando un 27 % a nivel nacional, con un marcado ascenso en prematuros extremos y moderados, con peso bajo y de sexo masculino, alcanzando 5500 muertes anuales donde el distrés respiratorio es la causa principal relacionada a esta (7).

En el ámbito nacional, el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) de Ecuador registra en 2021, la cifra de 251 106 nacidos vivos, siendo pretérmino 11 590 de estos nacimientos y existieron 1394 defunciones fetales, quedando claro que la implementación de políticas sanitarias dentro de este grupo debe ser una prioridad dentro del sistema de salud (8).

En la región costera, en Esmeraldas en 2021, se determinó que entre los factores relacionados al distrés respiratorio en el neonato están la raza mestiza 65,3 %, nivel bajo de escolaridad, hipertensión 21,5 % y edad materna 18,5 %, el sexo masculino 46,9 %, preeclampsia 28,5 %, cesárea 55,1 %, y el peso bajo al nacer; siendo las complicaciones más frecuentes, la hipertensión pulmonar con un 20,6 %, displasia broncopulmonar con el 15,9 % y hemorragia intraventricular el 23,8 %, alcanzando una tasa de mortalidad de 32,7 %, con mayor incidencia entre las 34 a 35 semanas y un peso entre 1501 y 2000 gramos (9).

En Guayaquil, un estudio de 2021 se reportó que el síndrome de distrés respiratorio tipo 1 fue la segunda causa de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de un hospital público alcanzando un 17 % de los casos registrados con predominio en el pretérmino, siendo necesario identificar los factores de riesgo y realizar un diagnóstico oportuno para reducir la morbi-mortalidad del neonato, mediante un abordaje oportuno (10).

En un hospital público en Quevedo, se ha evidenciado un incremento del 20 % de los casos registrados con esta patología en el último año, siendo un desafío para el equipo de salud específicamente en aquellos neonatos que requieren ventilación mecánica debido a su gravedad, por ello es necesario investigaciones que promuevan la prevención, el diagnóstico precoz y estrategias más eficaces para el manejo de esta enfermedad, que cada año cobra la vida de varios recién nacidos alrededor del mundo.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué relación hay entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿Qué relación hay entre los factores de riesgo maternos y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos del hospital?

¿Qué relación hay entre los factores de riesgo neonatales y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos del hospital?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos del hospital.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar cuál es la relación entre los factores de riesgo maternos y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos del hospital.

Identificar cuál es la relación entre los factores de riesgo neonatales y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos del hospital.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Este estudio pretende ampliar los conocimientos y aportar con evidencia sólida que fundamente cómo factores de riesgo se relacionan con el distrés respiratorio; existen estudios que la han evaluado, sin embargo, quedan varias interrogantes por resolver, siendo necesario este estudio que basado en conceptos y teorías como la de Nola Pender y Jean Watson sustenten los determinantes relacionados a dicha patología, y así enriquecer y actualizar la información ya existente.

1.4.2. Metodológica

Este trabajo tendrá enfoque cuantitativo, finalidad aplicada, con un diseño no experimental, tipo transversal, correlacional, para medir las variables factores de riesgo y síndrome de distrés respiratorio, y al probar la hipótesis se emplearán instrumentos de recolección de datos, previamente validados por expertos, teniendo criterios de pertinencia, coherencia y

validez; y una vez finalizado el estudio servirá como antecedente para investigaciones posteriores y permitirá continuar con trabajos sobre esta temática para mejorar desde el punto de vista metodológico.

1.4.3. Práctica

El resultado de este trabajo contribuirá a incrementar conocimientos e información de los factores de riesgo que podrían generar el distrés respiratorio neonatal y al conocer dichos factores, se podrán establecer estrategias de prevención sanitaria que minimicen la incidencia de esta patología; además, será una fuente de información para comparaciones posteriores de la evolución de esta patología en la población.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se efectuará durante los meses de mayo a octubre de 2024.

1.5.2. Espacial

Se ejecutará en el Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital público de la ciudad de Quevedo, provincia de Los Ríos, Ecuador.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Binomio madre e hijo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Chen et al. (11), en 2022 en China, en el estudio cuyo objetivo fue “explorar los factores etiológicos, cuadro clínico y los resultados en neonatos con síndrome de distrés respiratorio perinatal en 58 unidades de cuidados intensivos neonatales terciarias de China”. Efectuaron un trabajo no experimental, transversal, prospectivo, con una población de 3.364 neonatos y 1.005 participantes como muestra, utilizando una ficha de recolección de datos de los registros médicos aprobado por la Junta de Revisión Institucional Chongqing, que incluyó las características clínicas maternas (edad, ruptura prematura de membranas, placenta previa, y diabetes mellitus), neonatales (edad gestacional, Apgar, género y peso al nacer). Los resultados muestran que dentro de los factores de riesgo están el sexo masculino con 67.2%, cesárea el 69.5%, placenta previa 8,0%, embarazo múltiple 8.7%. en cuanto al SDR leve 53.4%, moderado 28.4% y grave el 18.2%. Encontrando asociaciones independientes ($p < 0.2$) estadísticamente significativas.

Permana et al. (12), en 2022 en Indonesia, en el trabajo cuyo propósito fue “determinar la incidencia de SDR entre tres grupos de prematuros y sus factores relacionados en el Hospital Terciario de Java Occidental”. Tuvo un enfoque cuantitativo, analítico, transversal, descriptivo, con una población censal de 142 neonatos menores de 36 semanas, se aplicaron fichas de recolección de datos de los registros médicos hospitalarios de los neonatos y los antecedentes obstétricos de la madre. Los resultados indican que el riesgo aumenta en neonatos de bajo peso con un 61.3%, sexo masculino 52.8%, preeclampsia 23.2%, y distrés fetal 10.6%, siendo más

común entre las 28-32 semanas. Concluyendo que los neonatos varones y con bajo peso al nacimiento tienen mayor probabilidad de desarrollar distrés respiratorio, con una correlación positiva, y significativa de ($p=0.001$) y ($p =0.003$) respectivamente.

Stylianou-Riga et al., (13), en 2021 en Chipre, en su trabajo cuyo objetivo fue “examinar la asociación de factores de riesgo maternos y neonatales con la incidencia y la gravedad del síndrome de distrés respiratorio en neonatos internados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Archbishop Makarios III”. En la parte metodológica fue un estudio cuantitativo prospectivo, de tipo descriptivo, con una población de 664 recién nacidos a término y una muestra de 134 neonatos. Se aplicaron fichas de recolección de datos de las historias clínicas, que contenían los antecedentes maternos (condiciones crónicas preexistentes, complicaciones del embarazo y tipo de parto) y datos clínicos neonatales (edad gestacional, Apgar, requerimiento de reanimación, líquido amniótico, estado nutricional y valores de gasometría). Los resultados mencionan como factores de riesgo materno la preeclampsia 2%, diabetes gestacional 14.9%, y trombofilia 2.1%, y como factores neonatales el sexo masculino 74.5% y cesárea 90.1%. Concluyen la incidencia del SDR con una asociación significativa entre puntuación de Apgar ($p=0.016$), el sexo masculino ($p= 0.001$), y cesárea ($p=0.002$).

Abdel et al. (14), en 2020 en Egipto, en el estudio donde su objetivo fue “detectar la prevalencia y factores de riesgo de las enfermedades respiratorias en los recién nacidos del Hospital Universitario de Quena”. Con un enfoque cuantitativo, observacional prospectivo, en 145 neonatos a término y pretérmino, se utilizaron cuestionarios entrevistados a los padres y examen físico al neonato, estudiando características maternas (antecedentes prenatales e

intraparto) y características neonatales (edad gestacional, sufrimiento fetal, líquido amniótico, y estudios de imagen). Los factores maternos relacionados fueron diabetes materna 17.4%, ruptura prematura de membranas 22.07%, hemorragia ante parto 20.6%, oligoamnios 13.79%, y preeclampsia 6.2%, y los factores neonatales prematurez 70.97%, embarazo múltiple 26.2%, cesárea en el 76.55%. Concluyeron con una correlación de Pearson de ($p < 0.05$), y una asociación significativa entre la hemorragia ante parto ($p = 0.00249$), el sexo masculino ($p = 0.042$), la cesárea ($p = 0.031$), y el contar con un percentil inferior para la edad gestacional o peso bajo con un valor de ($p = 0.0021$).

2.1.2. A nivel nacional

Loor et al. (15), en 2022 en Guayaquil - Ecuador, en el estudio cuyo objetivo fue “medir los factores de riesgo relacionados con el síndrome de distrés respiratorio en el servicio de neonatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo”. En el aspecto metodológico tuvo un enfoque cuantitativo, observacional, transversal, retrospectivo, con una población de 1636 recién nacidos y una muestra probabilística de 302 neonatos. Utilizaron como instrumento la ficha de recolección de datos de las historias clínicas tanto maternas como neonatales. Los resultados mencionan que entre los factores maternos encontrados están la cesárea 82.1%, edad materna entre 20-35 años 64.9%, preeclampsia 36.4%, hipertensión arterial 20.5% y maduración pulmonar 64,6%; y los factores neonatales prematurez 28-36 semanas 51%, sexo masculino 53.1%, y la raza mestiza con el 87.1%, y en el distrés respiratorio: leve 31.3%, moderado 39.1% y grave 29.8%. Existió una correlación positiva estadísticamente significativa con un valor de ($p = 0.033$) entre la preeclampsia, cesárea ($p = 0.0001$), sexo masculino (0.002), y prematurez extrema o menores de 28 semanas ($p = 0.0002$).

Santos et al. (9), en 2021 en Esmeraldas - Ecuador, en el estudio cuyo objetivo planteado fue “examinar la evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo en neonatos pretérminos del área de cuidados intensivos del Hospital General Delfina Torres de Concha”. En el aspecto metodológico realizaron un trabajo cuantitativo, descriptivo, se usó una población de 56 neonatos prematuros, con un muestreo probabilístico de 49 participantes de entre 26 y 35 semanas, a quienes se les aplicó la ficha de recolección de datos de las historias clínicas. Sus resultados muestran que los factores maternos relacionados al síndrome de distrés respiratorio fueron la raza mestiza 65.3%, baja escolaridad 51%, hipertensión materna 21.5%, preeclampsia 18.5%, e infección de vías urinarias 12.3%, entre tanto que los factores neonatales estuvieron el sexo femenino 53.06%, peso bajo entre 1501-2000 gramos el 71.42%, parto por cesárea 55.1% y la mayor frecuencia fue en las 34 semanas de gestación con 28.57%.

Palacios et al. (16), en 2020 en Cuenca - Ecuador, en el trabajo que tuvo como propósito “determinar los factores asociados al síndrome de dificultad respiratoria de los recién nacidos del Hospital José Carrasco Arteaga”. Con enfoque cuantitativo, analítico, retrospectivo, y una población de 550 neonatos y una muestra probabilística de 188 neonatos. Aplicaron una ficha de recolección de datos que contenía aspectos como factores maternos (edad materna, edad gestacional, controles prenatales, antecedentes prenatales, y tipo de parto), factores neonatales (líquido amniótico, puntuación Apgar, y uso de corticoides prenatales). Los resultados muestran que los factores de riesgo para distrés respiratorio son la prematurez/ posmadurez 21.8%, bajo peso/ macrosomía 19.7%, parto por cesárea 72.9%, hipertensión gestacional 12.8%, anemia materna 22.3%, y controles prenatales no adecuado con un 29.8%.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Variable 1: Factores de Riesgo

Definición

Cualquier circunstancia o condición que se asocia o tiene el potencial de incrementar de forma directa o indirecta la posibilidad de desarrollar un proceso patológico en este caso el distrés respiratorio en el neonato; considerando los antecedentes maternos relacionados al embarazo y/o el parto, y los propios del neonato se dividen en maternos y neonatales (17).

Dimensiones de la variable 1

Factores de riesgo maternos

Son todas aquellas condiciones médicas en una gestante relacionadas con la morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal, y constituye un problema que se acrecienta en los países subdesarrollados, cuyo perfil epidemiológico esta caracterizado por la presencia de patologías y defunciones ligadas a causas obstétricas, debido a las situaciones de vulnerabilidad en las que viven y la deficiencia en las prestaciones de salud. Dentro de los factores maternos se mencionan: tipo de parto, edad materna, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional, hemorragia, infección de vías urinarias, corticoides prenatales, y controles prenatales (18).

- a) Tipo de parto: la cesárea es uno de los procedimientos más realizado actualmente en la obstetricia alcanzando 18,5 millones alrededor del mundo, sin embargo, el parto por cesárea sin labor de parto y sin urgencia obstétrica exponen al recién nacido a un riesgo alto de desarrollar esfuerzo respiratorio al compararlo con el parto eutócico (19).

- b) Hemorragia: el sangrado vaginal prenatal y perinatal causado por anomalías placentarias como el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI) y la Placenta Previa (PP) están relacionados con la restricción del crecimiento intrauterino y la alteración del bienestar fetal, lo que conduce a nacimientos pretérmino y/o pequeños para la edad gestacional; incrementándose así el riesgo de distrés respiratorio neonatal, pudiendo alcanzar hasta un 72 % más en la placenta previa (20) (21).

- c) Preeclampsia: es una de los principales factores de morbi-mortalidad del binomio materno-fetal, es un trastorno hipertensivo inducido por la gestación y de afectación sistémica, con una incidencia entre el 5-10%, y se relaciona con un incremento del riesgo de dificultad respiratoria principalmente en los recién nacidos de bajo peso (22).

- d) Edad materna: la edad de la gestante sobre todo las edades extremas como el embarazo adolescente y añoso, traen complicaciones fetales y maternas, siendo considerado actualmente como un problema de salud pública en los países con menores ingresos, relacionado con un alto riesgo en el neonato de presentar distrés respiratorio al nacer y un posterior ingreso a las unidades de cuidados intensivos (23).

- e) Infección del tracto urinario: patología muy frecuente en la gestación caracterizada por la invasión de microorganismos patógenos al tracto urinario, pudiendo ascender a los riñones y desencadenar una intensa respuesta inflamatoria, que conducen a una ruptura prematura de membranas fetales, contracciones uterinas y cambios en el cuello uterino, esta triada favorece la aparición de cuadros como el parto pretérmino y el distrés respiratorio neonatal (24).

- f) Ruptura Prematura de Membranas (RPM): caracterizado por la reducción del líquido amniótico previo a las 37 semanas de gestación, siendo una complicación que alcanza entre el 2 - 4 % de todos los embarazos, y es la causa del 40% de los partos pretérmino, puntuación baja de Apgar y posterior ingreso en la unidad neonatales por distrés respiratorio (25).

- g) Corticoides prenatales: los corticosteroides profilácticos betametasona y/o dexametasona en el embarazo pretérmino aceleran la maduración pulmonar y reducen las complicaciones respiratorias; estudios han demostrado que el tratamiento con dosis repetidas de éstas siete días después de su administración, redujo el riesgo de los neonatos de experimentar distrés respiratorio en comparación con las que no las recibieron, los beneficios a corto plazo incluyen disminución del distrés respiratorio en las primeras horas de vida (26).

- h) Diabetes gestacional: tipo de diabetes desarrollada durante la gestación, caracterizada por intolerancia a carbohidratos e incremento de la glucemia, y está relacionado con efectos adversos en los sus recién nacidos, ya que estos al ser macrosómicos tienen mayor probabilidad de presentar dificultad respiratoria debido a que la insulina actúa bloqueando la unión de la lecitina -colina, es así que la hiperinsulinemia interfiere en la maduración pulmonar (27).

- i) Controles prenatales: el objetivo primordial de estos es identificar a aquellas embarazadas con alto riesgo de complicaciones para establecer intervenciones que en forma oportuna permita prevenir dichos riesgos, y lograr un resultado perinatal satisfactorio; la OMS establece cinco controles antes del parto como mínimo, la falta de adherencia a estos

predispone a un incremento del porcentaje de parto pretérmino, desarrollo de distrés respiratorio e ingreso a la UCIN (28) (29).

Factores de riesgo neonatales

Enmarca todas las características clínicas detectables en el neonato, que conducen a aumentar la probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria, los desenlaces adversos en el recién nacido representan una gran carga económica en el sistema de salud sobre todo relacionado al número de neonatos que sobreviven a esta patología y la tasa elevada de secuelas que van de leves a graves en el prematuro, siendo estos: raza blanca, peso bajo, sexo masculino, asfixia perinatal, edad gestacional, líquido amniótico, y puntuación Apgar (30).

- a) Sexo: el sexo masculino es factor determinante para el distrés respiratorio en el neonato prematuro, debido a la influencia de los andrógenos existentes que retrasarían el proceso de maduración pulmonar e inhibirían la síntesis de surfactante de los neumocitos tipo 2 provocando la aparición de la enfermedad, contrario a lo evidenciado en el sexo femenino donde los estrógenos inducen el incremento del tamaño alveolar, menor resistencia pulmonar por la presencia precoz de surfactante alveolar y por ende mayor ventilación-perfusión (31).

- b) Peso: existe un incremento en la incidencia de esfuerzo respiratorio en el recién nacido con un peso menor de 2500 gramos, sobre todo en los que presentan un peso menor a 1500 gramos (muy bajo peso), y complicándose más en los menores de 1000 gramos (extremadamente bajo peso), ya que a menor peso mayor probabilidad de presentar esfuerzo respiratorio y de mortalidad (32).

- c) Edad gestacional: el riesgo de desarrollar dificultad respiratoria es inversamente proporcional a las semanas de gestación, ya que las complicaciones respiratorias disminuyen a mayor edad gestacional, ahí radica la importancia de un mejor abordaje y comprensión de los riesgos del parto prematuro, para encaminar los esfuerzos en retrasar el mayor tiempo posible el parto prematuro, y reducir la mortalidad neonatal sobre todo en menores de 28 semanas o considerados prematuros extremos (33).

- d) Puntuación Apgar: permite determinar si el recién nacido necesita asistencia clínica adicional tras el nacimiento, la puntuación baja en el Test de Apgar entre 4-6 realizada al minuto y cinco minutos de vida, lo que indica una depresión moderada un problema clínico que repercute en las cifras de morbi-mortalidad neonatal, y refleja la dificultad del neonato para la adaptación extrauterina, siendo esta puntuación un predictor positivo preciso, relacionado al distrés respiratorio (34) (35).

- e) Raza: el distrés respiratorio en el prematuro es más frecuente en los neonatos de raza blanca, en comparación con la asiática o mestiza y los que menor incidencia de casos se ha reportado es en la raza negra (36).

- f) Asfixia perinatal: es la suspensión total o parcial del intercambio gaseoso placentario o pulmonar acompañado de disminución del nivel de oxígeno sanguíneo (hipoxemia) e aumento en los niveles de CO₂ (hipercapnia) progresivos que conducen a desarrollar acidosis; definida clínicamente como la deficiencia en el inicio o mantenimiento de la respiración de forma espontánea tras el nacer, se debe considerar que de los cuatro

millones de muertes de recién nacidos en el mundo, este cuadro abarca aproximadamente el 23%, siendo responsable de secuelas neurológicas graves (37).

- g) Líquido amniótico: normalmente es transparente o con un ligero color amarillo, es poco común que esté teñido antes de las 36 semanas de embarazo, ya que a partir de ahí se incrementa el riesgo de tinción meconial, diversos estudios apuntan a que la eliminación intrauterina de meconio es secundario al déficit de oxígeno (hipoxia, hipercapnia y acidosis) provocando un incremento en la peristaltismo intestinal, seguido por la relajación del esfínter del ano y posterior salida de meconio, que al ser espeso y aspirado por el neonato le dificulta despejar la vía aérea, se reporta que a mayor concentración de meconio, mayor su efecto inflamatorio en la mucosa respiratoria y posterior aparición del síndrome de dificultad respiratoria (38).

Teoría de Enfermería

Esta variable se enmarca en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender que cambia del enfoque tradicional del cuidado orientado a la enfermedad, hacia la salud preventiva donde el individuo es el responsable de las decisiones acerca del cuidado de su salud. Su aplicación parte de los factores cognitivos-perceptivos que son las creencias, concepciones e ideas modificables que tienen los individuos sobre salud, induciéndolos a determinados comportamientos; por lo que el modificar dichos factores y la motivación personal e interpersonal para realizarlos son el punto clave, ya que la conducta puede ser motivada por el anhelo de lograr el bienestar (39).

La teorizante hace énfasis en tres aspectos:

1. Factores personales, experiencias particulares y conducta previa relacionada.
2. Conocimiento y motivación de la conducta donde intervienen los factores psicológicos, socioculturales y biológicos.
3. Resultado de la conducta.

Además, menciona dos categorías que regulan el accionar del individuo:

1. Los beneficios percibidos de las acciones del individuo definirán su conducta de salud a futuro, entendiéndose a estos como los resultados positivos que se lograrán.
2. Las limitantes percibidas para su accionar, consideradas como las desventajas reales o imaginarias que obstaculizan el compromiso de sus acciones (39).

Metaparadigma Enfermero

Persona: el ser humano es el centro de la teoría, donde cada uno vive de forma única en base a sus creencias e ideas y los factores personales e interpersonales.

Entorno: la interacción entre las creencias e ideas y los factores de riesgo influyen en la adopción de conductas promotoras de salud.

Salud: es el enunciado más importante y es un estado positivo.

Enfermería: Agente principal responsable de motivar las conductas positivas de salud (40).

Se pueden deducir las siguientes afirmaciones teóricas del modelo:

1. Los individuos se comprometen a adquirir conductas en las cuales anticipan beneficios potenciales.
2. El percibir las dificultades pueden obligar a declinar el compromiso adquirido con la realización del mismo.
3. Los individuos se comprometen a implementar conductas de promoción de la salud cuando reciben apoyo de personas significativas para ellos.
4. El profesional de la salud es parte del entorno capaz de influenciar en el individuo de forma positiva a lo largo de su vida.
5. Las situaciones del entorno pueden incrementar o reducir el compromiso de una conducta promotora de la salud.
6. A mayor compromiso, mayor probabilidad de conservar las conductas promotoras de la salud.
7. Los individuos pueden modificar su conocimiento, afecto, entornos físicos y/o interpersonales para construir estímulos para las acciones de salud (40).

Por todo lo anteriormente enunciado podemos señalar que la Nola Pender revolucionó el conocimiento sobre promoción de la salud mediante su investigación, destacando que el modelo sigue en vigencia en la atención materno-neonatal, mediante estrategias de promoción de la salud basadas en evidencia ya que frecuentemente las personas atraviesan situaciones complejas, siendo indispensable que el profesional enfermero incremente sus habilidades y destrezas para abordar de forma correcta las complicaciones de salud que se presentan en dicho grupo etáreo (40).

2.2.2. Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Definición

Cuadro clínico agudo asociado a la prematurez, y derivado de una inadecuada cantidad de surfactante pulmonar, sustancia tensoactiva que permite la correcta expansión alveolar, ante la ausencia de este se produce una insuficiente tensión alveolar durante la espiración, dando como resultado atelectasia, disminución del intercambio gaseoso e hipoxemia grave, es de inicio progresivo dentro de las primeras 72 horas de vida, y conduce a una muerte inminente si no es tratada a tiempo (41).

Epidemiología

El distrés respiratorio es la causa principal de morbi-mortalidad en los recién nacidos principalmente en países de menos ingresos alrededor del mundo, siendo considerada la patología de mayor incidencia en la UCIN en dichos países, donde aproximadamente el 10% de los neonatos requieren ventilación mecánica tras el nacimiento, teniendo de dos a cuatro veces más probabilidades de morir con relación a los que no presentan dificultad respiratoria, especialmente en el pretérmino. Este cuadro respiratorio acrecienta a medida que se reduce la edad gestacional, alcanzando el 50% a las 30 semanas, 75% a las 28 semanas, y el 90% a las 26 semanas, reduciéndose al 2,2% en el neonato a término (42).

Manifestaciones Clínicas

Son de inicio súbito y la dificultad respiratoria se manifiesta de manera paulatina durante las primeras horas tras el nacimiento, con cianosis central de piel y mucosas, quejido espiratorio audible, frecuencia respiratoria mayor a 60 respiraciones por minuto o taquipnea, frecuencia

cardíaca mayor a 160 latidos por minuto o taquicardia, retracción subcostal y/o intercostal intensa, aleteo nasal y diversos grados de compromiso en la oxigenación, mismos que varían acorde al peso y edad gestacional del recién nacido (43) (4).

Fisiopatología

Esta patología es provocada por la restricción de surfactante principalmente en campos pulmonares inmaduros, dicha sustancia tensoactiva está compuesta por fosfolípidos y apoproteínas que son sintetizadas por neumocitos de tipo 2 entre las 24 a 28 semanas intraútero, y se activa en el periodo perinatal, ante la ausencia de esta se produce un incremento de la rigidez superficial al interior del alvéolo pulmonar, reduciendo la distensibilidad de aquel pulmón inmaduro, e incrementando la tensión superficial en el alvéolo, a su vez también se aumenta la presión requerida para evitar el colapso pulmonar; al existir un déficit de surfactante se produce atelectasia pulmonar, desencadenando un deterioro en el intercambio gaseoso, de ahí que el colapso pulmonar generalizado y repetitivo termina dañando el epitelio lo que provoca a una respuesta inflamatoria dada por las citoquinas, mientras aparece el edema como efecto de dicha respuesta, una cantidad creciente de fluido enriquecido en proteínas procedente del primer espacio o espacio vascular, es filtrado hacía los pequeños sacos llenos de aire en el extremo de los bronquiolos denominados alvéolos, inactivando mucho más el surfactante existente, causando hipoxemia por la hiperventilación en los alvéolos, hipo ventilación-perfusión, deterioro de la difusión y derivación intrapulmonar; finalmente la hipoxemia e hipoperfusión tisular conlleva al aumento del metabolismo anaerobio celular y la posterior acidemia láctica (42) (44) (5).

Clasificación

De acuerdo al test de Silverman & Anderson que se empleará en esta investigación, el distrés respiratorio se divide en leve, moderado y severo, donde la puntuación más baja obtenida tiene mejor pronóstico (45):

Distrés Respiratorio Leve: 1 a 3 puntos, necesidad de oxígeno al 40%.

Distrés Respiratorio Moderado: 4 a 6 puntos, necesidad de ventilación tipo CPAP.

Distrés Respiratorio Severo: mayor a 7 puntos, necesidad de ventilación mecánica.

Diagnóstico

Se fundamenta en la valoración del cuadro clínico dado por taquipnea, incremento de retracciones intercostales, y/o subcostales que indican el aumento del esfuerzo respiratorio, y el quejido audible que manifiesta el esfuerzo compensatorio para evitar el colapso alveolar, sumado a la gasometría arterial que reporta hipoxemia ($\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$) e hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) como evidencia del deterioro del intercambio gaseoso y algunos hallazgos radiográficos que van desde una ligera opacidad a un aspecto nodular de vidrio despulido, reducción del volumen pulmonar y broncograma aéreo; sin embargo, el diagnóstico es principalmente clínico (46).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento del neonato con síndrome de distrés respiratorio es reducir su gravedad e incidencia empleando en la etapa antenatal corticoides, un soporte ventilatorio óptimo y surfactante exógeno postnatal (2).

1. Corticoides prenatales: la evidencia indica que el uso corticoides durante la gestación precipita la maduración fetal pulmonar, reduciendo de esta manera el riesgo asociado de muerte perinatal, y de desarrollar distrés respiratorio, ya que el efecto de los corticoides empleados radica en estimular a los neumocitos de tipo 2 para que elaboren surfactante pulmonar; por ello se recomienda administrar dos dosis de Betametasona de 12 mg o Dexametasona cada 24 horas, por vía intramuscular, entre las 24 a 34 semanas, cuyo efecto óptimo se alcanza a partir de las 24 horas hasta siete días tras su aplicación (47) (48).

2. Surfactante Pulmonar Exógeno: Se ha comprobado que el uso de surfactante de “rescate temprano” es decir el administrado a neonatos intubados después de haber sido diagnosticados con distrés respiratorio, o el “surfactante profiláctico” administrado durante la reanimación inicial, disminuye la fuga de aire e incrementa la supervivencia del neonato prematuro, sin embargo, “las guías europeas y estadounidenses actuales recomiendan la CPAP profiláctica y el surfactante selectivo temprano, sobre la intubación, el surfactante profiláctico y la VMI posterior en los prematuros con dificultad respiratoria”. La dosis depende si es del tipo bovino o porcino, se dispone de “Survanta” que es un fosfolípido natural fabricado por Laboratorios Abbott a 100 mg por kg de peso durante las primeras ocho horas, pudiendo repetirla a las seis horas de la primera dosis (49).

3. Soporte Ventilatorio: los neonatos con dificultad respiratoria requieren apoyo ventilatorio, este es un procedimiento médico en el que se aporta de manera artificial oxígeno para prevenir la acidosis, mantener una apropiada oxigenación, y perfusión tisular, siendo necesario el uso de oxígeno a concentraciones que permitan que el neonato mantenga entre 50 a 70 mmHg la Presión Arterial de Oxígeno (PaO₂), que se asocia generalmente con saturaciones

de oxígeno (SO₂) superiores al 92%. Existen dos modalidades respiratorias invasiva y no invasiva (50).

- a) Ventilación Mecánica Invasiva (VMI): asistencia respiratoria artificial mediante de un tubo endotraqueal y un ventilador mecánico se complementa o sustituye la función respiratoria, se ha transformado en una valiosa herramienta, y de frecuente aplicación en la atención del neonato crítico especialmente en el pretérmino, sin embargo, su uso se asocia al desarrollo de lesión pulmonar, aumento de los días de soporte ventilatorio y hospitalización, por ello es necesario la asistencia ventilatoria apropiada, no solo para salvar su vida, sino también para garantizar una mejor condición de vida a corto plazo y resultados a largo plazo (51).

- b) Ventilación No Invasiva (VNI): oxígeno suplementario a través de cánulas binasales de alto flujo o máscaras nasales, sin intubación endotraqueal, está se realiza, ente las modalidades más utilizadas está el CPAP, que siendo utilizada de manera correcta reduce de manera significativa la opción de intubación endotraqueal y requerimiento de ventilación invasiva. Pese a ello, existen muchas limitaciones de la modalidad no invasiva incluida la fuga de aire (neumotórax), necesidad de escalar el soporte (fallo de CPAP) y la incapacidad de tratar la apnea (52).

- c) Surfactante Pulmonar Exógeno: Se ha comprobado que el uso de surfactante de “rescate temprano” es decir el administrado a neonatos intubados después de haber sido diagnosticados con distrés respiratorio, o el “surfactante profiláctico” administrado durante la reanimación inicial, disminuye la fuga de aire e incrementa la supervivencia del neonato prematuro, sin embargo, “las guías europeas y estadounidenses actuales

recomiendan la CPAP profiláctica y el surfactante selectivo temprano, sobre la intubación, el surfactante profiláctico y la VMI posterior en los prematuros con dificultad respiratoria”. La dosis depende si es del tipo bovino o porcino, se dispone de “Survanta” que es un fosfolípido natural fabricado por Laboratorios Abbott a 100 mg por kg de peso durante las primeras ocho horas, pudiendo repetirla a las seis horas de la primera dosis (49).

Dimensiones de la variable 2

Dificultad Respiratoria

Tras el nacimiento los neonatos son evaluados para establecer de manera precoz el nivel de distrés respiratorio, pudiéndose utilizar la Puntuación de Apgar y el Test de Silverman & Anderson (53).

Test de Apgar: creado por la Doctora Virginia Apgar en 1953 para valorar la vitalidad del neonato de forma objetiva y cuantitativa, se aplica inmediatamente tras el nacimiento al minuto uno y cinco de vida respectivamente, considerando cinco parámetros: actividad, esfuerzo respiratorio, coloración de la piel, tono muscular, e irritabilidad, mismos que son valorados del 0 al 2 cada uno de los criterios, luego se deben sumar las puntuaciones obtenidas, y de acuerdo a estos resultados se determina la presencia de distrés neonatal y/o la necesidad de cuidados especiales. Cuyos resultados indican: sin distrés respiratorio de 7 a 10 puntos, con distrés moderado de 4 a 6 puntos, siendo necesario aplicar algunas maniobras de reanimación, y distrés grave de 0 a 3 puntos indicando la necesidad de reanimación neonatal avanzada (54).

Test de Silverman & Anderson: Los doctores William Silverman y Dorothy Andersen lo implementaron en 1956 para determinar de forma rápida el esfuerzo respiratorio, y a su vez valorar la evolución clínica tras el tratamiento instaurado, y así conocer el grado de dificultad respiratoria presentada, considera cinco criterios: respiración nasal, retracción esternal, concordancia toraco-abdominal, quejido espiratorio, y retracción costal con un valor que va de 0 a 2 puntos por ítems; el puntaje total obtenido nos indica: (0 puntos) Sin dificultad respiratoria, (1-3 puntos) Dificultad respiratoria leve, (4- 6 puntos) Dificultad respiratoria moderada y (7-10 puntos) Dificultad respiratoria severa que según el total obtenido y la gravedad del cuadro se decidirá el tratamiento más adecuado desde oxigenoterapia hasta ventilación mecánica invasiva (46).

Hallazgos radiográficos

Considerando la radiografía de tórax, se diferencian cuatro tipos (46) :

Tipo I - Leve: imagen reticulogranular fina, acompañado de un discreto broncograma aéreo sin superar la imagen cardio tímica, con una conservada transparencia pulmonar.

Tipo II -Moderado: campos pulmonares con una imagen reticulogranular amplia, broncograma aéreo, que sobrepasa la silueta cardíaca, en forma visible, reducción de la nitidez pulmonar y del volumen pulmonar.

Tipo III -Grave: infiltrado reticulogranular difuso, con nódulos confluentes, broncograma aéreo marcado, con visualización en bronquios y bronquiolos, disminución de la transparencia pulmonar y reducción del volumen pulmonar.

Tipo IV - Muy Grave: imagen de vidrio despulido en todo el tórax, sin distinción de la silueta cardiaca, ni hemidiafragma, ausencia total de aire en pulmones y un marcado broncograma aéreo.

Intercambio gaseoso

Hipoxemia

Déficit en la concentración de oxígeno sanguíneo, resultado de una pobre oxigenación en la sangre arterial y se manifiesta con una reducción de la Presión Parcial de Oxígeno (PaO_2) y la saturación de oxihemoglobina (SO_2) (55).

Clasificación

1. Leve: PaO_2 : 60 a 79 mmHg.
2. Moderada: PaO_2 : 40 a 59 mmHg.
3. Severa: PaO_2 : menor a 40 mmHg.

Hipercapnia

Aumento en la concentración de la Presión Parcial de Dióxido de Carbono (CO_2) a nivel de la sangre arterial, como resultado de la hipoventilación en los alveolos o a su vez por un desequilibrio entre la ventilación-perfusión a nivel pulmonar (56).

Clasificación

1. Leve: CO₂: 44 a 50 mmHg
2. Moderada: CO₂: 44 a 50 mmHg.
3. Severa: CO₂: mayor a 60 mmHg.

Acidosis

Trastorno caracterizado por el aumento en la concentración plasmática de iones hidrógeno (H⁺), con la consecuente disminución del pH sanguíneo, que podría deberse a una pérdida excesiva de bicarbonato o a su vez a un exceso de CO₂ en sangre (57).

Clasificación

1. Leve: pH: 7.20 a 7.30.
2. Moderada: pH: 7.10 a 7.19.
3. Severa: pH: menor a 7.10.

Teoría de enfermería

Esta variable se enmarca en la Teoría del Cuidado de Jean Watson, quien considera tres aspectos clave: protección, mejora y conservación de la dignidad humana; hace referencia a un cuidado holístico con un perfecto equilibrio entre cuerpo, alma y mente; invita al profesional enfermero a brindar un trato humanizado, amoroso, creativo centrado en el paciente más allá de su resolución clínica. Siendo necesario que estos utilicen su conocimiento y amor para transformar su accionar en arte, ya que el cuidado es la razón de ser de enfermería en todas las etapas de la vida hasta el momento de la muerte (58).

Principales supuestos: (59)

1. El cuidado puede únicamente ser realizado mediante una relación interpersonal tomando en cuenta las necesidades: personales, culturales y sociales, siendo necesario conocer estrechamente al individuo y el entorno que rodea a este.
2. El cuidado es condicionado por los factores de cuidado teniendo objetivos claros.
3. El cuidado efectivo fomenta la salud y el desarrollo personal y familiar
4. Las respuestas procedentes del cuidado reconocen al individuo no solo como es actualmente sino como podría llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado es el que estimula el desarrollo potencial del individuo.
6. La ciencia del cuidar es complementaria a la ciencia del curar, donde se integra el conocimiento médico con la actuación humana para generar, fomentar o recobrar la salud.
7. La práctica del cuidar es el centro de la enfermería.

La teorizante propuso diez factores de cuidado dirigidos al profesional de salud con la finalidad de brindar coherencia a la ejecución de los cuidados (59):

1. “Formación humanista-altruista” hace referencia a la satisfacción personal al ayudar a los demás.
2. “Incorporación de la fe y la esperanza” consiste en motivar al paciente a adquirir hábitos saludables.
3. “Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás” es indispensable en la realización de los cuidados.
4. “Desarrollar una relación de ayuda y confianza” facilitando la expresión de pensamientos y emociones.

5. “Aceptar la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos” haciendo conexión con la esfera espiritual del cuidador.
6. “Uso sistematizado de una resolución de problemas creativa en la práctica asistencial” utilizando todos los recursos disponibles.
7. “Promoción de enseñanza aprendizaje” donde se implica el individuo en su propio cuidado en forma proactiva.
8. “Creación de un entorno protector y/o correctivo en las esferas físico, mental, espiritual sociocultural”.
9. “Asistencia con gratificación de las necesidades humanas”.
10. “Reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y asistenciales”.

Metaparadigma Enfermero

Persona: Considera al individuo como un ser irrepetible, una unidad donde confluyen cuerpo, mente y espíritu.

Salud: armonía entre cuerpo, mente y alma con cierta congruencia entre el “yo” percibido y el experimentado.

Entorno: existe el interno y externo conectado íntimamente con el individuo, un ambiente sereno y tranquilo, espacio ideal para la sanación.

Enfermería: basada en una relación de cuidado transpersonal, donde la práctica diaria de enfermería se afianza en un sólido sistema de valores humanos que se cultivan para tratar al individuo con enfoque científico-humanístico, se constituye un “arte” cuando se comprende los sentimientos del paciente, y se expresan en forma de cuidados (60).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.

2.3.2. Hipótesis Específicas

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo maternos y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo neonatales y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Será hipotético-deductivo, como menciona Sánchez (61) este radica en desarrollar una hipótesis partiendo de premisas generales que se fundamentan en dos indicios uno universal basado en leyes y teorías científicas y otro empírico generado por un hecho observable que es el que motiva la investigación y se pretende contrastar su veracidad con el desarrollo de la misma; cuyo objetivo principal es comprender los sucesos y tratar de explicar las causas que los generan.

3.2. Enfoque de la investigación

Será cuantitativo, ya que se enfocará en los elementos observables y cuantificables de fenómenos para recolectar datos numéricos, que una vez analizados estadísticamente permitirán probar las hipótesis propuestas, establecer esquemas de conducta y probar las teorías (62).

3.3. Tipo de investigación

Será aplicada, centrando su atención en identificar problemas o fenómenos del entorno, aplicar conocimientos y dar contestación a estos utilizando el método científico (63).

3.4. Diseño de la investigación

Será no experimental porque únicamente se observará el fenómeno tal como sucede de forma natural y posteriormente se analizará, sin manipular las variables (64).

El corte será transversal debido a que la valoración de los fenómenos se efectuará en un solo momento y en un tiempo establecido, sin períodos de seguimiento de la evolución del fenómeno de interés (65).

El nivel será correlacional en el que se establecerá el grado de asociación entre las dos variables de estudio (66).

El diseño será prospectivo porque el seguimiento de los casos y la medición de variables se realizará en el presente a manera que van presentándose los mismos (67).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población es la totalidad de los sujetos de investigación, en este caso lo constituyen los 84 neonatos pretérmino y sus madres de un hospital público en Quevedo, Ecuador en el período 2024 (68).

Muestra

Se entiende por muestra a un subgrupo de la población de estudio, en este caso será una muestra censal ya que se estudiarán a todos los miembros que constituyen la población, ya que es reducida y finita, así no se afectará la validez de los resultados obtenidos (69).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Neonatos internados en la UCIN con diagnóstico de Distrés Respiratorio.
- Neonatos de 28 a 36,6 semanas por Test de Capurro.
- Neonatos de sexo masculino y femenino.
- Neonatos de todas las razas disponibles.
- Neonatos con historias clínicas maternas completas en sistema AS400.
- Madres de los neonatos de todas las edades.

Criterios de exclusión

- Neonatos menores a 28 semanas y superiores a 36,6 semanas.
- Neonatos con otras patologías respiratorias.
- Neonatos con cardiopatías congénitas.
- Neonatos hermafroditas.
- Neonatos con historias clínicas maternas incompletas en el sistema AS400.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Factores de Riesgo

Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (niveles o rangos)
V1 Factores de Riesgo	Cualquier circunstancia o condición que se asocia o tiene el potencial de incrementar de forma directa o indirecta la posibilidad de desarrollar un proceso patológico (32).	Circunstancias presentes en la madre y en el recién nacido durante el período perinatal que determinan la aparición del distrés respiratorio, donde se medirá a través de la técnica de análisis documental y como instrumento la ficha de recolección de datos para obtener de las historias clínicas los antecedentes maternos y el cuadro clínico del neonato	Maternos Neonatales	1.Tipo de parto 2.Hemorragia 3.Preeclampsia 4.Edad materna 5.Infección de vías urinarias. 6.Ruptura Prematura de Membranas 7.Corticoides Prenatales. 8.Diabetes Gestacional 9.Control Prenatal 10.Sexo 11.Peso 12.Edad gestacional 13.Puntuación Apgar 14.Raza 15.Asfixia Perinatal 16.Líquido Amniótico	Ordinal	Bajo (16-25) Medio (26-34) Alto (35-44)
V2 Síndrome de Distrés Respiratorio	Cuadro clínico agudo derivado de una inadecuada cantidad de surfactante pulmonar, sustancia tensoactiva que permite la correcta expansión alveolar, dando como resultado atelectasia, disminución del intercambio gaseoso e hipoxemia grave (18).	Patología respiratoria causada por el déficit de surfactante pulmonar en el neonato pretérmino, donde se medirá a través de la técnica de análisis documental y como instrumento la ficha de recolección de datos para obtener de las historias clínicas el grado de dificultad respiratoria, hallazgos radiográficos e intercambio gaseoso presentados.	Dificultad Respiratoria Hallazgos Radiográficos Intercambio Gaseoso	1.Aleteo nasal 2.Quejido respiratorio 3.Retracción xifoidea 4.Retracción intercostal 5.Concordancia toraco-abdominal 6. Tipo I 7. Tipo II 8. Tipo III 9.Tipo IV 10.Hipoxemia 11.Hipercapnea 12.Acidosis	Ordinal	Leve (12-21) Moderado (22-31) Severo (32-41)

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnicas

Se empleará como técnica de recolección de datos el análisis documental que de acuerdo a lo mencionado por Peña, es el proceso mediante el cual se identifican, recogen y analizan documentos relacionados con la temática propuesta por el investigador, en este caso las historias clínicas maternas y del recién nacido, para disgregar los elementos principales de dicho contenido haciendo posible una mejor comprensión, capacidad de adaptarlo a su objeto de estudio, determinar su relevancia y a la vez generar nueva información (70).

3.7.2 Descripción de instrumentos

Instrumento para medir la variable Factores de Riesgo

Se empleará la ficha de recolección de datos creada por la autora de la presente investigación; dicho instrumento contiene 16 ítems, que están distribuidos en dos dimensiones Maternos con nueve ítems (tipo de parto, hemorragia, preeclampsia, edad materna, infección de vías urinarias, corticoides prenatales, ruptura prematura de membranas, control prenatal y diabetes gestacional y), y Neonatales con siete ítems (sexo, peso, edad gestacional, Apgar, raza, asfixia perinatal, y líquido amniótico). Para asignar las respuestas se emplearán tanto escalas dicotómicas como politómicas según el caso, las mismas que se les asignará un valor entre 1-4, para cuantificar la variable sus rangos serán: Bajo (16-25 puntos), Medio (26-34 puntos), y Alto (35-44 puntos).

Instrumento para medir la variable Síndrome de Distrés Respiratorio

Se empleará una ficha de recolección de datos creada por la autora dicho instrumento contine 12 ítems, mismos que están distribuidos en tres dimensiones Dificultad Respiratoria

con cinco ítems (retracción xifoidea, quejido respiratorio, aleteo nasal, retracción intercostal y concordancia toraco-abdominal), Hallazgos Radiográficos con cuatro ítems (Tipos I, II, III y IV), e Intercambio gaseoso con tres ítems (hipoxemia, hipercapnia y acidosis). Para asignar las respuestas se emplearán escalas dicotómicas y politómicas según corresponda con valores que oscilan entre 1-4; y para su categorización se utilizarán los niveles: Leve (12-20 puntos), Moderado (21-28 puntos), y Severo (29-35 puntos).

3.7.3 Validación

Instrumento de la variable Factores de Riesgo

Se sometió a la consideración y dictamen de tres especialistas: Primer experto: Magíster en Docencia Universitaria, Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales: Janeth Carol Córdova Rebatta. Segundo Experto: Magíster en Docencia Universitaria, Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales: Isabel Mercedes Valenzuela Valdivia. Tercer Experto: Magíster en Gerencia de los Servicios de Salud, Especialista en Neonatología: Elizabeth Maribel Gil Miranda. Todos ellos han seguido los criterios de pertinencia, relevancia y claridad para valorar el instrumento.

Instrumento de la variable Síndrome de Distrés Respiratorio

Se sometió a la consideración y dictamen de tres especialistas: Primer experto: Magíster en Docencia Universitaria, Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales: Janeth Carol Córdova Rebatta. Segundo Experto: Magíster en Docencia Universitaria, Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales: Isabel Mercedes Valenzuela Valdivia. Tercer Experto: Magíster en Gerencia de los Servicios de Salud, Especialista en Neonatología: Elizabeth

Maribel Gil Miranda. Todos ellos han seguido los criterios de pertinencia, relevancia y claridad para valorar el instrumento.

3.7.4 Confiabilidad

Instrumento de la variable Factores de Riesgo

Se probó la confiabilidad de este instrumento con una prueba piloto, misma que se aplicó en 10 neonatos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital público en Ecuador, con un valor de 0,93 del coeficiente de Alfa de Cronbach equivalente a excelente.

Instrumento de la variable Síndrome de Distrés Respiratorio

Se probó la confiabilidad de este instrumento con una prueba piloto realizada en 10 neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital público en Ecuador, con un valor de 0,90 del coeficiente de Alfa de Cronbach equivalente a excelente.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se recopilará la información obtenida previa autorización del Departamento de Docencia de la institución donde se ejecutará la investigación; luego de obtener la aceptación de participar en el estudio mediante el consentimiento informado firmado por el representante legal del menor, se aplicarán los instrumentos para extraer los datos de las historias clínicas tanto maternas como neonatales, los mismos que serán ingresados en una base de datos del software Microsoft Excel para posteriormente ser procesado por el paquete estadístico SPSS® v. 26, de donde se consignarán las tablas y gráficos respectivos para explicar las variables propuestas. Para contrastar

la hipótesis se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman que permite establecer la relación lineal entre las variables de esta investigación y determinar el sentido de dicha asociación.

3.9. Aspectos éticos

Se tomará en consideración lo establecido por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y los principios bioéticos de Belmont: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Autonomía: Partiendo de este principio, se respetará la voluntad del representante legal del neonato de participar de forma libre y voluntaria en esta investigación, para lo cual se requerirá la firma del consentimiento informado.

Beneficencia: Hace referencia al bien que se obtendrá al conocer los factores de riesgo para prevenir el distrés respiratorio en los neonatos, se contribuiría a reducir las cifras de morbimortalidad asociados a éstos y se mejorarían la calidad de vida y condición de salud del binomio materno-fetal.

No Maleficencia: El principio radica en no dañar a las madres y sus recién nacidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales, no se los expondrá ya que únicamente se realizará la revisión de historias clínicas.

Justicia: Basándose en este principio, se evitará cualquier trato discriminatorio hacia las madres y los neonatos por razón de credo, raza, estrato social o tendencia política.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2024					
	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.
Búsqueda de la realidad problemática	X					
Identificación de las fuentes bibliográficas	X					
Situación problemática y marco teórico	X	X				
Importancia y justificación de la investigación	X	X				
Planteamiento de problemas y objetivos		X				
Enfoque y diseño de investigación		X	X			
Población, muestra y muestreo		X	X			
Técnicas e instrumentos de recolección de datos		X	X			
Aspectos bioéticos			X			
Métodos de análisis de información			X	X		
Aspectos administrativos del estudio				X		
Elaboración de los anexos				X		
Aprobación del proyecto					X	X
Sustentación del trabajo						X

4.2. Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (\$.)	
				Unitario	Total
Servicios	Tipeo	Hoja	400	2.00	800.00
	Internet	Horas	250	1.00	250.00
	Encuadernación	Unidad	03	65.00	195.00
	Viático	Unidad	50	10.00	500.00
	Movilidad	Unidad	30	2.00	60.00
	Subtotal				
Recursos materiales	Computador	Unidad	01	700.00	700.00
	Papel bond	Millar	01	10.00	10.00
	Lapiceros	Unidad	10	1.00	10.00
	Archivadores	Unidad	03	20.00	60.00
	Memoria USB	Unidad	01	18.00	18.00
	Subtotal				
N°	ÍTEMS				COSTO (\$)
1	Servicios				1,805.00
2	Recursos materiales				798.00
TOTAL					2,603.00

5. REFERENCIAS

1. Ekhaguere O, Okonkwo I, Batra M, Hedstrom A. Respiratory distress syndrome management in resource limited settings—Current evidence and opportunities in 2022. *Front Pediatr* [Internet]. el 29 de julio de 2022 [citado el 1 de mayo de 2024]; 10:1–15. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.961509/full>
2. García M, Medranda K, Faubla M, Delgado E. Riesgos del Síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. *RECIAMUC* [Internet]. el 16 de junio de 2021 [citado el 30 de abril de 2024];172–80. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/666/1015>
3. Sweet D, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology* [Internet]. el 7 de marzo de 2023 [citado el 11 de mayo de 2024];120(1):3–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000528914>
4. Sweet D, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, te Pas A, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update. *Neonatology* [Internet]. el 11 de abril de 2019 [citado el 30 de abril de 2024];115(4):432–50. Disponible en: https://karger-com.translate.google/neo/article/115/4/432/231930/European-Consensus-Guidelines-on-the-Management-of?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es-419&_x_tr_pto=sc
5. Yadav S, Lee B, Kamity R. Neonatal Respiratory Distress Syndrome. En: Board, editor. *StatPearls* [Internet]. StatPearls; 2022 [citado el 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>

6. Marinonio A, Costa-Nobre D, Sanudo A, Miyoshi M, Areco K, Kawakami M, et al. Temporal Trend and Risk Factors for Respiratory Distress Syndrome-Associated Neonatal Mortality in Preterm Infants: A Population-Based Study in a Middle-Income Country. *Am J Perinatol* [Internet]. 2022 [citado el 8 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-1754410.pdf>
7. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. febrero de 2022 [citado el 14 de mayo de 2024];6(2):106–15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8786667/>
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). INEC. 2022 [citado el 30 de abril de 2024]. p. 1 Nacidos vivos y defunciones fetales. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
9. Santos J, Pineda A. Evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo en los neonatos del área de cuidados intensivos del Hospital “Delfina Torres de Concha”. *Más Vita* [Internet]. el 15 de octubre de 2021 [citado el 30 de abril de 2024];3(3):8–21. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343291/229-texto-del-articulo-796-1-10-20211015.pdf>
10. Neira J, Arroba M, Ulloa M, Benítez M, Masías J, Chimborazo A, et al. Síndrome de distress respiratorio del recién nacido en el hospital General Guasmo Sur, Ecuador. *AVFT* [Internet]. el 22 de noviembre de 2022 [citado el 30 de abril de 2024];769–72. Disponible en: <https://zenodo.org/record/7521625>

11. Chen I, Chen H. New developments in neonatal respiratory management. *Pediatr Neonatol* [Internet]. el 1 de julio de 2022 [citado el 1 de mayo de 2024];63(4):341–7. Disponible en: [https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572\(22\)00048-1/fulltext](https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572(22)00048-1/fulltext)
12. Permana I, Judistiani T, Alia A, Yuniati T, Setiabudiawan B. Incidence of Respiratory Distress Syndrome and Its Associated Factors Among Preterm Neonates: Study From West Java Tertiary Hospital. *Open Access Int J Trop Vet Biomed Res* [Internet]. el 1 de mayo de 2022 [citado el 13 de mayo de 2024];7(1):1–7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/364577178_Incidence_of_Respiratory_Distress_Syndrome_and_Its_Associated_Factors_among_Preterm_Neonates_Study_from_West_Java_Tertiary_Hospital
13. Stylianou-Riga P, Boutsikou T, Kouis P, Kinni P, Krokou M, Ioannou A, et al. Maternal and neonatal risk factors for neonatal respiratory distress syndrome in term neonates in Cyprus: a prospective case–control study. *Ital J Pediatr*. el 1 de diciembre de 2021;47(1).
14. Abdel K, Mohamed M, Abd-Elmawgood E. Risk factors of respiratory diseases among neonates in neonatal intensive care unit of Qena University Hospital, Egypt. *Ann Glob Health* [Internet]. el 26 de febrero de 2020 [citado el 8 de mayo de 2024];86(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7047767/>
15. Loor S, Urrutia M, Huacón J, Ramírez F, Lara C. Factors associated with severe neonatal respiratory distress syndrome. *Rev Ecuat Pediatr* [Internet]. el 17 de agosto de 2022 [citado el 8 de julio de 2023];23(2):93–100. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397192/ao2_160_loor_stefania_factores-asociados-al-sindrome-de-distre_OpoMSbe.pdf

16. Palacios J, Ochoa T. Factores asociados a Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido del Hospital José Carrasco Arteaga. Estudio de casos y controles. [Internet]. Cuenca; 2020 dic [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/EC_0d6c3e286ce30d37b52c1243118dac8f
17. De la Guardia L, Rudalcaba J, Ledezma R. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria Health and its determinants, health promotion and health education. JONNPR Journal of negative & no positive results [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 22 de mayo de 2024];5(1):81–90. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
18. Coronel M, Saldarriaga D, Córdova C, Nieves R. Principales causas de riesgo obstétrico en el Centro de Salud “Roberto Astudillo” de la ciudad de Milagro Enero-Junio 2019. Más Vita [Internet]. el 26 de marzo de 2022 [citado el 1 de mayo de 2024];4(1):94–103. Disponible en: <https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/296>
19. Tefera M, Assefa N, Mengistie B, Abrham A, Teji K, Worku T. Elective cesarean section on term pregnancies has a high risk for neonatal respiratory morbidity in developed countries: A systematic review and meta-analysis. Vol. 8, *Frontiers in Pediatrics*. Frontiers Media S.A.; 2020.
20. Contreras R, Enríquez R. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. *Revista CONAMED* [Internet]. el 24 de octubre de 2022 [citado el 9 de mayo de 2024];27(S1): s27-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2022/cons221e.pdf>

21. Erazo S, Reyes K, Bermúdez A, Erazo M. Hemorragia en el parto y en el embarazo. RECIAMUC [Internet]. el 29 de noviembre de 2022 [citado el 22 de mayo de 2024];6(4):66–74. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/970>
22. Wen Y, Yang H, Chou H, Chen C, Hsieh W, Tsou K, et al. Association of Maternal Preeclampsia with Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Very-Low-Birth-Weight Infants. *Sci Rep.* el 1 de diciembre de 2019;9(1).
23. Sánchez-González M, Crespo-Naranjo J, De Oca-González S. Influence of maternal age on perinatal and maternal outcomes. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. el 2 de noviembre de 2023 [citado el 22 de mayo de 2024];91(1):1–10. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v91n1/0300-9041-gom-91-1-1.pdf>
24. López P. Infección de vías urinarias en mujeres gestantes. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. el 1 de diciembre de 2021 [citado el 22 de mayo de 2024];6(12):e745. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/745>
25. Bouvier D, Forest J, Blanchon L, Bujold E, Pereira B, Bernard N, et al. Risk factors and outcomes of preterm premature rupture of membranes in a cohort of 6968 pregnant women prospectively recruited. *J Clin Med* [Internet]. el 1 de noviembre de 2019 [citado el 2 de mayo de 2024];8(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912547/pdf/jcm-08-01987.pdf>
26. Walters A, McKinlay C, Middleton P, Harding JE, Crowther CA. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes [Internet]. Vol. 2022, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd;

- 2022 [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8978608/pdf/CD003935.pdf>
27. Li Y, Wang W, Zhang D. Maternal diabetes mellitus and risk of neonatal respiratory distress syndrome: a meta-analysis. *Acta Diabetol.* el 6 de julio de 2019;56(7):729–40.
 28. Gamiño D, Navarrete D, García D. Control prenatal en el desenlace en parto pretérmino: un estudio de cohorte retrospectivo. *Ocronos [Internet]*. el 21 de diciembre de 2021 [citado el 2 de mayo de 2024];1–8. Disponible en: <https://revistamedica.com/control-prenatal-parto-pretermino/>
 29. Cárdenas W. “Comportamiento clínico y terapéutico del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en recién nacidos atendidos en el hospital Fernando Vélez Paiz, Enero 2019 a Diciembre 2020”. [Internet]. [Managua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ; 2021 [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/16624/1/16624.pdf>
 30. Puello A, Laiseca E. Morbilidad y mortalidad en recién nacidos pretérmino menores de 32 semanas en una unidad de cuidados intensivos neonatal de la ciudad de Bogotá (Colombia). *Universitas Médica.* el 15 de octubre de 2021;62(4).
 31. Tamayo V, Morilla A. Epigenética, sexo masculino y enfermedades neonatales [Internet]. La Habana; 2021 oct. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-4827-4978>
 32. Lianou L, Petropoulou C, Lipsou N, Bouza H. Difference in Mortality and Morbidity Between Extremely and Very Low Birth Weight Neonates. *Neonatal Network [Internet]*. el 1 de agosto de 2022;41(5):257–62. Disponible en: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/NN-2021-0015>

33. Mekic N, Selimovic A, Cosickic A, Mehmedovic M, Hadzic D, Zulic E, et al. Predictors of adverse short-term outcomes in late preterm infants. *BMC Pediatr* [Internet]. el 17 de junio de 2023;23(1):298. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-023-04112-z>
34. Gebreheat G, Tadesse B, Teame H. Predictors of respiratory distress syndrome, sepsis and mortality among preterm neonates admitted to neonatal intensive care unit in northern Ethiopia. *J Pediatr Nurs* [Internet]. el 1 de marzo de 2022;63:e113–20. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596321002979>
35. Duncan J, Sawangkum P, Hoover E, Aziz M, Vilchez G. Birthweight and Apgar at 5 minutes of life for the prediction of severe neonatal outcomes in preterm prelabor rupture of membranes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. el 2 de diciembre de 2022;35(23):4521–5. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1854214>
36. Andrikopoulou M, Emeruwa UN, Ludwig E, Overton E, Gyamfi-Bannerman C. Race and neonatal respiratory morbidity in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. el 2 de septiembre de 2021;3(5):100408. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589933321001038>
37. Vásquez B, Puetate J, García C, García J. Consecuencias de la asfixia perinatal en fetos o recién nacidos. *RECIMUNDO* [Internet]. el 24 de octubre de 2021;5(4):315–22. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1364>

38. Carvajal F. Síndrome de aspiración meconial: revisión de la fisiopatología y estrategias de manejo. *Neumología Pediátrica* [Internet]. el 27 de diciembre de 2022;17(4):134–8. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatria.cl/index.php/NP/article/view/515>
39. Herrera A, Machado P, Tierra V, Coro E, Remache K. El profesional de enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención. *Revista Eugenio Espejo* [Internet]. el 11 de enero de 2022 [citado el 16 de mayo de 2024];16(1):98–111. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/435>
40. Villegas M, Sánchez Z, Urbina O. El envejecimiento poblacional: una mirada desde la práctica de enfermería basada en el modelo de Nola J. Pender. *Revista Scielo* [Internet]. el 21 de noviembre de 2023 [citado el 19 de mayo de 2024];21(6):1–7. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n6/1727-897X-ms-21-06-1298.pdf>
41. Párraga J. Enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. *The Ecuador Journal of Medicine* [Internet]. el 1 de mayo de 2022 [citado el 25 de julio de 2023];4(1):49–72. Disponible en: <https://revistafecim.org/index.php/tejom/article/view/120>
42. Enyew E, Bitew D, Gelagay A. Incidence, time to recovery and predictors among neonates admitted with respiratory distress to the neonatal intensive care unit at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia, 2021. *PLoS One* [Internet]. el 1 de diciembre de 2022 [citado el 30 de abril de 2024];17(12 December). Disponible en: https://journals-plos-org.translate.google/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0278887&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es-419&_x_tr_pto=sc

43. Díaz M, Ramírez C, Vergara F. Prevalencia de etiologías del Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido. Perfil materno y neonatal en centro Neonatal. *Matronería Actual* [Internet]. el 15 de septiembre de 2020 [citado el 30 de abril de 2024];(1). Disponible en: <https://revistas.uv.cl/index.php/matroneria/article/view/2186/2436>
44. Bae C, Kim C, Chung S, Choi Y. History of pulmonary surfactant replacement therapy for neonatal respiratory distress syndrome in Korea. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2019 [citado el 30 de abril de 2024];34(25). Disponible en: <https://jkms.org/pdf/10.3346/jkms.2019.34.e175>
45. Loayza P. Factores de riesgo asociados al síndrome de distrés respiratorio en el recién nacido del Hospital de Huaycán [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2019 [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4977/UNFV_LOAYZA_CARRILLO_PATRICIA_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. Alvaréz A, Santos C, Velásquez L, Flores C, Lemus D, Luna A, et al. “Síndrome de dificultad respiratoria del neonato” [Internet]. Guatemala; 2020 nov [citado el 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2021/03/GPC-BE-No-118-Sindrome-de-dificultad-respiratoria-del-neonato-IGSS.pdf>
47. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. el 25 de diciembre de 2020;2021(2). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004454.pub4>

48. Caserío S, Medina S. Uso de corticoides antenatales para la maduración pulmonar fetal ¿Cambio de paradigma? [Internet] [Tesis]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2022 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/55123/TFG-M2684.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
49. Glaser K, Speer C, Wright C. Fine Tuning Non-invasive Respiratory Support to Prevent Lung Injury in the Extremely Premature Infant [Internet]. Vol. 7, *Frontiers in Pediatrics*. Frontiers Media S.A.; 2020 [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2019.00544/full>
50. Pinargote J, Álvarez M, Álava K, Víneces C. Síndrome de distrés respiratorio neonatal. Técnicas ventilatorias. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2022 [citado el 9 de mayo de 2024];478–86. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1589/2039>
51. Suárez C, Suárez G, Suárez J. Asistencia ventilatoria mecánica invasiva y su influencia en la morbimortalidad neonatal. *Ciencia Digital* [Internet]. el 5 de julio de 2019 [citado el 9 de mayo de 2024];3(3):83–97. Disponible en: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/614>
52. Chen I, Chen H. New developments in neonatal respiratory management. Vol. 63, *Pediatrics and Neonatology*. Elsevier (Singapore) Pte Ltd; 2022. p. 341–7.
53. Rodríguez J, Chong P, Tixe J, Leyton R. Escala de Silverman en la dificultad respiratoria neonatal. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. el 1

- de noviembre de 2019 [citado el 30 de abril de 2024];3(3):113–27. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/601>
54. Gesteiro E, Sánchez-Muniz F, Perea S, Espárrago M, Bastida S. Investigadores en Pediatría y Neonatología rendimos homenaje a la Dra Virginia Apgar. JONNPR [Internet]. el 3 de marzo de 2019 [citado el 30 de abril de 2024];4(3):387–97. Disponible en: <https://www.jonnpr.com/PDF/2541.pdf>
55. Vásquez B, Puetate J, García C, García J. Consecuencias de la asfixia perinatal en fetos o recién nacidos. RECIMUNDO [Internet]. el 24 de octubre de 2021 [citado el 16 de mayo de 2024];5(4):315–22. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1364>
56. Morales L, Bringué J, Kaufman D, Artigas A. Importancia del dióxido de carbono en el paciente crítico: implicaciones a nivel celular y clínico. Med Intensiva [Internet]. mayo de 2019 [citado el 16 de mayo de 2024];43(4):234–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.01.005>
57. Alcázar R, Albalate M, Sequera P. Trastornos del metabolismo ácido-base [Internet]. Madrid; 2021 ago [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-trastornos-del-metabolismo-acido-base-403>
58. Gutierrez Z, Gallardo I. El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica enfermera. Revista Conecta Libertad [Internet]. el 1 de agosto de 2023 [citado el 19 de mayo de 2024];4(2):1–11. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/110>

59. Leal P, Caicedo L. Factores de cuidado, experiencia a la luz de la teoría de Jean Watson. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2023 [citado el 19 de mayo de 2024];20(2):1–11. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3793>
60. Camila M, Ríos V, Mondragón E. Situación de Enfermería “Dejando ir a Natalia” [Internet]. Armenia; 2023 oct [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cue.edu.co/admin/js/plugins/ckeditor/kcfinder/upload/files/5Situación%20de%20Enfermería%20“Dejando%20ir%20a%20Natalia”.pdf>
61. Sánchez F. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria* [Internet]. el 24 de abril de 2019 [citado el 3 de mayo de 2024];13(1):101–22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008
62. Polanía C, Cardona F, Catañeda G, Vargas I, Calvache O, Abanto W. Metodología de Investigación Cuantitativa & Cualitativa [Internet]. Primera. Valbuena W, editor. Vol. 1. Lima: Institución Universitaria Antonio José Camacho Universidad César Vallejo; 2020 [citado el 3 de mayo de 2024]. 1–204 p. Disponible en: <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/596>
63. Castro J, Gómez L, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. *Tecnura* [Internet]. el 1 de enero de 2023 [citado el 3 de mayo de 2024];27(75):140–74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-921X2023000100140

64. Guevara P, Verdesoto A, Castro N. Dialnet-MetodologiasDeInvestigacionEducativaDescriptivasEx-7591592. Revista Científica Mundo de la Investigación [Internet]. el 10 de julio de 2020 [citado el 12 de mayo de 2024];4(3):163–73. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
65. Cvetković A, Maguiña J, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa L. Estudios Transversales. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. el 12 de enero de 2021 [citado el 12 de mayo de 2024];21(1):164–70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100179
66. Osada J, Salvador-Carrillo J. Estudios descriptivos correlacionales: ¿término correcto? Rev Med Chil [Internet]. el 13 de septiembre de 2021 [citado el 12 de mayo de 2024];149(9):1383–4. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000901383
67. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. el 1 de enero de 2019 [citado el 3 de mayo de 2024];30(1):36–49. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-metodologia-tipos-disenos-estudio-mas-S0716864019300057>
68. Mucha Hospinal L, Chamorro R, Oseda M, Alania-Contreras R. Evaluación de procedimientos que se toman para la población y muestra en trabajos de investigación. Desafíos [Internet]. el 2 de febrero de 2021 [citado el 12 de mayo de 2024];12(1). Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/udh/article/view/253e/189>

69. Quispe A, Pinto D, Bueno G, Valle-Campos A. Metodologías cuantitativas: Cálculo del tamaño de muestra con STATA y R Quantitative methods: Sample size calculation with STATA and [Internet]. Chiclayo; 2020 mar [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000100012
70. Peña T. Etapas del análisis de la información documental. Revista Interamericana de Bibliotecología [Internet]. el 31 de agosto de 2022 [citado el 11 de mayo de 2024];45(3):e340545. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rib/v45n3/2538-9866-rib-45-03-e4.pdf>


ANEXOS


Anexo 1. Matriz de consistencia

Título de la investigación: Factores de Riesgo y el Síndrome de Distrés Respiratorio en los neonatos de un hospital público, Quevedo, Ecuador, 2024.

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Qué relación hay entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Qué relación hay entre los factores de riesgo maternos y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos?</p> <p>¿Qué relación hay entre los factores de riesgo neonatales y el síndrome de distrés respiratorio?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar cuál es la relación entre los factores de riesgo maternos y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos.</p> <p>Identificar cuál es la relación entre los factores de riesgo neonatales y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.</p> <p>Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo maternos y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.</p> <p>Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo neonatales y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2024.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Factores de Riesgo</p> <p>Dimensiones</p> <p>Maternos</p> <p>Neonatales</p> <p>Variable 2</p> <p>Síndrome de Distrés Respiratorio</p> <p>Dimensiones</p> <p>Dificultad Respiratoria</p> <p>Hallazgo Radiográficos</p> <p>Intercambio Gaseoso</p>	<p>Tipo de investigación: Aplicada</p> <p>Enfoque: Cuantitativo.</p> <p>Método y diseño de la investigación: Hipotético-deductivo, diseño prospectivo, corte transversal, correlacional, no experimental.</p> <p>Población y muestra: 84 neonatos pretérmino con diagnóstico de Síndrome de Distrés Respiratorio y sus madres. (muestra censal).</p>

Anexo 2. Instrumentos

 FACTORES DE RIESGO Y EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN LOS NEONATOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, QUEVEDO, ECUADOR, 2024			
Ficha de Recolección de Datos: Factores de Riesgo			
N° Historia Clínica Madre:		N° Historia Clínica Neonato:	
Fecha:			
DIMENSIÓN MATERNOS			
1. Tipo de parto:	Cesárea ()	Vaginal ()	
2. Hemorragia en el embarazo:	Si- ()	No- ()	
3. Preeclampsia	Si- ()	No- ()	
4. Edad materna	Hasta 18 ()	19 - 35 ()	Mayor a 35 ()
5. Infección de vías urinarias (IVU)	Si- ()	No- ()	
6. Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	Si - ()	No- ()	
7. Corticoides prenatales	2 Dosis ()	1 Dosis ()	Ninguna ()
8. Diabetes gestacional	Si ()	No ()	
9. Controles prenatales	1-2 ()	3-5 ()	6 () No ()
DIMENSIÓN NEONATALES			
10. Sexo	Masculino ()	Femenino ()	
11. Peso al nacer	Menor a 1000 gramos (Extremadamente Bajo Peso)	()	
	Muy Bajo Peso: 1001 a 1499 gramos	()	
	1501 a 2499 gr (Bajo Peso)	()	
	2500 gramos o más (Peso Adecuado)	()	
12. Edad Gestacional por Capurro	28 a 31.6 semanas (Muy Prematuro)	()	
	32 a 33.6 semanas (Prematuro Moderado)	()	
	34 a 36.6 semanas (Prematuro Tardío)	()	
13. APGAR	Minuto uno	0 a 3 ()	4 a 6 () 7 a 10 ()
	Minuto cinco	0 a 3 ()	4 a 6 () 7 a 10 ()
14. Raza	Mestiza ()	Blanca ()	Indígena () Afro ()
15. Asfixia Perinatal	Leve ()	Moderada ()	Severa ()
16. Líquido Amniótico	Claro ()	Teñido +/- ()	Teñido +++ ()

 FACTORES DE RIESGO Y EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN LOS NEONATOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, QUEVEDO, ECUADOR, 2024				
Ficha de Recolección de Datos: Síndrome de Distrés Respiratorio				
N° Historia Clínica Madre:		N° Historia Clínica Neonato:		
DIMENSIÓN DIFICULTAD RESPIRATORIA				
17. Aleteo nasal	0 ()	1 ()	2 ()	
18. Quejido respiratorio	0 ()	1 ()	2 ()	
19. Retracción xifoidea	0 ()	1 ()	2 ()	
20. Retracción intercostal	0 ()	1 ()	2 ()	
21. Disociación toraco-abdominal	0 ()	1 ()	2 ()	
DIMENSIÓN HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS				
22. Imagen reticulogranular fina, discreto broncograma aéreo, sin superar la imagen cardio tímica. (Tipo I)	Si ()	No ()		
23. Imagen reticulogranular amplia en campo pulmonar, visible broncograma aéreo sobrepasando la silueta cardiaca. (Tipo II)	Si ()	No ()		
24. Infiltrado reticulogranular difuso, con nódulos confluentes, broncograma aéreo marcado, transparencia pulmonar disminuida, respetando límites de silueta cardiaca. (Tipo III)	Si ()	No ()		
25. Imagen de vidrio despulido en todo el tórax, sin distinción de la silueta cardíaca y total ausencia de aire en los pulmones. (Tipo IV)	Si ()	No ()		
DIMENSIÓN INTERCAMBIO GASEOSO				
26. Hipoxemia	Leve PaO ₂ 60 a 79 mmHg ()	Moderada PaO ₂ 40 a 59 mmHg ()	Severa PaO ₂ < de 40 mmHg ()	No ()
27. Hipercapnia	Leve CO ₂ 44 a 50 ()	Moderada CO ₂ 51 a 60 ()	Severa CO ₂ >60 ()	No ()
28. Acidosis	Leve pH 7.20- 7.30 ()	Moderada pH 7.10- 7.19 ()	Severa pH <7.10 ()	No ()

Anexo 3. Validez de los instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Magíster

Janeth Carol Córdova Rebatta

Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.**

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de **Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales**, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de **Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales**.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “**Factores de Riesgo y el Síndrome de Distrés Respiratorio en los neonatos de un hospital público, Quevedo, Ecuador, 2024**” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de Cuidados Intensivos Neonatales.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



Mirian Yadira Delgado Rodríguez
Pasaporte: 1721386702

Definición conceptual de las variables y dimensiones

Variable 1: Factores de Riesgo

Circunstancias presentes en la madre y/o en el recién nacido durante el período perinatal que determinan la aparición del distrés respiratorio neonatal, que se medirán mediante la técnica de análisis documental, con una ficha de recolección de datos de las historias clínicas para obtener los antecedentes maternos y cuadro clínico del neonato.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1: Maternos

Condición médica en una gestante relacionadas con la morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal, entre las que se mencionan: tipo de parto, hemorragia, preeclampsia, edad materna, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, corticoides prenatales, diabetes gestacional y control prenatal.

Dimensión 2: Neonatales

Característica clínica detectable en el neonato, que conducen a aumentar la probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria; entre las que están: sexo, peso, edad gestacional, puntuación Apgar, raza, asfixia perinatal, y líquido amniótico.

Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Patología respiratoria causada por el déficit de surfactante pulmonar en el neonato pretérmino, donde se medirá mediante la técnica de análisis documental, con una ficha de recolección de datos el grado de dificultad respiratoria, hallazgos radiográficos e intercambio gaseoso presentados.

Dimensiones de las variables:**Dimensión 1: Dificultad Respiratoria**

Cuadro clínico caracterizado por la incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire, medido a través del test de Silverman Anderson.

Dimensión 2: Hallazgos Radiográficos

Constituye toda imagen patológica observada en la radiografía de tórax que hace sospechar o confirma la existencia de uno de cuatro tipos de Síndrome de Distrés Respiratorio.

Dimensión 3: Intercambio Gaseoso

Hace referencia a la presencia de diversos grados de hipoxemia, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, reportadas en la gasometría arterial del neonato con patología respiratoria.

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 1: Factores de Riesgo

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
D1 Maternos	Condición detectable en la madre que podrían causar un riesgo para la gestación actual y afectar negativamente los resultados materno-fetales (18).	Condición médica en una gestante relacionadas con la morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de parto 2. Hemorragia 3. Preeclampsia 4. Edad materna 5. Infección de vías urinarias. 6. Ruptura Prematura de Membranas. 7. Corticoides Prenatales. 8. Diabetes Gestacional. 9. Control Prenatal. 	Ordinal	<p>Bajo (9-12)</p> <p>Medio (13-16)</p> <p>Alto (17-21)</p>
D2 Neonatales	Presencia de determinadas características perinatales del neonato que lo exponen a adquirir una enfermedad o a morir (30).	Característica clínica detectable en el neonato, que conducen a aumentar la probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria.	<ol style="list-style-type: none"> 10. Sexo 11. Peso 12. Edad gestacional 13. Puntuación Apgar 14. Raza 15. Asfixia Perinatal 16. Líquido Amniótico 	Ordinal	<p>Bajo (7-12)</p> <p>Medio (13-17)</p> <p>Alto (18-22)</p>

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
D1 Dificultad Respiratoria	Conjunto de signos y síntomas que reflejan la falta de oxígeno o deterioro respiratorio (53).	Cuadro clínico caracterizado por la incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire, medido a través del test de Silverman Anderson.	1. Aleteo nasal. 2. Quejido respiratorio 3. Retracción xifoidea 4. Retracción intercostal 5. Concordancia toraco-abdominal	Ordinal	Leve (5-7) Moderada (8-11) Severa (12-15)
D2 Hallazgos radiográficos	Es toda imagen que se observa durante un examen radiológico y que difiere de la imagen que debería observarse de acuerdo al diagnóstico especificado en la orden médica (46)	Constituye toda imagen patológica observada en la radiografía de tórax que hace sospechar o confirma la existencia de uno de cuatro tipos de Síndrome de Distrés Respiratorio.	6. Tipo I 7. Tipo II 8. Tipo III 9. Tipo IV	Ordinal	Leve (4) Moderada (5-6) Severa (7-8)
D3 Intercambio Gaseoso	Consiste en llevar el oxígeno del aire a la sangre y eliminar el anhídrido carbónico (CO ₂) al aire (55).	Hace referencia a la presencia de diversos grados de hipoxemia, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, reportadas en la gasometría arterial del neonato con patología respiratoria.	10. Hipoxemia 11. Hipercapnea 12. Acidosis	Ordinal	Leve (3-7) Moderada (8-12) Severa (13-16)

FACTORES DE RIESGO Y EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN LOS NEONATOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, QUEVEDO, ECUADOR, 2024

Nº.	DIMENSIONES/ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias	
Variable 1: Factores de Riesgo									
	DIMENSIÓN 1:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	MATERNOS								
1	Tipo de parto	X		X		X			X
2	Hemorragia en el embarazo	X		X		X			X
3	Preeclampsia	X		X		X			X
4	Edad materna	X		X		X			X
5	Infección de vías urinarias (IVU)	X		X		X			X
6	Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	X		X		X			X
7	Corticoides prenatales	X		X		X			X
8	Diabetes gestacional	X		X		X			X
9	Controles prenatales	X		X		X			X
	DIMENSIÓN 2:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	NEONATALES								
10	Sexo	X		X		X			X
11	Peso al nacer	X		X		X			X
12	Edad Gestacional por Capurro	X		X		X			X
13	APGAR	X		X		X			X
14	Raza	X		X		X			X
15	Asfixia Perinatal	X		X		X			X
16	Líquido Amniótico	X		X		X			X

Nº.	DIMENSIONES/ítems	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias				
Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio									
DIMENSIÓN 1: DIFICULTAD RESPIRATORIA		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
17	Aleteo nasal	X		X		X			X
18	Quejido respiratorio	X		X		X			X
19	Retracción xifoidea	X		X		X			X
20	Retracción intercostal	X		X		X			X
21	Disociación toraco-abdominal	X		X		X			X
DIMENSIÓN 2: HALLAZGOS RADIOGRAFICOS		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
22	Tipo I	X		X		X			X
23	Tipo II	X		X		X			X
24	Tipo III	X		X		X			X
25	Tipo IV	X		X		X			X
DIMENSIÓN 3: INTERCAMBIO GASEOSO		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
26	Hipoxemia	X		X		X			X
27	Hipercapnia	X		X		X			X
28	Acidosis	X		X		X			X

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable []

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Córdova Rebatta Janeth Carol

DNI: 40050351

Especialidad del validador: Cuidados Intensivos Neonatales.

15 de mayo de 2024.



Firma del experto informante

Experto 2
CARTA DE PRESENTACIÓN

Magíster

Isabel Mercedes Valenzuela Valdivia.

Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.**

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de **Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales**, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de **Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales**.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “**Factores de Riesgo y el Síndrome de Distrés Respiratorio en los neonatos de un hospital público, Quevedo, Ecuador, 2024**” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de Cuidados Intensivos Neonatales.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



Mirian Yadira Delgado Rodríguez
Pasaporte: 1721386702

Definición conceptual de las variables y dimensiones

Variable 1: Factores de Riesgo

Circunstancias presentes en la madre y/o en el recién nacido durante el período perinatal que determinan la aparición del distrés respiratorio neonatal, que se medirán mediante la técnica de análisis documental, con una ficha de recolección de datos de las historias clínicas para obtener los antecedentes maternos y cuadro clínico del neonato.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1: Maternos

Condición médica en una gestante relacionadas con la morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal, entre las que se mencionan: tipo de parto, hemorragia, preeclampsia, edad materna, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, corticoides prenatales, diabetes gestacional y control prenatal.

Dimensión 2: Neonatales

Característica clínica detectable en el neonato, que conducen a aumentar la probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria; entre las que están: sexo, peso, edad gestacional, puntuación Apgar, raza, asfixia perinatal, y líquido amniótico.

Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Patología respiratoria causada por el déficit de surfactante pulmonar en el neonato pretérmino, donde se medirá mediante la técnica de análisis documental, con una ficha de recolección de datos el grado de dificultad respiratoria, hallazgos radiográficos e intercambio gaseoso presentados.

Dimensiones de las variables:**Dimensión 1: Dificultad Respiratoria**

Cuadro clínico caracterizado por la incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire, medido a través del test de Silverman Anderson.

Dimensión 2: Hallazgos Radiográficos

Constituye toda imagen patológica observada en la radiografía de tórax que hace sospechar o confirma la existencia de uno de cuatro tipos de Síndrome de Distrés Respiratorio.

Dimensión 3: Intercambio Gaseoso

Hace referencia a la presencia de diversos grados de hipoxemia, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, reportadas en la gasometría arterial del neonato con patología respiratoria.

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 1: Factores de Riesgo

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
D1 Maternos	Condición detectable en la madre que podrían causar un riesgo para la gestación actual y afectar negativamente los resultados materno-fetales (18).	Condición médica en una gestante relacionadas con la morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de parto 2. Hemorragia 3. Preeclampsia 4. Edad materna 5. Infección de vías urinarias. 6. Ruptura Prematura de Membranas. 7. Corticoides Prenatales. 8. Diabetes Gestacional. 9. Control Prenatal. 	Ordinal	<p>Bajo (9-12)</p> <p>Medio (13-16)</p> <p>Alto (17-21)</p>
D2 Neonatales	Presencia de determinadas características perinatales del neonato que lo exponen a adquirir una enfermedad o a morir (30).	Característica clínica detectable en el neonato, que conducen a aumentar la probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria.	<ol style="list-style-type: none"> 10. Sexo 11. Peso 12. Edad gestacional 13. Puntuación Apgar 14. Raza 15. Asfixia Perinatal 16. Líquido Amniótico 	Ordinal	<p>Bajo (7-12)</p> <p>Medio (13-17)</p> <p>Alto (18-22)</p>

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
D1 Dificultad Respiratoria	Conjunto de signos y síntomas que reflejan la falta de oxígeno o deterioro respiratorio (53).	Cuadro clínico caracterizado por la incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire, medido a través del test de Silverman Anderson.	1. Aleteo nasal. 2. Quejido respiratorio 3. Retracción xifoidea 4. Retracción intercostal 5. Concordancia toraco-abdominal	Ordinal	Leve (5-7) Moderada (8-11) Severa (12-15)
D2 Hallazgos radiográficos	Es toda imagen que se observa durante un examen radiológico y que difiere de la imagen que debería observarse de acuerdo al diagnóstico especificado en la orden médica (46)	Constituye toda imagen patológica observada en la radiografía de tórax que hace sospechar o confirma la existencia de uno de cuatro tipos de Síndrome de Distrés Respiratorio.	6. Tipo I 7. Tipo II 8. Tipo III 9. Tipo IV	Ordinal	Leve (4) Moderada (5-6) Severa (7-8)
D3 Intercambio Gaseoso	Consiste en llevar el oxígeno del aire a la sangre y eliminar el anhídrido carbónico (CO ₂) al aire (55).	Hace referencia a la presencia de diversos grados de hipoxemia, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, reportadas en la gasometría arterial del neonato con patología respiratoria.	10. Hipoxemia 11. Hipercapnea 12. Acidosis	Ordinal	Leve (3-7) Moderada (8-12) Severa (13-16)

FACTORES DE RIESGO Y EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN LOS NEONATOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, QUEVEDO, ECUADOR, 2024

Nº.	DIMENSIONES/ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias	
Variable 1: Factores de Riesgo									
	DIMENSIÓN 1:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	MATERNOS								
1	Tipo de parto	X		X		X			X
2	Hemorragia en el embarazo	X		X		X			X
3	Preeclampsia	X		X		X			X
4	Edad materna	X		X		X			X
5	Infección de vías urinarias (IVU)	X		X		X			X
6	Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	X		X		X			X
7	Corticoides prenatales	X		X		X			X
8	Diabetes gestacional	X		X		X			X
9	Controles prenatales	X		X		X			X
	DIMENSIÓN 2:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	NEONATALES								
10	Sexo	X		X		X			X
11	Peso al nacer	X		X		X			X
12	Edad Gestacional por Capurro	X		X		X			X
13	APGAR	X		X		X			X
14	Raza	X		X		X			X
15	Asfixia Perinatal	X		X		X			X
16	Líquido Amniótico	X		X		X			X

Nº.	DIMENSIONES/ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias	
Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio									
DIMENSIÓN 1:		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
DIFICULTAD RESPIRATORIA									
17	Aleteo nasal	X		X		X			X
18	Quejido respiratorio	X		X		X			X
19	Retracción xifoidea	X		X		X			X
20	Retracción intercostal	X		X		X			X
21	Disociación toraco-abdominal	X		X		X			X
DIMENSIÓN 2:		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
HALLAZGOS RADIOGRAFICOS									
22	Tipo I	X		X		X			X
23	Tipo II	X		X		X			X
24	Tipo III	X		X		X			X
25	Tipo IV	X		X		X			X
DIMENSIÓN 3:		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
INTERCAMBIO GASEOSO									
26	Hipoxemia	X		X		X			X
27	Hipercapnia	X		X		X			X
28	Acidosis	X		X		X			X

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Valenzuela Valdivia Isabel Mercedes

DNI: 08125617

Especialidad del validador: Cuidados Intensivos Neonatales.

Magister en Docencia Universitaria.

Docente de Universidad Norbert Wiener.

Lima, 15 de mayo del 2024.

J Valenzuela V

Firma del experto informante

Experto 3
CARTA DE PRESENTACIÓN

Magíster

Elizabeth Maribel Gil Miranda.

Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.**

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de **Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales**, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de **Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales**.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “**Factores de Riesgo y el Síndrome de Distrés Respiratorio en los neonatos de un hospital público, Quevedo, Ecuador, 2024**” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de Cuidados Intensivos Neonatales.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



Mirian Yadira Delgado Rodríguez
Pasaporte: 1721386702

Definición conceptual de las variables y dimensiones

Variable 1: Factores de Riesgo

Circunstancias presentes en la madre y/o en el recién nacido durante el período perinatal que determinan la aparición del distrés respiratorio neonatal, que se medirán mediante la técnica de análisis documental, con una ficha de recolección de datos de las historias clínicas para obtener los antecedentes maternos y cuadro clínico del neonato.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1: Maternos

Condición médica en una gestante relacionadas con la morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal, entre las que se mencionan: tipo de parto, hemorragia, preeclampsia, edad materna, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, corticoides prenatales, diabetes gestacional y control prenatal.

Dimensión 2: Neonatales

Característica clínica detectable en el neonato, que conducen a aumentar la probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria; entre las que están: sexo, peso, edad gestacional, puntuación Apgar, raza, asfixia perinatal, y líquido amniótico.

Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Patología respiratoria causada por el déficit de surfactante pulmonar en el neonato pretérmino, donde se medirá mediante la técnica de análisis documental, con una ficha de recolección de datos el grado de dificultad respiratoria, hallazgos radiográficos e intercambio gaseoso presentados.

Dimensiones de las variables:**Dimensión 1: Dificultad Respiratoria**

Cuadro clínico caracterizado por la incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire, medido a través del test de Silverman Anderson.

Dimensión 2: Hallazgos Radiográficos

Constituye toda imagen patológica observada en la radiografía de tórax que hace sospechar o confirma la existencia de uno de cuatro tipos de Síndrome de Distrés Respiratorio.

Dimensión 3: Intercambio Gaseoso

Hace referencia a la presencia de diversos grados de hipoxemia, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, reportadas en la gasometría arterial del neonato con patología respiratoria.

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 1: Factores de Riesgo

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
D1 Maternos	Condición detectable en la madre que podrían causar un riesgo para la gestación actual y afectar negativamente los resultados materno-fetales (18).	Condición médica en una gestante relacionadas con la morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de parto 2. Hemorragia 3. Preeclampsia 4. Edad materna 5. Infección de vías urinarias. 6. Ruptura Prematura de Membranas. 7. Corticoides Prenatales. 8. Diabetes Gestacional. 9. Control Prenatal. 	Ordinal	<p>Bajo (9-12)</p> <p>Medio (13-16)</p> <p>Alto (17-21)</p>
D2 Neonatales	Presencia de determinadas características perinatales del neonato que lo exponen a adquirir una enfermedad o a morir (30).	Característica clínica detectable en el neonato, que conducen a aumentar la probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria.	<ol style="list-style-type: none"> 10. Sexo 11. Peso 12. Edad gestacional 13. Puntuación Apgar 14. Raza 15. Asfixia Perinatal 16. Líquido Amniótico 	Ordinal	<p>Bajo (7-12)</p> <p>Medio (13-17)</p> <p>Alto (18-22)</p>

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
D1 Dificultad Respiratoria	Conjunto de signos y síntomas que reflejan la falta de oxígeno o deterioro respiratorio (53).	Cuadro clínico caracterizado por la incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire, medido a través del test de Silverman Anderson.	1. Aleteo nasal. 2. Quejido respiratorio 3. Retracción xifoidea 4. Retracción intercostal 5. Concordancia toraco-abdominal	Ordinal	Leve (5-7) Moderada (8-11) Severa (12-15)
D2 Hallazgos radiográficos	Es toda imagen que se observa durante un examen radiológico y que difiere de la imagen que debería observarse de acuerdo al diagnóstico especificado en la orden médica (46)	Constituye toda imagen patológica observada en la radiografía de tórax que hace sospechar o confirma la existencia de uno de cuatro tipos de Síndrome de Distrés Respiratorio.	6. Tipo I 7. Tipo II 8. Tipo III 9. Tipo IV	Ordinal	Leve (4) Moderada (5-6) Severa (7-8)
D3 Intercambio Gaseoso	Consiste en llevar el oxígeno del aire a la sangre y eliminar el anhídrido carbónico (CO ₂) al aire (55).	Hace referencia a la presencia de diversos grados de hipoxemia, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, reportadas en la gasometría arterial del neonato con patología respiratoria.	10. Hipoxemia 11. Hipercapnea 12. Acidosis	Ordinal	Leve (3-7) Moderada (8-12) Severa (13-16)

FACTORES DE RIESGO Y EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN LOS NEONATOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, QUEVEDO, ECUADOR, 2024

Nº.	DIMENSIONES/ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias	
Variable 1: Factores de Riesgo									
	DIMENSIÓN 1:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	MATERNOS								
1	Tipo de parto	X		X		X			X
2	Hemorragia en el embarazo	X		X		X			X
3	Preeclampsia	X		X		X			X
4	Edad materna	X		X		X			X
5	Infección de vías urinarias (IVU)	X		X		X			X
6	Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	X		X		X			X
7	Corticoides prenatales	X		X		X			X
8	Diabetes gestacional	X		X		X			X
9	Controles prenatales	X		X		X		X (6 controles)	
	DIMENSIÓN 2:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	NEONATALES								
10	Sexo	X		X		X			
11	Peso al nacer	X		X		X			
12	Edad Gestacional por Capurro	X		X		X			
13	APGAR	X		X		X			
14	Raza	X		X		X			
15	Asfixia Perinatal	X		X		X			
16	Líquido Amniótico	X		X		X			

Nº.	DIMENSIONES/ítems	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias				
Variable 2: Síndrome de Distrés Respiratorio									
DIMENSIÓN 1: DIFICULTAD RESPIRATORIA		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
17	Aleteo nasal	X		X		X			X
18	Quejido respiratorio	X		X		X			X
19	Retracción xifoidea	X		X		X			X
20	Retracción intercostal	X		X		X			X
21	Disociación toraco-abdominal	X		X		X			X
DIMENSIÓN 2: HALLAZGOS RADIOGRAFICOS		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
22	Tipo I	X		X		X			X
23	Tipo II	X		X		X			X
24	Tipo III	X		X		X			X
25	Tipo IV	X		X		X			X
DIMENSIÓN 3: INTERCAMBIO GASEOSO		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
26	Hipoxemia	X		X		X			X
27	Hipercapnia	X		X		X			X
28	Acidosis	X		X		X			X

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable []

Aplicable después de corregir [x]


No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Gil Miranda Elizabeth Maribel

DNI: 09774617

Especialidad del validador: Neonatología.

Lima, 15 de mayo del 2024.



Mg. Esp. Elizabeth M. Gil Miranda
Enf. Neonatóloga
CEP. 29420 RNE. 15582

Firma del experto informante

Anexo 4. Confiabilidad de los instrumentos

Escala: Factores de Riesgo

Resumen de procesamiento de casos				Estadísticas de fiabilidad	
		N	%		
Casos	Válido	10	100,0	Alfa de Cronbach ,936	N de elementos 16
	Excluido ^a	0	,0		
	Total	10	100,0		

Estadísticas de total de elemento

	Medida de escala si el elemento es suprimido	Varianza de escala si el elemento es suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Tipo de Parto	30,50	50,722	,791	,930
Hemorragia	30,40	51,156	,840	,930
Preeclampsia	30,30	49,789	,785	,929
Edad Materna	29,90	51,878	,616	,933
IVU	30,60	50,944	,769	,930
RPM	30,50	50,944	,757	,931
Corticoides Prenatales	30,20	48,400	,815	,928
Diabetes Gestacional	30,40	51,156	,840	,928
Controles Prenatales	29,60	46,267	,614	,938
Sexo	30,10	49,878	,574	,938
Peso al Nacer	29,90	44,100	,905	,925
Edad Gestacional	29,80	46,178	,830	,927
Puntuación Apgar	30,20	48,400	,815	,928
Raza	29,10	53,656	,291	,939
Asfixia Perinatal	30,70	50,233	,788	,929
Líquido Amniótico	30,80	53,289	,257	,942

Escala: Síndrome de Distrés Respiratorio

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,909	12

Estadísticas de total de elemento

	Medida de escala si el elemento es suprimido	Varianza de escala si el elemento es suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Aleteo Nasal	21,70	40,900	,915	,889
Quejido Espiratorio	21,60	42,267	,866	,892
Retracción Xifoidea	21,60	42,267	,866	,892
Retracción Intercostal	21,60	42,267	,866	,892
Disociación Toracoabdominal	21,70	47,344	,363	,912
Tipo I	22,20	49,956	,067	,923
Tipo II	22,50	49,389	,262	,914
Tipo III	22,20	48,622	,302	,913
Tipo IV	22,30	46,622	,592	,905
Hipoxemia	21,20	37,067	,805	,895
Hipercapnia	21,00	37,111	,897	,887
Acidosis	21,10	35,878	,900	,888

Anexo 5. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Lic. Mirian Yadira Delgado Rodriguez

Título: Factores de Riesgo y el Síndrome de Distrés Respiratorio en los neonatos de un hospital público, Quevedo, Ecuador, 2024.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en la investigación titulada: “**Factores de Riesgo y el Síndrome de Distrés Respiratorio en los neonatos de un hospital público, Quevedo, Ecuador, 2024**”. Este es un trabajo elaborado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, con el propósito de determinar la relación entre los factores de riesgo y el síndrome de distrés respiratorio en los neonatos. Su ejecución permitirá incrementar el conocimiento sobre los principales factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de distrés respiratorio neonatal y establecer estrategias de prevención sanitaria que minimicen la incidencia de esta patología.

Procedimientos

Si usted se anima a participar en esta investigación, se le realizará lo siguiente:

Tendremos acceso a la historia clínica del neonato y su madre, se recopilará la información mediante una ficha de recolección de datos cuyo llenado por parte de la investigadora le tomará aproximadamente 10 minutos. Los datos obtenidos serán ingresados a una base de datos donde será codificada en forma anónima su confidencialidad.

Riesgos: Su participación no representará riesgo alguno, ya que los datos que se obtendrán serán exclusivamente de carácter sanitario, ya que necesitamos conocer de primera mano todos los antecedentes patológicos que presentó la madre durante el desarrollo de la gestación, además de las medidas antropométricas, estudios radiográficos y cuadro clínico presentado por el neonato que motivaron su ingreso hospitalario, con fines únicamente investigativos, quedando claro que se

revisarán solo las historias clínicas, no se realizará investigaciones experimentales o similares, se limitará a transcribir la información contenida en las historias clínicas del binomio materno fetal.

Beneficios: Al acceder a que la madre y el recién nacido participen de este estudio podrá tener la oportunidad de contribuir con la comunidad científica para que tengan más información acerca del distrés respiratorio en los neonatos y sus factores asociados al apareamiento de dicha patología, además se podrá contar con información actualizada que será una fuente para comparaciones posteriores de la evolución de esta patología en los neonatos.

Costos e incentivos

Su participación no requerirá ningún tipo de aporte económico, asimismo tampoco usted recibirá algún tipo de incentivo monetario de parte de la institución o el investigador por la misma.

Confidencialidad

Se guardará en forma codificada los datos obtenidos y tras la publicación de este estudio se dará a conocer únicamente los resultados, sin revelar información que permita la identificación de los sujetos de investigación; y ninguna persona ajena a la investigación tendrá acceso a dichos archivos.

Derechos del paciente

Si en algún momento usted se siente incómodo o tiene dudas para autorizar la participación del neonato y su madre podrá negarse a participar o a su vez retirarse en cualquier momento sin perjuicio algún de la atención a la que tienen derecho; y en caso de inquietud o molestia, puede comunicarse con la investigadora principal **Mirian Yadira Delgado Rodríguez** al número de teléfono **+593 982832087** o a su vez al comité que validó este trabajo, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790.

E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto en forma voluntaria que la madre y el recién nacido participen en esta investigación. Tengo claro las cosas que pueden pasar si decido participar en el estudio. Además, comprendo que puedo negarme a participar pese a haber aceptado, y puedo retirarme de la investigación en cualquier momento. Recibiré la copia firmada del consentimiento.



Participante

Investigador

Nombres:

Nombres: Mirian Delgado R.

DNI:

Pasaporte: 1721386702

● 14% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 6% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 13% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	uwiener on 2024-07-18 Submitted works	2%
2	uwiener on 2024-04-21 Submitted works	1%
3	uwiener on 2023-02-19 Submitted works	1%
4	uwiener on 2023-03-19 Submitted works	1%
5	uwiener on 2024-07-18 Submitted works	<1%
6	uwiener on 2024-06-14 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2024-06-14 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2024-03-12 Submitted works	<1%