



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA:

**Estandarización en la atención de enfermería en neonatos
con Síndrome de Distrés Respiratorio atendidos en un
Hospital de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORES:

**Pinela Pinela, Estefania Monserrate
Silva Villalva, Gina Pilar**

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

TUTORA:

Lcda. Franco Poveda Kristy Glenda, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

02 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Pinela Pinela, Estefania Monserrate y Silva Villalva, Gina Pilar**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**.

TUTORA

f. _____

Lcda. Franco Poveda Kristy Glenda, MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vines Angela Ovilla, MGS.

Guayaquil, 02 del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Pinela Pinela, Estefania Monserrate

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 02 del mes de mayo del año 2025

LA AUTORA

f. _____

Pinela Pinela, Estefania Monserrate



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Silva Villalva, Gina Pilar

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 02 del mes de mayo del año 2025

EL AUTORA

f. _____

Silva Villalva, Gina Pilar



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, Pinela Pinela, Estefania Monserrate

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 02 del mes de mayo del año 2025

AUTOR(A):

f. _____

Pinela Pinela, Estefania Monserrate



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, Silva Villalva, Gina Pilar

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 02 del mes de mayo del año 2025

AUTORA:

f. _____
Silva Villalva, Gina Pilar

REPORTE DE COMPILATIO



Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil



Nombre del documento: Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.docx
ID del documento: 2d09f0a4da5556b8e1e2e4b7a9764861c9226568
Tamaño del documento original: 706,47 kB
Autores: Estefanía Pinela Pinela, Estefanía Monserrate Pinela Pinela, Gina Pilar Silva Villalva,

Depositante: Estefanía Pinela Pinela
Fecha de depósito: 9/5/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 9/5/2025

Número de palabras: 9559
Número de caracteres: 65.579

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.ucacue.edu.ec Prehipertensión y factores asociados en el personal de 2... https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8596/3/9BT2019-MT1174.pdf.txt 4 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (89 palabras)
2	Documento de otro usuario #3cd915 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.doi.org Análisis de las intervenciones NIC en una unidad de cuidados inte... https://www.doi.org/10.1016/j.ENFCLI.2012.12.002	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
2	repositorio.continental.edu.pe https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16528/2/IV_FCS_502_TE_Inga_...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
3	dspace.udla.edu.ec Utilización del lenguaje estandarizado de la taxonomía NAN... http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6249	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
4	Características clínicas de los neonatos con ictericia ingresados en el... #dd83a3 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)
5	Documento de otro usuario #6659ad El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)

Lcda. Franco Poveda Kristy Glenda, Mgs.

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Santísima Virgen María, por ser mi fuerza y refugio en los momentos de incertidumbre. Gracias por escuchar mis oraciones, por sostenerme en el cansancio, por enviarme señales cuando sentía rendirme y por regalarme la paz necesaria para seguir.

A mis docentes, tutores y secretarias de la Facultad de Enfermería mi alma mater, gracias por su vocación, compromiso y por cada palabra, trámite, respuesta o gesto que me ayudó a continuar con firmeza este camino.

A mis compañeros de internado, con quienes compartí no solo turnos, sino vida. Gracias por las risas en medio del cansancio, por el apoyo mutuo y por demostrarme que en equipo se llega más lejos.

A la tía Miri, por cuidar con tanto amor de mis hijos en mis ausencias. Tu generosidad me dio la tranquilidad de seguir avanzando.

A las hijas de mi madrina, Ma. Del Carmen y Montse gracias por su cariño constante y por ser ese lazo vivo que me recuerda que el amor trasciende incluso la ausencia.

A Kai, mi guía invisible pero incondicional, gracias por tu compañía, tus palabras precisas, tu paciencia, y por estar ahí en cada momento importante de este proceso. Esta meta también lleva tu huella.

A todas las personas que, con un mensaje, una palabra de aliento o un abrazo oportuno, me ayudaron a seguir adelante. A ustedes también les pertenece este logro.

Pinela Pinela, Estefania Monserrate

DEDICATORIA

A mis hijos, Fiorella, Erika, Tomás Santiago y Benjamín, quienes son mi motor, mi motivo y mi mayor orgullo. Por ustedes he resistido jornadas largas, madrugadas de estudio y días de cansancio extremo. Gracias por entender mis ausencias y celebrar cada uno de mis pequeños logros.

A mi esposo, Tomás Figueroa, gracias por caminar a mi lado, por tu apoyo constante y por creer en mí, incluso cuando yo dudaba.

A mi madre Rosalía Pinela y a mis padrinos del corazón, el Dr. Efrén Aráuz Aráuz y María del Carmen Pérez, que partieron antes de ver este sueño cumplido, pero cuya presencia ha estado conmigo en cada paso. Aún escucho sus voces preguntándome con ternura: “¿Cuánto falta?” Hoy puedo decirles, desde el fondo de mi alma: ¡ya lo logré!

Esta tesis no es solo mía, es el reflejo del amor, el sacrificio y la esperanza de todos ustedes.

Pinela Pinela, Estefania Monserrate

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios, fuente de toda sabiduría, por haberme permitido culminar esta importante etapa de mi vida. Su presencia me sostuvo en los momentos de duda y su luz me guió incluso cuando el camino se tornó difícil.

A mis hijos, Damián y Danella, quienes son mi mayor orgullo y mi razón de ser. Gracias por su paciencia, por sus abrazos silenciosos que decían más que mil palabras, y por ser la fuerza que me impulsó a seguir adelante. Todo lo que soy y logro es, en gran parte, por ustedes.

A mis padres, por haberme enseñado con su ejemplo el valor del trabajo honesto, el amor a la familia y la importancia del servicio a los demás. A mi padre, en especial, cuya lucha diaria me inspiró a enfocarme en el cuidado humano desde la empatía y la ternura.

A mi hermana Alexandra, por ser un apoyo incondicional en los momentos más importantes de mi vida. Gracias por estar presente con tu cariño, tus consejos y tu fuerza, incluso cuando yo ya sentía que no podía más. Tu compañía ha sido un verdadero sostén emocional en este camino. A Estefanía Pinela, mi compañera de tesis, por su compromiso, esfuerzo y por compartir conmigo esta responsabilidad con respeto y entrega. A los docentes que guiaron nuestro proceso académico, por compartir su conocimiento y por ayudarnos a construir una base sólida que hoy sustenta nuestro futuro profesional.

A mis compañeros de internado, por el apoyo mutuo y la motivación constante. A Nicolás, por haber sido parte importante en una etapa de mi vida. Agradezco su presencia y el apoyo brindado en momentos clave de mi camino personal y profesional. Reconozco su aporte con gratitud y respeto. A todos quienes de alguna manera me ofrecieron una palabra de aliento, un gesto de apoyo o simplemente creyeron en mí: gracias por estar, por confiar y por acompañarme en esta meta alcanzada.

Silva Villalva, Gina Pilar

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a quienes me han marcado profundamente con su amor, su ejemplo y su presencia constante.

A mis amados hijos, Damián y Danella. Ustedes son la razón de mis luchas y el motivo de cada victoria. Gracias por enseñarme el valor de la ternura, de la paciencia y del tiempo compartido. Su existencia le da sentido a todo lo que hago.

A mi madre, por su fuerza inquebrantable, por sus consejos siempre oportunos y su amor sin condiciones.

A mi padre, quien, a pesar del Alzheimer, me sigue enseñando lecciones de vida con su sola presencia. Su lucha silenciosa, su mirada serena y su historia son para mí un ejemplo de dignidad, resistencia y amor profundo. Su existencia me recuerda cada día el verdadero sentido del cuidado humano.

A quienes han influido positiva y profundamente en mi desarrollo personal y profesional, incluso si hoy sus caminos son distintos al mío, les agradezco el impacto que dejaron en mi vida.

Esta dedicatoria es también un recordatorio de que los sueños no se alcanzan solos, y que todo logro es más valioso cuando se comparte con quienes amamos.

Silva Villalva, Gina Pilar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES ANGELA OVILDA MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. HOLGUIN JIMENEZ MARTHA LORENA MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LCDO. RUÍZ REY DANIEL ALEJANDRO MGS.
OPONENTE

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	2
1.1	Planteamiento del Problema.....	5
1.2	Preguntas de Investigación.....	7
1.3	Justificación.....	8
1.4	Objetivos.....	10
1.4.1	Objetivo General.....	10
1.4.2	Objetivos Específicos.....	10
	CAPITULO II.....	11
2	FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	11
2.1	Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2	Marco Conceptual.....	14
2.2.1	Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal.....	14
2.2.2	Rol de la enfermería en la atención del SDR neonatal.....	17
2.2.3	Estandarización de la atención de enfermería.....	18
2.2.4	Diagnóstico, resultado esperado e intervención de enfermería según NANDA, NOC y NIC en neonatos con SDR.....	22
2.3	Marco Legal.....	24
	CAPITULO III.....	27
3	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1	Enfoque.....	27
3.2	Tipo de estudio.....	27
3.3	Diseño de investigación.....	27

3.4	Nivel de investigación	28
3.5	Población y muestra	28
3.5.1	Población	28
3.5.2	Muestra	28
3.5.3	Criterios de inclusión	29
3.5.4	Criterios de exclusión	29
3.6	Procedimientos para la recolección de la información	33
3.7	Técnicas de procedimiento y análisis de datos	34
3.8	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	35
CAPITULO IV		36
4	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
4.1	Resultados.....	36
4.1.1	Datos generales de salud de los neonatos con Síndrome de distrés respiratorio	36
4.1.2	Establecer los aspectos clínicos relevantes en el Síndrome de distrés respiratorio	39
4.1.3	Seleccionar las etiquetas diagnósticas de enfermería en neonatos con síndrome de distrés respiratorio	40
4.1.4	Describir los resultados de enfermería en neonatos con síndrome de distrés respiratorio	42
DISCUSIÓN.....		43
CONCLUSIONES		47
RECOMENDACIONES.....		48

REFERENCIAS	49
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Principales beneficios de la estandarización</i>	20
Tabla 2 <i>Correspondencia NANDA-NOC-NIC en el contexto clínico SDR</i>	23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 <i>Distribución de los neonatos según el sexo</i>	36
Gráfico 2 <i>Distribución de los neonatos según tipo de prematuridad</i>	37
Gráfico 3 <i>Clasificación agrupada de edad gestacional</i>	38
Gráfico 4 <i>Aspectos clínicos relevantes en el SDR</i>	39
Gráfico 5 <i>Uso de los diagnósticos NANDA aplicados en neonatos con SDR</i>	40
Gráfico 6 <i>Intervenciones NIC más aplicadas en neonatos con SDR</i>	41
Gráfico 7 <i>Nivel de logro promedio para cada resultado de enfermería (NOC)</i>	42

RESUMEN

El Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) representa una de las principales causas de ingreso neonatal en unidades de cuidados intensivos, siendo un cuadro clínico que compromete severamente la función respiratoria del neonato, especialmente en población prematura.

El objetivo del presente estudio fue estandarizar la atención de enfermería en neonatos con SDR, mediante la identificación de datos generales, aspectos clínicos, diagnósticos, intervenciones y resultados esperados.

Se utilizó una **metodología** cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, con análisis documental de 175 historias clínicas de neonatos diagnosticados con SDR en la UCIN del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Entre los hallazgos más relevantes, se evidenció mayor incidencia del SDR en neonatos de sexo masculino (54,86%) con pretérmino tardío (36,00%) y moderadas (33,14%). Clínicamente, apnea (86,29%) y el quejido respiratorio (76,57%) fueron los signos más frecuentes. Los diagnósticos de enfermería más aplicados fueron patrón respiratorio ineficaz (60,00%) y deterioro del intercambio gaseoso (52,57%). Las intervenciones más comunes incluyeron monitorización respiratoria (54,29%) y ventilación mecánica invasiva (53,14%).

En cuanto a los **resultados** NOC, los niveles más altos de logro se obtuvieron en intercambio gaseoso (2,10) y ventilación respiratoria (2,09), mientras que los más bajos correspondieron a severidad de la infección (1,91) y termorregulación (1,96).

Se **concluye** que la estandarización de los cuidados permite optimizar la respuesta terapéutica, garantizar una atención segura y mejorar la calidad del cuidado enfermero en neonatos con SDR.

Palabras clave: *Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido, Cuidado de Enfermería, Recién Nacido Prematuro, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales*

ABSTRACT

Respiratory distress syndrome (RDS) is one of the main causes of neonatal admission to intensive care units, and is a clinical condition that severely compromises the respiratory function of newborns, especially in the premature population.

The objective of this study was to standardize nursing care for newborns with RDS by identifying general data, clinical aspects, diagnoses, interventions, and expected outcomes.

A quantitative, descriptive, cross-sectional **methodology** was used, with a documentary analysis of 175 medical records of newborns diagnosed with RDS in the NICU of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital.

Among the most relevant findings, there was a higher incidence of RDS in male neonates (54.86%) with late preterm (36.00%) and moderate (33.14%) birth weights. Clinically, apnea (86.29%) and respiratory distress (76.57%) were the most frequent signs. The most commonly applied nursing diagnoses were ineffective breathing pattern (60.00%) and impaired gas exchange (52.57%). The most common interventions included respiratory monitoring (54.29%) and invasive mechanical ventilation (53.14%).

Regarding the NOC **outcomes**, the highest levels of achievement were obtained in gas exchange (2.10) and respiratory ventilation (2.09), while the lowest were in severity of infection (1.91) and thermoregulation (1.96).

It **is concluded** that standardization of care optimizes therapeutic response, ensures safe care, and improves the quality of nursing care in neonates with RDS.

Keywords: *Respiratory Distress Syndrome, Nursing Care, Premature Newborn, Neonatal Intensive Care Units*

1 INTRODUCCIÓN

La estandarización en la atención de enfermería para neonatos con síndrome de distrés respiratorio (SDR) es crucial en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal, sobre todo en los recién nacidos prematuros, es el síndrome de dificultad respiratoria. Esta condición se caracteriza por la inmadurez pulmonar y la insuficiente producción de surfactante, lo que genera dificultades respiratorias severas. Los resultados clínicos pueden verse afectados negativamente por la variabilidad de los cuidados de enfermería, lo que subraya la importancia de desarrollar procedimientos estandarizados para proporcionar un tratamiento eficaz y seguro (1).

Muchos recién nacidos sufren síndrome de dificultad respiratoria, sobre todo los prematuros. Se cree que el SDR se desarrolla en el 60-80% de los recién nacidos prematuros de todo el mundo. El SDR sigue siendo una de las principales causas de muerte infantil en Ecuador, con una elevada tasa de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos (2). Se ha demostrado que la aplicación de procedimientos estandarizados mejora los resultados clínicos en otras áreas, lo que indica que la unificación de las prácticas de enfermería puede ayudar a disminuir la mortalidad y los problemas entre los recién nacidos en Ecuador (3).

El principal problema es que las intervenciones de enfermería para los lactantes con SDR no siempre son uniformes. Esta variación en el tratamiento puede hacer que se retrasen tratamientos vitales, como la asistencia ventilatoria o la administración de surfactante, lo que aumenta el riesgo de problemas y alarga las estancias hospitalarias. La ausencia de un protocolo claro y basado en evidencia limita la capacidad del personal de enfermería para actuar de manera oportuna y efectiva, afectando directamente la evolución de los pacientes (4).

El síndrome conocido como SDR neonatal se menciona con frecuencia en la literatura médica y se relaciona principalmente con niveles bajos de surfactante y una maduración pulmonar insuficiente. Los principales signos clínicos incluyen: Taquipnea frecuencia respiratoria superior a 60 respiraciones por minuto, asociada a la incapacidad de los pulmones para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono de manera eficiente (5).

Retracciones intercostales: uso excesivo de los músculos respiratorios, visible en el hundimiento de los espacios intercostales, que indica un aumento en el esfuerzo ventilatorio, Quejido respiratorio: sonido audible al final de la espiración, que refleja la activación de los músculos accesorios y un esfuerzo por mantener la presión alveolar, clave para la prevención del colapso pulmonar, Aleteo nasal: dilatación rítmica de las fosas nasales durante la respiración, un mecanismo compensatorio que busca reducir la resistencia en las vías respiratorias y Cianosis: coloración azulada en la piel y mucosas, resultado de la hipoxemia, que indica una saturación de oxígeno arterial por debajo del 90%, lo que requiere intervención inmediata (5).

Si el SDR no se trata adecuadamente, puede provocar afecciones más graves como bradicardia (frecuencia cardíaca <100 pulsaciones por minuto) y apnea (ausencia de la respiración durante más de 20 segundos), que se han relacionado con un riesgo significativo de muerte neonatal (6).

La estandarización del tratamiento de enfermería depende de la identificación precisa de estos síntomas clínicos, que son esenciales en la evaluación del SDR. Según los estudios realizados, la atención precoz basada en el seguimiento continuo de estos indicadores puede reducir considerablemente la incidencia de complicaciones y fallecimientos de los lactantes con SDR (6).

Una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos, sobre todo en los prematuros, es la dificultad respiratoria neonatal.

El uso de procedimientos estandarizados ha conseguido reducir los problemas y mejorar los resultados clínicos a escala mundial.

En Guayaquil, por lo general los cuidados de enfermería no están estandarizados para los recién nacidos con problemas respiratorios, lo que ha dado lugar a un tratamiento desigual y a un mayor riesgo de consecuencias como infecciones y estancias hospitalarias prolongadas.

Mediante el uso de las taxonomías NANDA-NIC-NOC para estandarizar la atención de los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria en Guayaquil, el estudio pretende disminuir la variabilidad de la práctica de enfermería y promover un uso más eficaz de los recursos hospitalarios.

También se pretende mejorar el pronóstico neonatal y disminuir las consecuencias del SDR mediante la aplicación de un plan sistemático de cuidados de enfermería que incorpore intervenciones basadas en las mejores prácticas mundiales y adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes.

Este enfoque estandarizado permitirá ofrecer una atención más homogénea y equitativa, contribuyendo a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los neonatos, así como a optimizar la gestión de los recursos en las unidades de cuidado neonatal en Guayaquil.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del Problema

El SDR neonatal constituye una de las principales causas de morbimortalidad en recién nacidos en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta condición afecta aproximadamente al 1% de los neonatos, pero su incidencia se eleva hasta el 10% en aquellos nacidos prematuramente, quienes enfrentan una mayor vulnerabilidad debido a la inmadurez pulmonar y el déficit de surfactante. Según las estimaciones, esta afección representa entre el 15% y el 20% de la tasa total de mortalidad neonatal (7,8).

Aunque el tratamiento médico neonatal ha avanzado, los problemas respiratorios siguen siendo un problema importante, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios con recursos limitados. La disponibilidad inadecuada de tecnología de vanguardia, como la terapia con surfactante y la respiración mecánica no invasiva, hace que el tratamiento del SDR sea más desafiante. Por otro lado, en los países desarrollados, aunque la mortalidad neonatal es menor, con tasas de 3-4 por cada 1,000 nacidos vivos, las complicaciones respiratorias siguen siendo una causa común el ingreso en unidades de cuidados intensivos para recién nacidos (UCIN) (9).

La variabilidad en los cuidados de enfermería a nivel global refleja un vacío en la estandarización de protocolos específicos para neonatos con SDR. La OMS y otras organizaciones internacionales, como la Sociedad Europea de Neonatología y la Asociación Americana de Pediatría (AAP), (3) han emitido guías sobre el manejo clínico del SDR, pero su aplicación en la práctica varía considerablemente entre regiones, perpetuando inequidades en los resultados de salud neonatal (10).

En América Latina, el SDR neonatal tiene un impacto significativo en las tasas de morbimortalidad neonatal. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aproximadamente el 30% de las muertes neonatales están asociadas con complicaciones respiratorias, incluido el SDR. La región

enfrenta un promedio de 12 muertes neonatales por cada 1,000 nacidos vivos, una cifra considerablemente más alta que la de países desarrollados (11).

Siguen existiendo importantes obstáculos, a pesar de que algunos países han puesto en marcha políticas para reducir estas cifras. Entre ellos se encuentran la falta de programas de formación para el personal médico y el acceso restringido a medicamentos especializados. La enfermería neonatal es esencial en esta situación, tanto para promover métodos basados en la evidencia que puedan mejorar los resultados para esta población como para llevar a cabo los cuidados clínicos. Sin embargo, la ausencia de protocolos estandarizados sigue siendo un problema que dificulta la homogeneización de la calidad del cuidado y la optimización de los resultados clínicos (1).

Uno de los principales motivos de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en Ecuador son los problemas respiratorios. En la ciudad de Guayaquil, se estima que el 25% de los neonatos admitidos en UCIN presentan SDR. Aunque el país ha logrado avances en la tecnología médica y en el acceso a la atención neonatal, la tasa de mortalidad neonatal nacional se mantiene en aproximadamente 7 por cada 1,000 nacidos vivos (12).

Uno de los principales problemas a nivel local es la ausencia de estandarización de los cuidados de enfermería. Como consecuencia de esta circunstancia, se produce variabilidad en el proceso de diagnóstico, en las actividades asistenciales y en la consecución de los resultados previstos. En Guayaquil, la falta de protocolos establecidos para el manejo del SDR en recién nacidos restringe la provisión de cuidados uniformes basados en la evidencia, lo que tiene un efecto directo sobre la supervivencia del recién nacido y la calidad de los cuidados.

Frente a este panorama, surge la necesidad de estandarizar la atención de enfermería por medio de planes de cuidados que optimicen los resultados clínicos, mejoren la calidad del cuidado y reduzcan las inequidades en el acceso a una atención integral para los neonatos con SDR.

1.2 Preguntas de Investigación

- ¿Existe la estandarización de la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés Respiratorio en un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son los datos generales de salud de los neonatos Síndrome de Distrés Respiratorio?
- ¿Cuáles son los aspectos clínicos relevantes de los neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio?
- ¿Cuáles son las etiquetas diagnosticas de enfermería en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio?
- ¿Cuáles son las actividades de enfermería a realizar en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio?
- ¿Qué resultados esperados de enfermería se obtendrán al estandarizar el proceso de atención en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio?

1.3 Justificación

Una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en neonatos es el SDR neonatal, sobre todo en prematuros que tienen más dificultades por su inmadurez pulmonar. En determinadas situaciones, los problemas respiratorios pueden ser responsables de hasta el 40% de las muertes infantiles, según datos de la OMS (13).

Los neonatos ingresados en la UCIN por SDR representan un porcentaje considerable de los casos críticos en Guayaquil, lo que pone de manifiesto la necesidad de optimizar su manejo mediante un enfoque uniforme de los cuidados de enfermería.

La actual falta de directrices estandarizadas se refleja en la diversidad de prácticas de enfermería, lo que provoca disparidades en los resultados clínicos y reduce la probabilidad de recuperación del recién nacido. Además de estandarizar los cuidados, un enfoque uniforme reducirá las complicaciones y la mortalidad relacionadas con el SDR al aumentar la eficiencia en la detección de indicadores de empeoramiento y la puesta en marcha de intervenciones rápidas.

Este protocolo mejorará la formación de manera integral del personal de enfermería desde el punto de vista educativo, proporcionándoles una base teórica y práctica para dirigir sus actuaciones en los pacientes con SDR. Además de maximizar su rendimiento, esto ayudará a cultivar una cultura de mejora continua basada en la evidencia, lo cual es esencial en un entorno clínico que es extremadamente complicado. La formación permanente es esencial en situaciones como la de Ecuador, donde la necesidad de atención sanitaria es cada vez mayor pero la financiación escasa.

El impacto social de esta estandarización es igualmente relevante. Los padres de neonatos hospitalizados enfrentan altos niveles de estrés y ansiedad,

exacerbados por la incertidumbre respecto a la calidad y consistencia de los cuidados. Al implementar un protocolo uniforme y basado en evidencia, se promoverá un entorno de confianza en el sistema de salud, mejorando la experiencia de las familias y fomentando una relación terapéutica positiva.

Durante el proceso de hospitalización, esto mejorará la calidad de vida tanto de los pacientes neonatales como de sus cuidadores al disminuir los efectos psicológicos sobre ellos.

Las ventajas de esta investigación también se extienden fuera del entorno sanitario. Los resultados previstos ayudarán a producir datos útiles que pueden utilizarse para mejorar la atención neonatal en Ecuador y América Latina mediante la creación de políticas públicas. La implementación de prácticas basadas en la evidencia es esencial para lograr un sistema de salud más centrado en el paciente, sostenible y eficaz que apoye los objetivos mundiales de desarrollo sostenible, incluido el acceso justo a una atención sanitaria de alta calidad.

Por último, pero no por ello menos importante, la terapia de otras enfermedades neonatales complicadas puede seguir el mismo camino si los neonatos con SDR reciben una atención estandarizada. Esta estrategia puede reproducirse en diversos centros sanitarios, fomentando un tratamiento completo, centrado en el paciente y orientado a los resultados, gracias a la creación de conocimientos pertinentes y reproducibles.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Estandarizar la atención de enfermería en neonatos con síndrome de distrés respiratorio en un hospital de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre 2024

1.4.2 Objetivos Específicos

- Datos generales de salud de los neonatos con Síndrome de distrés respiratorio.
- Establecer los aspectos clínicos relevantes en el Síndrome de distrés respiratorio.
- Seleccionar las etiquetas diagnósticas de enfermería en neonatos con síndrome de distrés respiratorio.
- Identificar las actividades de enfermería a realizar en neonatos con síndrome de distrés respiratorio.
- Describir los resultados de enfermería en neonatos con síndrome de distrés respiratorio.

CAPITULO II

2 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la Investigación

Un estudio denominado «Factores de riesgo asociados al síndrome de dificultad respiratoria en neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital de Ventanilla» fue realizado en Perú en el año 2022 por Bardales (14) en ese país. El objetivo fue identificar los factores maternos y neonatales que inciden en la aparición del síndrome de distrés respiratorio (SDR) en neonatos. La metodología fue de enfoque cuantitativo, tipo aplicado, con diseño no experimental, transversal y correlacional. La muestra incluyó 80 historias clínicas analizadas mediante una ficha validada con un Alpha de Cronbach de 0,680. Entre los factores maternos relevantes estuvieron: edad extrema, cesáreas, preeclampsia, infecciones urinarias, diabetes gestacional, y falta de controles prenatales. En cuanto a los factores neonatales, se identificaron como de mayor riesgo el bajo peso al nacer, prematuridad, sexo masculino y bajos puntajes en el test de Apgar. Se halló una relación estadísticamente significativa entre estos factores y el SDR. El estudio concluyó que fortalecer la atención prenatal y neonatal permite prevenir el desarrollo del síndrome, mejorar la calidad del cuidado en unidades intermedias y reducir la mortalidad neonatal.

Un estudio titulado «Evolución del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en Neonatos en el Área de Cuidados Intensivos del Hospital Delfina Torres de Concha» fue realizado en Esmeraldas, Ecuador, en 2020 por Zambrano y Caicedo (15). Su objetivo fue analizar la evolución del SDRA en neonatos prematuros ingresados a cuidados intensivos. El enfoque fue cuantitativo, con diseño transversal y alcance descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 49

madres y neonatos nacidos entre las 26 y 35 semanas de gestación. Se aplicaron encuestas y análisis documental. Los principales factores de riesgo maternos fueron la hipertensión (21,5%), edad extrema y preeclampsia (18,5%).

El sexo femenino (53%) y los partos por cesárea (55,1%) fueron los más frecuentes. La hemorragia intraventricular (23,8%), la hipertensión pulmonar crónica (20,6%) y la displasia broncopulmonar (15,9%) fueron las secuelas neonatales más frecuentes. La tasa de mortalidad fue del 32,7%. Se observó que la progresión del SDRA se veía afectada negativamente por el bajo nivel socioeconómico y educativo de la madre. Además, se halló una sólida asociación entre complicaciones graves y muerte infantil, lo que subraya la necesidad de la detección precoz y la prevención en situaciones susceptibles.

A su vez, en el año 2023, Pérez (16) desarrolló en Trujillo, Perú, el estudio titulado "*Prematuridad y su asociación con el Síndrome de Distrés Respiratorio en neonatos*". El objetivo fue identificar si existe relación entre la prematuridad y el desarrollo del SDR en neonatos. La investigación fue cuantitativa, con diseño transversal no experimental, y se basó en el análisis de 1.042 historias clínicas de neonatos nacidos entre enero de 2022 y octubre de 2023. Para examinar la relación, se emplearon pruebas de regresión logística y χ^2 . Según los resultados, la prematuridad aumenta el riesgo de SMSL en más de tres veces (ORa: 3,73; IC del 95 %: 2,47-5,28; $p < 0,01$). Se demostró que el número de revisiones prenatales y el riesgo de SDR estaban inversamente correlacionados (OR: 0,96), mientras que la sepsis resultó ser otro factor relacionado (ORa: 1,58). La prevalencia global de SDR fue del 12,77 %, con una mayor frecuencia en los recién nacidos prematuros.

El sexo no mostró una asociación significativa. Se concluye que la prematuridad, junto con factores como sepsis y control prenatal insuficiente, se asocia significativamente con el SDR.

González (17) llevó a cabo un estudio titulado «Atención humanizada en recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria» en 2023. Milagro, 2023: Hospital General Dr. León Becerra Camacho, Ecuador.

El objetivo fue analizar los cuidados humanizados que brinda el personal de enfermería a neonatos con SDREI. El estudio empleó una metodología transversal, descriptiva, observacional, cuantitativa y no experimental. La muestra estuvo compuesta por quince profesionales de enfermería relacionados con la neonatología. Se utilizaron la observación directa y las encuestas para recopilar información. El 80 % del personal realizó un examen suficiente y exhaustivo, y el 93 % proporcionó cuidados básicos y de confort. El 100 % reconoció la necesidad de planes de cuidados personalizados, y el 67 % ofreció apoyo emocional y respiratorio.

Las actividades más frecuentes incluyeron manejo de vías aéreas, administración de oxígeno, higiene, y cambios posturales. Se evidenció que gran parte del conocimiento fue adquirido por experiencia y autoeducación. Se concluye que el cuidado humanizado mejora la calidad de vida y el pronóstico del neonato con SDR. Además, se recomienda fortalecer la formación continua del personal de enfermería para optimizar las intervenciones clínicas.

De manera similar, un estudio denominado «Factores asociados al síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos hospitalizados en la UCIN de un hospital especializado de la ciudad de Guayaquil» fue realizado en 2020 por Arreaga y Baque (18) Septiembre a noviembre de 2019. El objetivo fue determinar los factores que influyen en el desarrollo del SDR en neonatos ingresados a cuidados intensivos. La investigación fue cuantitativa, descriptiva, transversal y retrospectiva, con una muestra de 150 neonatos. Se utilizó observación indirecta a través de historias clínicas. El 56% de los casos correspondió a neonatos muy prematuros (28-31 semanas) y el 70% presentaba bajo peso al nacer. La mayoría nació por cesárea (60%) y tuvo un puntaje Apgar moderado o severo (47%). Las comorbilidades más frecuentes fueron la enfermedad de membrana hialina, neumonía neonatal y taquipnea transitoria. El 52% de las madres tenía antecedentes patológicos y el 64% registró menos de cinco controles prenatales. Se concluyó que la prematuridad, bajo peso, cesáreas, escasa atención prenatal y antecedentes maternos son factores asociados significativamente al SDR.

Finalmente, El estudio realizado por Poveda et al. (19) en Ecuador evaluó a 113 neonatos diagnosticados con SDR en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Se identificó una mayor prevalencia del SDR en recién nacidos de sexo masculino (58%) y nacidos entre las semanas 34 y 38 de gestación, lo que indica un mayor riesgo en prematuros tardíos. Entre las causas más frecuentes del SDR se encontró la dificultad respiratoria primaria (62%), seguida por taquipnea transitoria y síndrome de aspiración de meconio (15%). En la valoración clínica mediante el test de Silverman, el 51% presentó aleteo nasal mínimo y un 36% puntuaciones marcadas, siendo estos los signos más frecuentes de dificultad respiratoria. Los diagnósticos de enfermería más comunes fueron “patrón respiratorio ineficaz”, “ventilación espontánea deteriorada” y “riesgo de alteración en la díada materno-fetal”. Las medidas antropométricas, incluyendo la altura y la circunferencia torácica de los recién nacidos, también mostraron relaciones moderadas. Según el análisis, un factor importante que contribuye al desarrollo del SDR es la producción inadecuada de surfactante, que se ve afectada por variables como el sexo masculino y la ausencia de tratamiento prenatal con esteroides. El estudio recomienda actuar rápidamente basándose en los estándares clínicos actualizados, destacando la importancia de realizar evaluaciones sistemáticas utilizando escalas clínicas y diagnósticos de enfermería.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal

Los recién nacidos prematuros son los más afectados por el SDR, un trastorno pulmonar causado por la falta de surfactante, Un agente que reduce la tensión superficial, manteniendo los alvéolos inflados y evitando su colapso durante la espiración. La acidosis y la hipoxemia son provocadas por los efectos de esta deficiencia en el intercambio gaseoso y el colapso alveolar. Según la OMS, el SDR afecta a alrededor del 10 % de los bebés prematuros, lo que lo convierte en una de las principales causas de ingreso en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Conocer la etiología y fisiopatología del SDR es fundamental para el diseño de intervenciones efectivas y seguras (20).

2.2.1.1 Etiología y Fisiopatología del SDR

Los neumocitos tipo II producen surfactante pulmonar, que es necesario para el funcionamiento saludable de los alvéolos y constituye la base fisiopatológica del SDR, esencial para mantener la tensión superficial alveolar y evitar el colapso de los alvéolos durante la espiración (21).

1. **Déficit de surfactante:** En neonatos prematuros, la producción de surfactante es escasa o deficiente, lo que impide mantener abiertos los alvéolos. Esta deficiencia provoca un aumento de la tensión superficial, facilitando el colapso alveolar (atelectasia) y dificultando la ventilación efectiva (22).
2. **Inmadurez pulmonar:** A nivel morfológico, los pulmones del prematuro presentan una estructura alveolar incompleta, lo que reduce la superficie disponible para el intercambio gaseoso. A nivel bioquímico, la inmadurez se manifiesta en la insuficiente síntesis y liberación de surfactante (23).
3. **Colapso alveolar y mala distensibilidad:** La mala distensibilidad pulmonar (capacidad de distensión) se debe a la inmadurez pulmonar y a la falta de surfactante, lo que provoca un patrón respiratorio ineficaz y una disminución constante de la oxigenación(24).
4. **Hipoxemia y acidosis:** La reducción de la presión parcial de oxígeno (PaO_2) y la acumulación de dióxido de carbono (hipercapnia) debido a un intercambio gaseoso insuficiente provocan hipoxemia y acidosis, lo que a su vez causa acidosis respiratoria y metabólica. Estos trastornos alteran la función cardiovascular y agravan el estado clínico del neonato (25).
5. **Alteración en la perfusión pulmonar:** La hipoxemia sostenida desencadena una vasoconstricción pulmonar, que incrementa la resistencia vascular y puede derivar en hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPP), empeorando aún más el intercambio gaseoso (26).

2.2.1.2 Diagnóstico y Manejo del SDR

El diagnóstico del SDR se fundamenta en una combinación de evaluación clínica, antecedentes perinatales y hallazgos radiológicos. Desde el punto de vista clínico, los neonatos presentan signos respiratorios evidentes en las primeras horas de vida, entre los que destacan la taquipnea persistente, retracciones intercostales y subcostales, aleteo nasal, cianosis central y quejido espiratorio, reflejo de un esfuerzo respiratorio sostenido debido a la disminución de la capacidad pulmonar funcional (27).

A nivel diagnóstico, la radiografía de tórax es una herramienta fundamental y suele mostrar un patrón reticulogranular difuso, asociado a un broncograma aéreo prominente, que indica la falta de expansión alveolar. Adicionalmente, pueden utilizarse parámetros gasométricos para evidenciar hipoxemia, hipercapnia y acidosis respiratoria, lo cual orienta sobre la gravedad del cuadro y la necesidad de intervenciones urgentes (28).

El manejo del SDR requiere una atención integral en unidades especializadas como la UCIN, donde se aplican estrategias terapéuticas basadas en la severidad del compromiso respiratorio. El tratamiento incluye la administración precoz de surfactante exógeno por vía endotraqueal, idealmente dentro de las primeras 2 horas de vida en neonatos con alto riesgo o signos radiológicos confirmados. Esta intervención ha demostrado reducir significativamente la mortalidad y la necesidad de soporte ventilatorio prolongado (29).

Asimismo, se implementa soporte ventilatorio progresivo, comenzando con CPAP nasal (Presión Positiva Continua en la Vía Aérea), indicada en casos leves a moderados, la cual mantiene los alvéolos abiertos, mejora la oxigenación y puede evitar la intubación. En casos más graves, se recurre a la ventilación mecánica invasiva, ajustando los parámetros según la evolución clínica y gasométrica del paciente (30).

La oxigenoterapia controlada debe administrarse con monitoreo continuo de la saturación de oxígeno, evitando tanto la hipoxia como la hiperoxia, esta última asociada a complicaciones como la displasia broncopulmonar y la

retinopatía del prematuro. El seguimiento clínico incluye también el monitoreo hemodinámico, balance hídrico, control térmico y apoyo nutricional, fundamentales para la recuperación del neonato (31).

2.2.2 Rol de la enfermería en la atención del SDR neonatal

Desde el momento del ingreso en la UCIN hasta que el niño se estabiliza y se recupera, los profesionales de enfermería son esenciales para el cuidado integral de los recién nacidos con SDR. Además de realizar tareas técnicas, sus responsabilidades también incluyen la observación continua, la vigilancia de los signos clínicos, la administración segura del tratamiento y el apoyo compasivo al recién nacido y a su familia (32).

Con el fin de garantizar una vía aérea despejada, administrar oxígeno de acuerdo con los protocolos establecidos y ayudar a instalar asistencia respiratoria no invasiva (CPAP) o invasiva cuando sea necesario, el personal de enfermería participa activamente en la aplicación de medidas de reanimación neonatal durante la fase de recepción y estabilización. La enfermera es responsable de garantizar la correcta instilación del surfactante exógeno, manteniendo estrictas condiciones de asepsia y precisión en la técnica (32).

Durante la hospitalización, el cuidado de enfermería se centra en la monitorización permanente de los signos vitales, observando la evolución del patrón respiratorio, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y signos de fatiga o deterioro clínico. Además, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de verificar los parámetros de los equipos de soporte ventilatorio, ajustando alertas y reportando cualquier anomalía al equipo médico (33).

La administración de medicamentos, hidratación parenteral, nutrición enteral o vía sonda, y el mantenimiento de accesos venosos, son tareas que requieren conocimientos especializados, habilidades técnicas y un estricto control de la asepsia para evitar infecciones nosocomiales (33).

El cuidado del entorno térmico, mediante incubadoras o cunas térmicas, también es una prioridad en la atención del neonato con SDR, ya que la

termorregulación inadecuada puede agravar el cuadro clínico. Asimismo, el manejo de la posición del neonato (prono o supino) favorece la expansión pulmonar y la distribución homogénea del surfactante (33).

Desde un enfoque humanizado, el profesional de enfermería también cumple un rol clave en la educación y contención emocional de la familia, brindando información clara sobre el estado del neonato, fomentando el vínculo madre-hijo a través del contacto piel con piel cuando es posible, y promoviendo prácticas como la lactancia materna (34).

Además del manejo clínico y técnico, el rol de enfermería en el SDR neonatal se ha transformado progresivamente hacia un enfoque más holístico y centrado en la familia, tal como lo evidencia el estudio cualitativo de Natalie Young (34). En este trabajo, se identificaron dos grandes pilares en la atención: el Cuidado del Desarrollo (DSC) y el Cuidado Centrado en la Familia (FCC). De su integración nace el concepto de Cuidado Individualizado Centrado en la Familia (IFCC), que se plantea como un modelo de atención que mejora los resultados clínicos y emocionales tanto del neonato como de su entorno familiar.

Dentro del DSC, el personal de enfermería adopta estrategias como el cuidado agrupado (cluster care), reducción de estímulos sensoriales, manejo adecuado del dolor con métodos farmacológicos y no farmacológicos, y vigilancia constante de parámetros vitales. Por su parte, el FCC enfatiza la inclusión activa de los padres en el plan de cuidados, promoviendo prácticas como el cuidado canguro, la educación continua y la comunicación clara y empática sobre la evolución del neonato (34).

2.2.3 Estandarización de la atención de enfermería

Para garantizar la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención en entornos críticos como la UCIN, es necesario estandarizar los cuidados de enfermería. Esto implica la implementación metódica de estándares clínicos, protocolos y planes de cuidados basados en la evidencia que permitan estandarizar los criterios, optimizar los recursos y reducir la variabilidad en las intervenciones de enfermería (35).

En el contexto del SDR, la estandarización resulta vital, ya que los pacientes presentan un estado clínico inestable que requiere intervenciones rápidas, precisas y coordinadas. La implementación de planes de cuidados estandarizados (PCE) basados en taxonomías reconocidas como la NANDA-I, NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería), permite estructurar la atención desde el diagnóstico enfermero hasta la evaluación de resultados, favoreciendo una gestión del cuidado más eficiente y medible (36).

Entre los diagnósticos de enfermería más frecuentes en neonatos con SDR destacan: "Patrón respiratorio ineficaz", "Intercambio gaseoso deteriorado", "Riesgo de infección", y "Ansiedad" (37–40). A partir de estos, se diseñan intervenciones específicas como el control de signos vitales, manejo del soporte ventilatorio, prevención de infecciones, y apoyo psicoemocional a la familia.

La estandarización también facilita la capacitación continua del personal, al establecer un marco común de actuación que permite evaluar el desempeño clínico, detectar oportunidades de mejora y fomentar la actualización profesional en técnicas, manejo de tecnología, y enfoques humanizados del cuidado (41).

Asimismo, contribuye a la seguridad del paciente, al reducir errores relacionados con la administración de fármacos, manipulación de equipos, monitoreo inadecuado o comunicación deficiente entre turnos de trabajo. Esta organización del cuidado también mejora la interdisciplinariedad, permitiendo que el equipo de salud actúe con coherencia y claridad en cada etapa del proceso terapéutico (41).

2.2.3.1 Beneficios de la Estandarización

La atención neonatal en casos de SDR exige intervenciones oportunas, precisas y coordinadas. Esto hace que la estandarización de los cuidados de enfermería sea una estrategia esencial para mejorar la calidad de la atención, maximizar los recursos, reducir los errores y garantizar la seguridad de los pacientes. Los protocolos clínicos y los planes de cuidados basados en la evidencia estandarizan los procedimientos, empoderan al personal y fomentan una atención centrada en el recién nacido y su familia (37–40). Las principales ventajas de este enfoque se enumeran en la siguiente tabla:

Tabla 1 *Principales beneficios de la estandarización*

Beneficio	Descripción	Impacto en el cuidado neonatal
Reducción de errores clínicos	Disminuye eventos adversos por fallas en la administración de tratamientos.	Mayor seguridad del paciente y disminución de riesgos.
Homogeneidad en la atención	Unifica los criterios de intervención entre distintos profesionales.	Atención equitativa y basada en buenas prácticas.
Optimización de recursos y tiempo	Facilita una ejecución eficiente de procedimientos y uso racional de insumos.	Mayor productividad y menos tensión para los cuidadores.
Mejora en la gestión de incidencias	Ante los primeros indicios de deterioro, se puede responder rápidamente gracias a procedimientos bien definidos.	reducción de la morbilidad y problemas relacionados.
Una evaluación imparcial del rendimiento.	facilita la aplicación de normas e indicadores de calidad.	fomenta el desarrollo profesional y el progreso continuo.
Mejorar los esfuerzos multidisciplinares	Mejora el trabajo en equipo y la comunicación entre los profesionales.	Coordinación eficaz de la atención en la UCIN.
Fomentar la educación parental	Incluye instrucciones estandarizadas para ayudar a los padres.	Fomenta los lazos emocionales y la participación familiar.

Acreditación y promoción de la calidad	Le permite demostrar que cumple con las leyes y normas internacionales.	Ayuda a certificar la calidad de la institución.
Fomenta la continuidad de la atención	Cree un plan que pueda repetirse en diversas etapas de la atención.	Mejora el seguimiento y la transición entre los distintos niveles de tratamiento.

Fuente: Parhar et al. (41)

Elaboración propia

2.2.3.2 Herramientas para la Estandarización

La implementación efectiva de la estandarización en el cuidado de enfermería requiere del uso de herramientas estructuradas que guíen la práctica profesional hacia intervenciones sistemáticas, seguras y basadas en evidencia. Estas herramientas permiten organizar el pensamiento clínico, establecer prioridades en la atención y garantizar una continuidad asistencial centrada en el paciente. Para maximizar los resultados en los neonatos en el contexto del SDR, su uso en la UCIN es crucial (42).

Las taxonomías de enfermería estandarizadas, como los diagnósticos de enfermería validados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), que define intervenciones clínicas específicas, y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), que establece resultados esperados cuantificables, se encuentran entre las herramientas principales. Estas taxonomías permiten elaborar planes de cuidado personalizados, evaluables y replicables entre distintos profesionales y turnos (42).

Otra herramienta clave es la guía clínica institucional, elaborada con base en protocolos internacionales adaptados al contexto local. Estas guías contemplan aspectos como la administración de surfactante, el manejo ventilatorio, la monitorización de signos vitales, el control de infecciones y los cuidados de confort, incluyendo lineamientos para el contacto piel con piel y la participación familiar en el proceso de atención (43,44).

Además, las hojas de ruta terapéuticas (pathways) representan una herramienta útil para estandarizar el seguimiento clínico del neonato desde el ingreso hasta el alta, especificando tiempos, responsables, intervenciones y criterios de evaluación por etapas. Este enfoque también favorece la educación del equipo de salud y de los padres, al establecer objetivos claros y coordinados en cada fase del tratamiento (45).

2.2.4 Diagnóstico, resultado esperado e intervención de enfermería según NANDA, NOC y NIC en neonatos con SDR

Es necesario un enfoque sistemático y basado en la evidencia para la atención de enfermería de los recién nacidos con SDR, con el fin de abordar rápidamente las necesidades clínicas del paciente. NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) son taxonomías estandarizadas que constituyen un marco integral que vincula el juicio clínico con intervenciones terapéuticas específicas y los resultados esperados (42).

Los diagnósticos de enfermería definidos por NANDA-I representan respuestas humanas reales o potenciales ante condiciones de salud, y permiten al profesional estructurar el proceso de cuidado de forma científica (46). En el contexto del SDR neonatal, algunos de los diagnósticos más frecuentes incluyen: *Patrón respiratorio ineficaz (00032)*, *Deterioro del intercambio gaseoso (00030)*, *Disminución del gasto cardíaco (00029)*, *Hipotermia neonatal (00280)*, y *Déficit de volumen de líquidos (00112)*. Estos diagnósticos permiten identificar afecciones circulatorias, metabólicas y respiratorias que tienen un impacto directo en el estado clínico del neonato (42).

La taxonomía NOC, por su parte, ofrece una clasificación estandarizada de los resultados esperados del cuidado de enfermería, expresados como indicadores observables y medibles. Para cada diagnóstico NANDA, se establece un resultado NOC que permite evaluar la efectividad de las intervenciones aplicadas. El estado respiratorio (0402), la ventilación y

oxigenación adecuadas (0410), Estado circulatorio (0401), la termorregulación (0802), y el equilibrio hídrico (0601) son resultados destacables en el caso de la SDR que muestran el desarrollo clínico del neonato y la efectividad de las intervenciones de enfermería (42).

Por último, la categorización NIC proporciona una lista de acciones de enfermería adaptadas a cada afección. Estas iniciativas ayudan a estandarizar la atención de acuerdo con los objetivos terapéuticos y a orientar la práctica sanitaria. Intervenciones como la monitorización respiratoria (3350), el manejo de la ventilación mecánica (3320), Cuidados cardíaco (4040) el manejo de la hipotermia (3900), el manejo de líquidos y electrolitos (4120) y el apoyo emocional (5270) se utilizan en el tratamiento del SDR neonatal con el objetivo de garantizar la estabilidad fisiológica del neonato (42).

Cuando se utilizan conjuntamente las taxonomías NANDA, NIC y NOC la toma de decisiones clínicas se basa en información más completa, se facilita la comunicación profesional y se mejora la calidad y la continuidad de la atención. En el contexto del SDR, estas herramientas permiten personalizar la atención según las condiciones específicas del neonato, evaluar la respuesta al tratamiento, y establecer planes de cuidado que integren aspectos clínicos claves para optimizar su recuperación (42,47).

Tabla 2 Correspondencia NANDA-NOC-NIC en el contexto clínico SDR

Código NANDA	Diagnóstico de Enfermería	Código NOC / Resultado Esperado	Código NIC / Intervención de Enfermería
00032	Patrón respiratorio ineficaz	0402 - Estado respiratorio	3350 - Monitorización respiratoria
00030	Deterioro del intercambio gaseoso	0410 - Ventilación y oxigenación adecuadas	3320 - Manejo de la ventilación mecánica
00029	Disminución del gasto Cardíaco	0401 - Estado Circulatorio	4040 - Cuidados Cardíacos
00280	Hipotermia neonatal	0802 - Termorregulación	3900 - Manejo de la hipotermia

00112	Déficit de volumen de líquidos	0601 - Equilibrio hídrico	4120 - Manejo de líquidos y electrolitos
--------------	--------------------------------	---------------------------	--

Fuente: NANDA, (47)

Elaboración propia

2.3 Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador (2008)

Artículo 358

El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Artículo 361

El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (48).

Artículo 363

El Estado será responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

- Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto (48).

Ley de ejercicio profesional de enfermeras y enfermeros

Artículo 1

Esta Ley ampara y garantiza el ejercicio profesional de quienes hayan obtenido el título de Enfermera o Enfermero, conferido por las universidades del país legalmente constituidas y de quienes habiéndolo obtenido en el exterior lo revalidaren de conformidad con la Ley (49).

Código de la Niñez y Adolescencia

Artículo 25

El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas, para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas, con peso inferior a 2.500 gramos (50),

Ley Orgánica de Salud

Artículo 4

La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias (51).

Artículo 6, numeral 6

Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo con el ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera (51).

Guía de Práctica Clínica para el Recién Nacido con Dificultad Respiratoria, emitida por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016).

Este documento técnico normativo constituye una herramienta oficial de aplicación obligatoria en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es estandarizar el abordaje clínico del síndrome de distrés respiratorio (SDR) en neonatos, asegurando una atención oportuna, segura y basada en evidencia científica (52).

La guía establece criterios diagnósticos precisos que incluyen evaluación clínica (signos como taquipnea, retracciones intercostales, aleteo nasal y cianosis), radiológicos (broncograma aéreo y patrón reticulogranular) y funcionales mediante el uso del test de Silverman-Anderson, lo que permite clasificar la severidad del SDR (leve, moderado o severo). Asimismo, establece las intervenciones terapéuticas indicadas según la gravedad del caso, como oxigenoterapia controlada, uso de CPAP nasal, administración de surfactante exógeno y ventilación mecánica invasiva en casos severos (52).

Desde la perspectiva de enfermería, la guía enfatiza el papel del personal en la monitorización continua, administración de tratamientos, prevención de complicaciones y apoyo integral al recién nacido y su familia

CAPITULO III

3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que permitió obtener datos objetivos y medibles sobre la atención de enfermería brindada a los neonatos con SDR, así como identificar patrones, frecuencias y relaciones entre las variables estudiadas. Este enfoque facilitó el análisis estadístico de los resultados, proporcionando evidencia para valorar el grado de aplicación de los cuidados estandarizados en el contexto clínico (53). A través de instrumentos estructurados, se recolectó información precisa que posibilitó la descripción y comparación de los procesos de enfermería en la unidad neonatal

3.2 Tipo de estudio

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Se caracterizó por recoger datos numéricos sobre la atención de enfermería estandarizada en neonatos con SDR, con el propósito de describir las características, frecuencia y aplicación de intervenciones basadas en clasificaciones como NANDA, NIC y NOC (42). La investigación se realizó en un momento específico del tiempo, sin manipular variables, permitiendo observar la realidad tal como se presentó en el entorno hospitalario.

3.3 Diseño de investigación

El nivel de investigación fue retrospectivo y de corte trasversal, ya que se enfocó en caracterizar el proceso de atención de enfermería brindado a los neonatos con SDR, identificando la aplicación de cuidados estandarizados según clasificaciones reconocidas como NANDA, NIC y NOC. Este nivel permitió describir de manera detallada las prácticas profesionales del personal de enfermería, sin establecer relaciones causales, pero sí generando un panorama claro de la realidad asistencial en la unidad neonatal del hospital

estudiado (42). La finalidad fue proporcionar una visión objetiva del grado de cumplimiento de los protocolos y estándares establecidos.

3.4 Nivel de investigación

El estudio correspondió a un nivel descriptivo, orientado a detallar las características observables de la atención de enfermería en neonatos con SDR. Se enfocó en documentar de manera sistemática el cumplimiento de intervenciones clínicas y el uso de herramientas estandarizadas, sin establecer hipótesis causales ni manipular variables (42). Este nivel permitió construir una base informativa clara sobre la realidad asistencial en la unidad neonatal, útil para identificar necesidades de mejora en la práctica profesional

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población

La población del estudio estuvo conformada por 200 historias clínicas de neonatos diagnosticados con SDR, atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, ubicado en la ciudad de Guayaquil, durante el período establecido para la investigación

3.5.2 Muestra

La muestra se constituyó por 175 historias clínicas, seleccionadas mediante un muestreo probabilístico simple, lo que permitió garantizar la representatividad de los datos y reducir el sesgo en la selección (42).

Cálculo de la muestra

Para determinar el tamaño adecuado de la muestra, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(e^2 \cdot (N - 1)) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Donde:

N: Tamaño de la población = 200

Z: Nivel de confianza del 95% = 1.96

p: Proporción esperada = 0.5

q: Complemento de p = 1 - p = 0.5

e: Margen de error = 0.05

$$n = \frac{200 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 \cdot (200 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{200 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot 199 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{192.08}{0.4975 + 0.9604} = \frac{192.08}{1.4579} \approx 132$$

Aunque el cálculo determinó un tamaño muestral de 132 historias clínicas, se optó por incluir 175 registros con el fin de ampliar el nivel de confiabilidad y garantizar mayor representatividad de los resultados.

3.5.3 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de neonatos con diagnóstico confirmado de SDR.
- Historias clínicas correspondientes a neonatos ingresados en UCIN y unidades de atención pediátrica del hospital

3.5.4 Criterios de exclusión

- Historias clínicas de neonatos con malformaciones congénitas que comprometieran el sistema respiratorio.

- Historias clínicas con antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas previas al diagnóstico de SDR
- **Variable General: Estandarización en la atención en neonatos con SDR**

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Datos generales de salud	Edad gestacional	-Prematuro extremo. Moderado Tardío.
	Sexo	Masculino- Femenino
Aspectos clínicos	Apnea	Si/No
	Quejido respiratorio	Si/No
	Taquipnea	Si/No
	Disminución del Gasto Cardíaco	Si/No
	Dificultad para alimentarse	Si/No
	Irritabilidad	Si/No
	Aleteo nasal	Si/No
	Letargo	Si/No

	Cianosis	Si/No
	Retracciones	Si/No
Diagnósticos enfermeros	Etiquetas NANDA	<p>00032 Patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>00030 deterioro del intercambio gaseoso.</p> <p>00029 disminución del gasto Cardíaco.</p> <p>00105 interrupción de la lactancia materna.</p> <p>00146 Ansiedad</p>
Intervenciones de enfermería	Etiquetas NIC	<p>3350 Monitorización respiratoria.</p> <p>3320 Manejo de la ventilación mecánica: Invasiva</p> <p>3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva</p>

	Etiquetas NIC	<p>3300 Oxigenoterapia</p> <p>3160 Aspiración de las vías aéreas.</p> <p>3900 Regulación de la temperatura</p> <p>3590 Vigilancia de la piel</p> <p>6540 Control de infecciones</p> <p>6880 Cuidados del recién nacido</p> <p>6610 Identificación de riesgos</p> <p>4040 Cuidados cardiacos.</p>
Resultados de enfermería	Etiquetas NOC	<p>0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>0403 Estado respiratorio: ventilación</p> <p>0401 Estado Circulatorio</p>

Etiquetas NOC	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
	1912 Caídas
	1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante
	0801 Termorregulación : recién nacido
	0708 Severidad de la infección : recién nacido

3.6 Procedimientos para la recolección de la información

La información recopilada mediante el análisis de documentos permitió realizar una revisión sistemática de los historiales clínicos de los bebés con diagnóstico de SDR. Esta técnica fue idónea para obtener datos clínicos retrospectivos y objetivos, relacionados con las intervenciones de enfermería aplicadas durante la hospitalización.

El instrumento utilizado fue un formulario de recopilación de datos elaborado por los investigadores y evaluado por expertos. Incluía ítems relacionados con los diagnósticos de enfermería según la definición de la NANDA-I, las intervenciones según la definición de la NIC y los resultados previstos según la categorización de la NOC. Además, se añadieron campos para documentar información clínica pertinente, como el tipo de asistencia respiratoria, la

administración de surfactantes y los signos vitales registrados durante las primeras 48 horas.

Con la aprobación previa de las autoridades competentes, el proceso de recopilación de datos se llevó a cabo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. De conformidad con las normas legales y éticas, se facilitó el acceso al sistema de registros clínicos con sujeción a los requisitos de confidencialidad. Se examinó cada historial médico por separado y se anotaron los datos pertinentes en un formulario creado específicamente para este fin. A continuación, se creó una matriz digital con los datos para su análisis estadístico.

3.7 Técnicas de procedimiento y análisis de datos

El proceso metodológico se completó en fases. Para acceder a los registros médicos de los recién nacidos tratados en la UCIN del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, primero se obtuvo la autorización institucional. Tras la aprobación, se seleccionaron los registros médicos que cumplían los requisitos de inclusión predeterminados.

A continuación, los datos relativos a cada uno de los casos seleccionados se registraron metódicamente utilizando el formulario de recopilación de datos previamente validado. Los datos se recopilaron en un entorno controlado, garantizando su confidencialidad y protección ética.

Una vez completada la recopilación de datos, se utilizó Microsoft Excel para organizar los datos en una base de datos digital que permitió codificar las variables e identificar los patrones de atención. Con el fin de describir las intervenciones de enfermería utilizadas, así como los diagnósticos y los resultados registrados, se aplicaron estadísticas descriptivas utilizando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando IBM SPSS (versión 27).

3.8 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Se garantizó el respeto a la dignidad, la integridad y la privacidad de los sujetos participantes, incluso en los casos en los que no se estableció contacto directo, llevando a cabo la investigación de conformidad con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg y la normativa nacional vigente.

Dado que este estudio es de carácter retrospectivo y se basa en la revisión de historias clínicas, se solicitó al Hospital Teodoro Maldonado Carbo la debida autorización institucional para acceder a la información médica con fines exclusivamente académicos y científicos.

Toda la información se trató de forma confidencial y anónima durante todo el proceso de recopilación de datos, eliminando cualquier dato que pudiera servir para identificar a los pacientes o al personal médico. Además, los materiales obtenidos solo se utilizaron con fines de investigación y se conservaron en formatos digitales seguros.

Dado que esta investigación se realizó con datos recopilados previamente y sin intervención directa, no hubo ningún peligro para la salud física, mental o social de los sujetos. El protocolo metodológico fue sometido a revisión por parte de los comités académicos respectivos, en cumplimiento con los requisitos éticos de la institución de educación superior a la que pertenece el investigador.

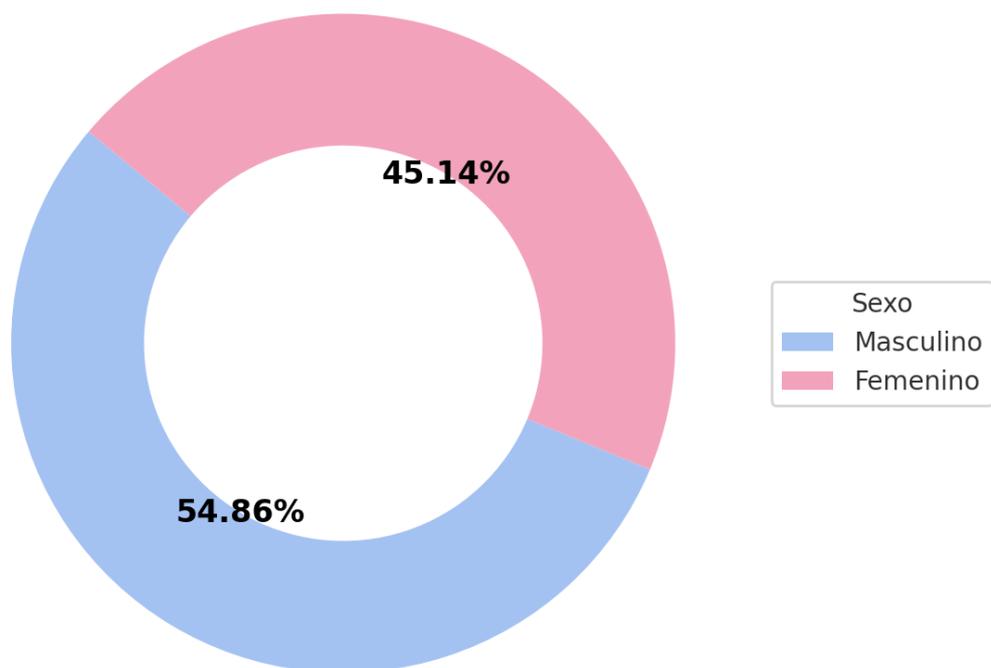
CAPITULO IV

4 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Datos generales de salud de los neonatos con Síndrome de distrés respiratorio

Figura 1 Distribución de los neonatos según el sexo

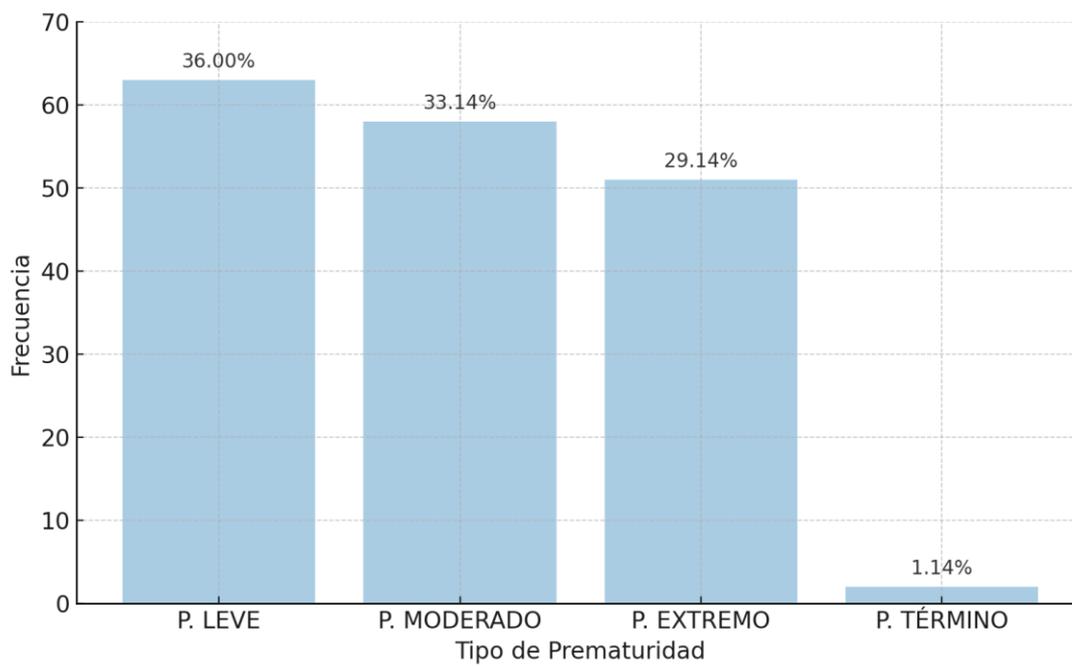


Fuente: Historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Análisis: La mayoría de los neonatos diagnosticados con SDR fueron de sexo masculino, representando el 54,86% del total, mientras que el 45,14% correspondió a sexo femenino. Diversas investigaciones científicas han evidenciado que los neonatos masculinos, especialmente aquellos nacidos de forma prematura, tienden a tener un desarrollo pulmonar más lento en comparación con las niñas. Esta diferencia se atribuye, en parte, a la influencia hormonal, específicamente a los efectos de la testosterona, que puede

retrasar la maduración de los neumocitos tipo II, responsables de la producción de surfactante pulmonar. Dicha sustancia es esencial para mantener la estabilidad alveolar y permitir un intercambio gaseoso eficiente.

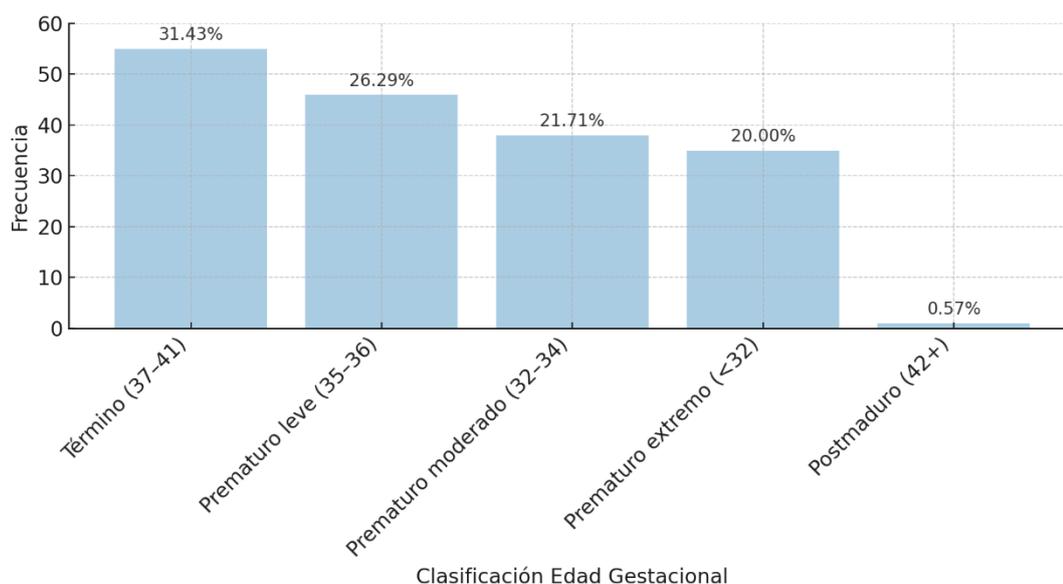
Figura 2 Distribución de los neonatos según tipo de prematuridad



Fuente: Historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Análisis: La categoría de prematuridad leve (35–36 semanas) fue la más frecuente, abarcando el 36,00% de los casos, seguida por la prematuridad moderada (32–34 semanas) con un 33,14%, lo que indica que la mayoría de los neonatos con SDR se encontraban en rangos de prematuridad intermedia. La prematuridad extrema (<32 semanas) representó el 29,14%, reflejando también una proporción significativa de casos con mayor vulnerabilidad clínica. En contraste, solo el 1,14% de los neonatos nacieron a término, lo que reafirma la fuerte asociación entre la prematuridad y el desarrollo del SDR en la población estudiada.

Figura 3 Clasificación agrupada de edad gestacional

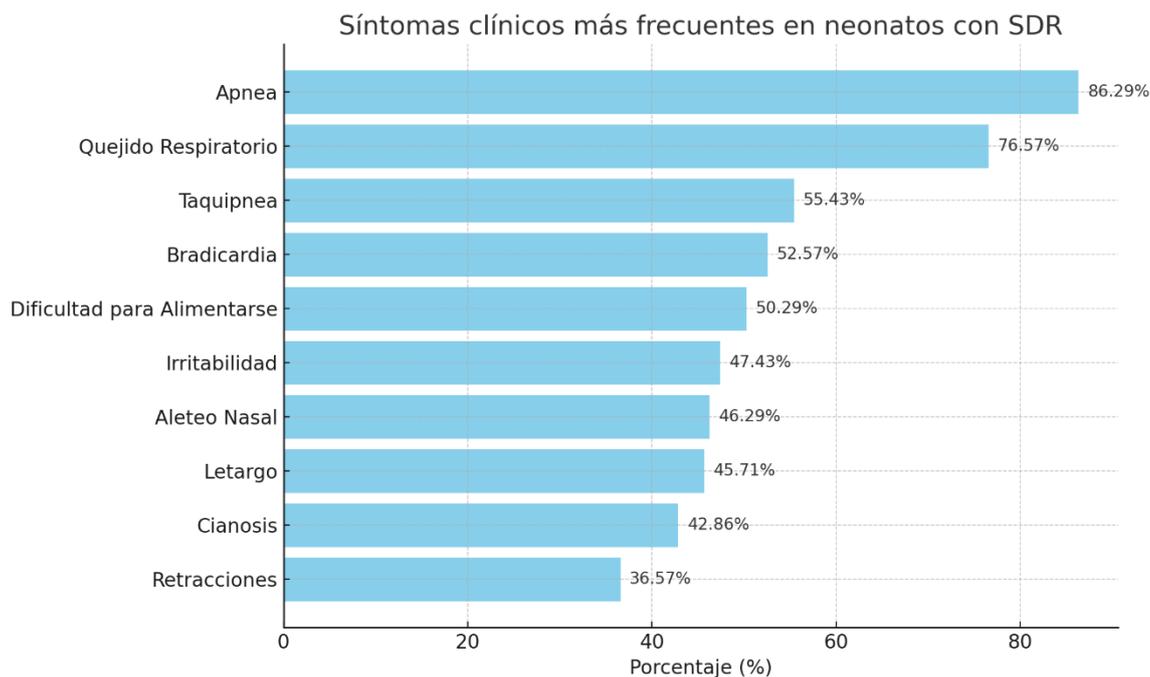


Fuente: Historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Análisis: Con un 31,43 % de los casos, el grupo de 37 a 41 semanas presentó el mayor porcentaje de recién nacidos con SDR, lo que sugiere que el trastorno no está asociado únicamente con la prematuridad. La distribución de los distintos niveles de prematuridad fue bastante equilibrada, con los bebés prematuros leves (35-36 semanas) en segundo lugar con un 26,29 %, los bebés prematuros moderados (32-34 semanas) con un 21,71 % y los bebés prematuros graves (<32 semanas) con un 20,00 %. Solo un 0,57% correspondió a neonatos postmaduros (42 semanas o más), reflejando una baja incidencia de SDR en este grupo gestacional. Esta diversidad en la edad gestacional resalta la importancia de una evaluación clínica cuidadosa más allá de la edad al nacimiento

4.1.2 Establecer los aspectos clínicos relevantes en el Síndrome de distrés respiratorio

Figura 4 Aspectos clínicos relevantes en el SDR

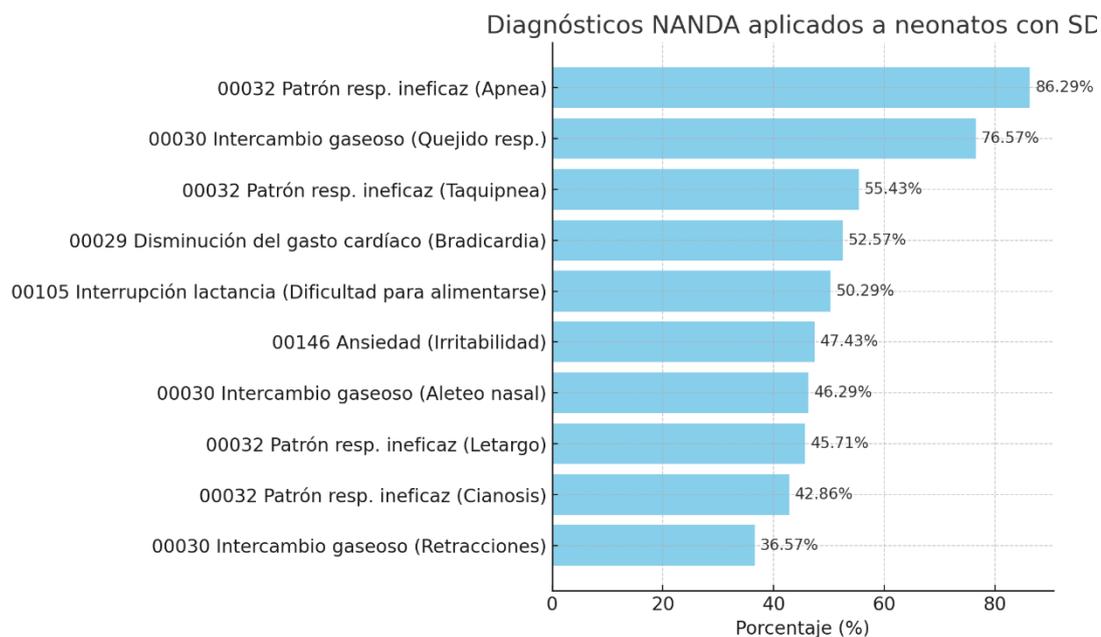


Fuente: Historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Análisis: Con un 86,29 % de los recién nacidos que presentaban apnea, este fue el síntoma clínico más frecuente, lo que indica su alta frecuencia como manifestación crucial del SDR. A continuación, se situó quejido respiratorio, con un 76,57 %, lo que también es un resultado frecuente en la evaluación respiratoria. Las tasas de taquipnea y bradicardia, que eran signos vitales críticos que debían tratarse de inmediato, fueron del 55,43 % y del 52,57 %, respectivamente. Por otro lado, el 50,29 % de los pacientes presentaban dificultad para alimentarse, lo que podría estar relacionado con la disfunción respiratoria. El letargo (45,71 %), el aleteo nasal (46,29 %), la cianosis (42,86 %), las retracciones intercostales (36,57 %) y la irritabilidad (47,33 %) fueron los síntomas menos frecuentes, aunque todos ellos contribuyeron de manera significativa al cuadro clínico general del síndrome.

4.1.3 Seleccionar las etiquetas diagnósticas de enfermería en neonatos con síndrome de distrés respiratorio

Figura 5 Uso de los diagnósticos NANDA aplicados en neonatos con SDR



Fuente: Historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

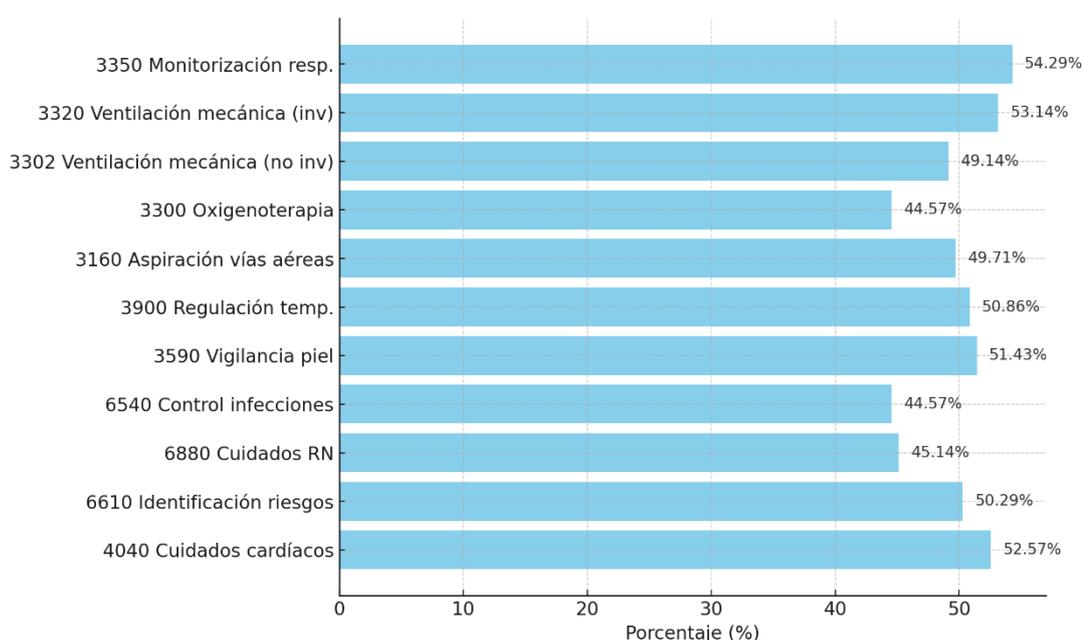
Análisis: Basándose en la frecuencia de los síntomas clínicos, este gráfico presenta los diagnósticos de enfermería NANDA identificados en neonatos con síndrome de dificultad respiratoria (SDR). El diagnóstico más frecuente fue el 00032 Patrón respiratorio ineficaz, presente en el 86,29 % de los casos, asociado principalmente con taquipnea, apnea, letargo y cianosis. Estos hallazgos concuerdan con la fisiopatología del SDR, caracterizada por alteraciones en la mecánica respiratoria y la inmadurez pulmonar que comprometen la eficiencia del patrón respiratorio.

En segundo lugar, 00030 Deterioro del intercambio gaseoso, registrado en el 76,57 % de los casos y relacionado con síntomas como quejido respiratorio, retracciones y aleteo nasal, signos que reflejan una alteración en la oxigenación y ventilación alveolar, lo que demanda una intervención oportuna por parte del equipo de enfermería.

El diagnóstico 00029 disminución del gasto cardíaco (52,57 %), evidenciado a través de bradicardia, sugiere un compromiso en la perfusión tisular, lo que requiere vigilancia estricta de parámetros hemodinámicos y signos de deterioro circulatorio.

Por otro lado 00105 Interrupción de la lactancia materna (50.29%) se asocia a dificultades para alimentarse, muchas veces por la presencia de dispositivos invasivos o el esfuerzo respiratorio. Finalmente, 00146 Ansiedad (47.43%) se vinculó a la irritabilidad observada en algunos neonatos, aunque su abordaje fue limitado por el enfoque clínico respiratorio prioritario del estudio.

Figura 6 Intervenciones NIC más aplicadas en neonatos con SDR



Fuente: Historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Análisis: Según los datos obtenidos, las intervenciones de enfermería más aplicadas en neonatos con SDR fueron aquellas relacionadas con el soporte respiratorio. La monitorización respiratoria (NIC 3350) encabeza la lista con una frecuencia del 54,29% seguida por la ventilación mecánica invasiva (NIC 3320) con el 53,14%, y los cuidados cardíacos (NIC 4040) con un 52,57%.

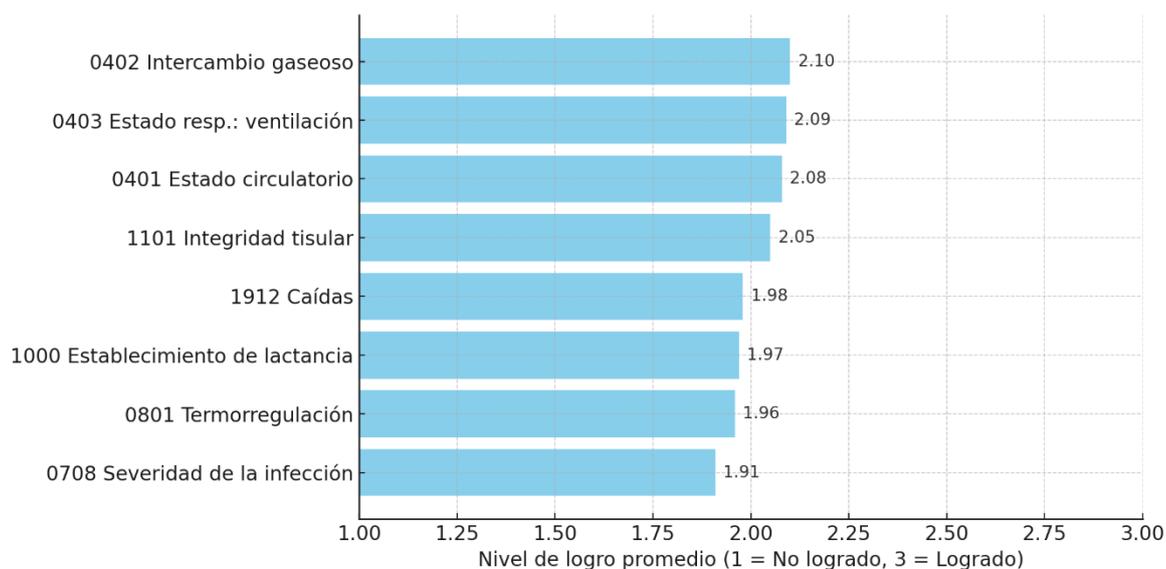
Esto evidencia la prioridad de mantener parámetros respiratorios y hemodinámicos estables en esta población.

Intervenciones como la ventilación no invasiva (NIC 3302), la oxigenoterapia (NIC 3300) y la aspiración de las vías aéreas (NIC 3160) también fueron relevantes, al ofrecer alternativas de soporte respiratorio y limpieza de secreciones. Además, acciones complementarias como vigilancia de la piel (NIC 3590), el control de infecciones (NIC 6540) y la regulación de la temperatura (NIC 3900) resultaron claves para prevenir complicaciones asociada a estado crítico del neonato.

Por último, la identificación de riesgos (NIC 6610) y los cuidados generales del recién nacido (NIC 6880) permitieron asegurar un entorno clínico seguro y favorecer la recuperación del paciente.

4.1.4 Describir los resultados de enfermería en neonatos con síndrome de distrés respiratorio

Figura 7 Nivel de logro promedio para cada resultado de enfermería (NOC)



Fuente: Historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Análisis: El éxito de las intervenciones aplicadas en relación a los diagnósticos establecidos puede observarse en el nivel medio de logro de los resultados de enfermería (NOC) valorados en neonatos con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR). Los puntajes mas altos correspondieron a 0402 Intercambio gaseoso (2.10) y 0403 Estado respiratorio: ventilación (2.09), lo que evidencia una respuesta positiva a las intervenciones centradas en mejorar la oxigenación y la mecánica ventilatoria. 0401 Estado circulatorio (2.08) también mostró un nivel elevado, reflejando estabilidad hemodinámica en la mayoría de los casos.

Asimismo, 1101 Integridad tisular (2.05) indicó que las acciones destinadas a mantener la piel del neonato en buenas condiciones fueron efectivas. 1912 Caídas (1.98) y 1000 Establecimiento de lactancia (1.97) mostraron logros parciales, que evidencian progresos moderados en la prevención de riesgos y la alimentación inicial.

Por otro lado 0801 Termorregulación (1.96) y 0708 Severidad de la infección (1.91) obtuvieron los promedios más bajos, indicando áreas clínicas que requieren una vigilancia mas intensiva y estrategias de intervención fortalecidas para evitar complicaciones

DISCUSIÓN

En relación con el primer objetivo, que consistió en registrar los datos generales de salud de los neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR), se encontró que el 54,86% fueron de sexo masculino y el 45,14% femenino. Este hallazgo coincide parcialmente con el estudio de Bardales (14) en Perú, cuyo objetivo fue identificar factores maternos y neonatales asociados al SDR. Analizando 80 historias clínicas mediante ficha validada (Alpha de Cronbach = 0,680), Bardales encontró una mayor prevalencia del SDR en neonatos varones, concluyendo que el sexo masculino es un factor de riesgo estadísticamente significativo. Por otro lado, Zambrano y Caicedo (15) en Esmeraldas, Ecuador, hallaron una leve prevalencia del sexo femenino (53%) en una muestra de 49 neonatos entre 26 y 35 semanas, lo

cual difiere del presente estudio y podría atribuirse al tamaño muestral reducido o a diferencias contextuales. Además, el estudio de Arreaga y Baque (18) con 150 neonatos hospitalizados en UCIN del Hospital de Especialidades de Guayaquil indicó que el 56% de los casos eran muy prematuros (28-31 semanas), confirmando la alta incidencia del SDR en poblaciones con bajo desarrollo pulmonar.

Respecto a la prematuridad, el presente estudio identificó una mayor frecuencia de prematuros leves (36,00%) y moderados (33,14%), con un 29,14% de prematuros extremos. Esto se alinea con los hallazgos de Arreaga y Baque (18), quienes determinaron que el 56% de los neonatos con SDR eran muy prematuros. Del mismo modo, el estudio de Pérez (16) en Trujillo, Perú, basado en el análisis de 1.042 historias clínicas, concluyó que la prematuridad incrementa el riesgo de SDR en más de tres veces (ORa: 3,73; IC 95%: 2,47–5,28; $p < 0,01$), aportando evidencia estadística robusta de dicha asociación. En cuanto a la edad gestacional agrupada, se observó que el 31,43% correspondía a neonatos a término, lo que resalta que el SDR no es exclusivo de prematuros. Pérez (16) reportó una prevalencia total de SDR del 12,77%, mayormente en prematuros, sin embargo, también se presentaron casos en neonatos a término.

Para el segundo objetivo, que buscaba establecer los aspectos clínicos relevantes en el SDR, los resultados mostraron que la apnea fue el signo clínico más frecuente (86,29%), seguida del quejido respiratorio (76,57%) y la taquipnea (55,43%). Estos hallazgos son congruentes con las manifestaciones clínicas descritas por Arreaga y Baque (18), quienes identificaron taquipnea transitoria y enfermedad de membrana hialina como complicaciones respiratorias comunes. Asimismo, Zambrano y Caicedo (15) reportaron en su estudio una alta prevalencia de complicaciones respiratorias graves como la hipertensión pulmonar persistente (20,6%) y la displasia broncopulmonar (15,9%) en neonatos prematuros ingresados a UCI neonatal. La alta frecuencia de estos signos clínicos en el presente estudio respalda su relevancia como criterios diagnósticos y de seguimiento clínico.

En cuanto al tercer objetivo, orientado a seleccionar las etiquetas diagnósticas de enfermería según la clasificación NANDA, el presente estudio identificó como diagnóstico más frecuente el patrón respiratorio ineficaz (60,00%), seguido del deterioro del intercambio gaseoso (52,57%) y riesgo de infección (52,00%). Estos resultados se alinean con lo descrito por González (17), quien en su investigación con 15 profesionales de enfermería en el Hospital Dr. León Becerra Camacho de Milagro reportó que el 93% aplicó cuidados respiratorios básicos, incluyendo la identificación de patrones alterados de ventilación. Asimismo, Arreaga y Baque (18) informaron que los principales diagnósticos clínicos estaban asociados a dificultades respiratorias como la enfermedad de membrana hialina y la neumonía neonatal, lo que respalda la pertinencia de estas etiquetas diagnósticas en la práctica clínica.

El cuarto objetivo era identificar las actividades de enfermería (NIC) realizadas en neonatos con SDR. Las actividades más frecuentes fueron la monitorización cutánea (51,43 %), la ventilación mecánica invasiva (53,14 %) y la monitorización respiratoria (54,29 %). González (17), aporta más datos al respecto, señalando que el 100 % del personal reconocía el valor de un tratamiento personalizado y el 67 % ofrecía apoyo respiratorio y emocional. Las actividades de enfermería observadas incluyeron manejo de vías aéreas, administración de oxígeno, higiene e intervenciones posturales, lo cual coincide con las intervenciones aplicadas en el presente estudio. Bardales (14), también señaló la importancia de intervenciones neonatales oportunas como parte del enfoque preventivo y terapéutico para mitigar el SDR.

Finalmente, en relación con el quinto objetivo, que fue describir los resultados esperados según la clasificación NOC, los hallazgos revelaron que los niveles de logro más bajos se registraron en severidad de la infección (1,91), termorregulación (1,96) y establecimiento de la lactancia (1,97). Estos resultados reflejan las principales dificultades en el manejo integral del neonato con SDR. En contraposición, se obtuvieron mejores resultados en intercambio gaseoso (2,10), ventilación respiratoria (2,09), integridad tisular (2,05) y aceptación del estado de salud (2,01). González (17), destacó que el cuidado humanizado mejora el pronóstico de los neonatos, permitiendo mejores indicadores clínicos y emocionales, especialmente en la adaptación

al entorno hospitalario. Por su parte, Zambrano y Caicedo (15) subrayaron que los niveles socioeconómicos bajos, junto con complicaciones severas, se asocian a una menor tasa de recuperación, lo cual podría explicar los niveles de logro menos favorables observados en el presente estudio en indicadores como la infección o la termorregulación.

CONCLUSIONES

Los datos generales de salud permitieron caracterizar adecuadamente a los neonatos con SDR, identificando diferencias por sexo y tipos de prematuridad. Se observó que la condición afecta a neonatos tanto prematuros como a término, lo que devela la necesidad de una vigilancia clínica continua e individualizada, sin depender exclusivamente de la edad gestacional para la valoración del riesgo.

Se identificaron manifestaciones clínicas relevantes asociadas al SDR, siendo los signos respiratorios los más frecuentes y determinantes en la evaluación inicial. Estos hallazgos refuerzan la importancia de identificar rápidamente la enfermedad y priorizar los tratamientos en función de la gravedad de la afección respiratoria.

Los problemas más comunes en los recién nacidos con SDR se reflejan en las etiquetas de diagnóstico de enfermería que se emplean. Su selección facilitó la toma de decisiones clínicas bien informadas, ya que permitió organizar el plan de tratamiento de manera ordenada y centrada en las necesidades fisiológicas y de protección del neonato.

Las actividades de enfermería, que se consideraron acordes con el diagnóstico primario, demostraron una intervención exhaustiva que abarcó desde la prevención de riesgos hasta el apoyo respiratorio. Esto demostró el uso de cuidados planificados y el valor de la enfermería para mantener estable al paciente.

Aunque se detectaron áreas con un menor nivel de cumplimiento, los resultados esperados según la clasificación NOC mostraron logros positivos en las funciones respiratorias y el estado general del recién nacido.

Estos hallazgos permitieron evaluar la efectividad del cuidado brindado y evidenciar las dimensiones que requieren refuerzo en la atención neonatal.

RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer la vigilancia clínica neonatal, considerando tanto la edad gestacional como otros factores individuales que permitan detectar precozmente el SDR y personalizar el abordaje clínico.

Es aconsejable capacitar de forma continua al personal de salud en la identificación temprana de signos clínicos respiratorios, favoreciendo respuestas oportunas y eficientes ante cuadros de SDR.

Se recomienda promover la aplicación metódica de los diagnósticos de enfermería como instrumento fundamental para crear planes de cuidados precisos y adaptados a las necesidades del paciente.

En UCIN deben implementarse estrategias de intervención integrales, que incluyan asistencia respiratoria, gestión ambiental y reducción de riesgos para los recién nacidos con SDR.

Se recomienda utilizar indicadores NOC para evaluar periódicamente los resultados de los cuidados. Esto permitirá ajustar las estrategias y reforzar los componentes menos eficaces de los cuidados neonatales.

REFERENCIAS

1. MSP. Manual de atención neonatal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción-Paraguay; 2016.
2. Shi Y, Muniraman H, Biniwale M, Ramanathan R. A Review on Non-invasive Respiratory Support for Management of Respiratory Distress in Extremely Preterm Infants. *Front Pediatr* [Internet]. 28 de mayo de 2020 [citado 2 de abril de 2025];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2020.00270/full>
3. Ekhaguere OA, Okonkwo IR, Batra M, Hedstrom AB. Respiratory distress syndrome management in resource limited settings—Current evidence and opportunities in 2022. *Front Pediatr* [Internet]. 29 de julio de 2022 [citado 2 de abril de 2025];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2022.961509/full>
4. INEC. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2022/Presentacion_ENV_y_EDF_2022.pdf
5. Rite Gracia S, Agüera Arenas JJ, Ginovart Galiana G, Rodríguez Revuelta MJ. Manejo del síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos prematuros moderados/tardíos: consenso Delphi. *Anales de Pediatría*. 1 de noviembre de 2024;101(5):319-30.
6. Nafday SM, Long CM. Respiratory Distress and Breathing Disorders in the Newborn [Internet]. 2020 [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://publications.aap.org/aapbooks/edited-volume/690/chapter/8453036/Respiratory-Distress-and-Breathing-Disorders-in>
7. MSP. Recién nacido con dificultad para respirar. Ministerio de Salud Pública; 2016 p. 80.
8. 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. *Journal of Pediatric Nursing*. 1 de marzo de 2022;63:e113-20.

9. OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. 2023 [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
10. OMS. Normas para mejorar la calidad de la atención a los recién nacidos enfermos o de pequeño tamaño en los establecimientos de salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341557/9789240017245-spa.pdf>
11. OPS/OMS. Salud del recién nacido [Internet]. 2025 [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido>
12. Miranda S. Cuidados quirúrgicos de enfermería del neonato con diagnóstico de enterocolitis en el hospital universitario de Guayaquil [Internet] [masterThesis]. 2020 [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/11707>
13. 152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 2 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
14. Bardales Romero DO. Factores de riesgo asociados a síndrome de distrés respiratorio en neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios Hospital de Ventanilla 2022 [Internet]. Universidad Norbet Wiener; 2022 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/8192>
15. Zambrano J, Caicedo A. Evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo en los neonatos del área de cuidados intensivos del hospital “delfina torres de concha”. Más Vida. 2021;3(3):8-21.
16. Perez Meza I. Prematuridad y su asociación con el Síndrome de Distrés Respiratorio en neonatos - Trujillo 2023 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2023 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131661>
17. González L. Cuidado humanizado en neonatos con síndrome de distrés respiratorio. Hospital General Dr. León Becerra Camacho. Milagro, 2023 [Internet]. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2024. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/12329/1/UPSE-TEN-2024-0056.pdf>
18. Arreaga M, Baque W. Factores asociados al síndrome de distrés respiratorio en neonatos hospitalizados en el área UCIN en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil. Período septiembre a noviembre del 2019 [Internet]. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14934/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-597.pdf>

19. Poveda KGF, Jiménez MLH, Sol NLD, Rey DAR. Nursing assessment of neonates with Respiratory Distress Syndrome. *Espirales Revista Multidisciplinaria de investigación* [Internet]. 13 de enero de 2023 [citado 6 de mayo de 2025];7(44). Disponible en: <https://www.revistaespirales.com/index.php/es/article/view/836>
20. Magnani JE, Donn SM. Persistent Respiratory Distress in the Term Neonate: Genetic Surfactant Deficiency Diseases. *Current Pediatric Reviews*. 1 de febrero de 2020;16(1):17-25.
21. Bos LDJ, Ware LB. Acute respiratory distress syndrome: causes, pathophysiology, and phenotypes. *The Lancet*. 1 de octubre de 2022;400(10358):1145-56.
22. Ramaswamy VV, Abiramalatha T, Bandyopadhyay T, Boyle E, Roehr CC. Surfactant therapy in late preterm and term neonates with respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 1 de julio de 2022;107(4):393-7.
23. Prakash S, Yadav HS, Yadav OP. Pulmonary Surfactant in Health and Disease: An Overview. *Janaki Medical College Journal of Medical Science*. 31 de diciembre de 2024;12(03):108-22.
24. Greiner E, Wittwer A, Albuissou E, Hascoët JM. Outcome of Very Premature Newborn Receiving an Early Second Dose of Surfactant for Persistent Respiratory Distress Syndrome. *Front Pediatr* [Internet]. 30 de abril de 2021 [citado 4 de abril de 2025];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2021.663697/full>
25. Ochs M, O'Brodovich H. *The Structural and Physiologic Basis of Respiratory*. 40 p.
26. Martinho S, Adão R, Leite-Moreira AF, Brás-Silva C. Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn: Pathophysiological Mechanisms and Novel Therapeutic Approaches. *Front Pediatr* [Internet]. 24 de julio de 2020 [citado 4 de abril de 2025];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2020.00342/full>
27. Liu J. Ultrasound diagnosis and grading criteria of neonatal respiratory distress syndrome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 31 de diciembre de 2023;36(1):2206943.
28. Sefic I, Riera L, Vazquez E, Castillo F. Comparison between lung ultrasonography and chest X-ray in the evaluation of neonatal respiratory distress syndrome. *J Ultrasound*. 1 de junio de 2023;26(2):435-48.

29. Cattel F, Giordano S, Bertiond C, Lupia T, Corcione S, Scaldaferrì M, et al. Use of exogenous pulmonary surfactant in acute respiratory distress syndrome (ARDS): Role in SARS-CoV-2-related lung injury. *Respir Physiol Neurobiol.* junio de 2021;288:103645.
30. Ho JJ, Subramaniam P, Davis PG. Continuous positive airway pressure (CPAP) for respiratory distress in preterm infants - Ho, JJ - 2020 | Cochrane Library. [citado 4 de abril de 2025]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002271.pub3/full>
31. Barrot L, Asfar P, Mauny F, Winiszewski H, Montini F, Badie J, et al. Liberal or Conservative Oxygen Therapy for Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine.* 12 de marzo de 2020;382(11):999-1008.
32. Mamo JR, Shaker NZ. Quality of Nursing Care for Neonates with Respiratory Distress Syndrome at Neonatal Intensive Care Unit in Teaching Hospitals in Erbil City. *Erbil Journal of Nursing and Midwifery.* 30 de mayo de 2024;7(1):10-22.
33. Pinto ABP, Morais VS de, Santos EM de P dos. Nurses' role in the treatment of respiratory distress syndrome in newborns. *International Journal of Professional Business Review: Int J ProfBus Rev.* 2024;9(11):32.
34. Young N. The Nurse's Role in the care of neonates diagnosed with Neonatal Respiratory Distress Syndrome using an Individualized Family-Centered Care Approach [Internet]. University Honors College, Middle Tennessee State University; 2023 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jewlscholar.mtsu.edu/handle/mtsu/6844>
35. Chen Y, Zheng J, Wu D, Zhang Y, Lin Y. Application of the PDCA cycle for standardized nursing management in a COVID-19 intensive care unit. *Annals of Palliative Medicine.* mayo de 2020;9(3):1198205-1191205.
36. Duan X, Ding Y, Ning Y, Luo M. Application of NANDA-I nursing diagnoses, nursing interventions classification, and nursing outcomes classification in research and practice of cardiac rehabilitation nursing: A scoping review. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2024;35(3):256-71.
37. Bua J, Dalena P, Mariani I, Girardelli M, Ermacora M, Manzon U, et al. Parental stress, depression, anxiety and participation in care in neonatal intensive care unit: a cross-sectional study in Italy comparing mothers versus fathers. *BMJ Paediatr Open.* 8 de abril de 2024;8(Suppl 2):e002429.
38. Liu H, Li J, Guo J, Shi Y, Wang L. A prediction nomogram for neonatal acute respiratory distress syndrome in late-preterm infants and full-term infants: A retrospective study. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 de agosto de 2022 [citado 5 de abril de 2025];50. Disponible en:

[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00253-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00253-X/fulltext)

39. Tapia Illanes JL, Toso Milos P, Kattan Said J. Respiratory Diseases in the Newborn. En: Bertrand P, Sánchez I, editores. *Pediatric Respiratory Diseases: A Comprehensive Textbook* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 5 de abril de 2025]. p. 355-71. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-26961-6_36
40. Souza NMG de, Silva VM da, Lopes MV de O, Guedes NG, Pascoal LM, Beltrão BA. Content validity of the nursing diagnostic Breathing Pattern, Ineffective, in children with congenital heart defects. *Rev Bras Enferm.* 26 de abril de 2021;74:e20190844.
41. Parhar KKS, Zjadewicz K, Knight GE, Soo A, Boyd JM, Zuege DJ, et al. Development and Content Validation of a Multidisciplinary Standardized Management Pathway for Hypoxemic Respiratory Failure and Acute Respiratory Distress Syndrome. *Critical Care Explorations.* mayo de 2021;3(5):e0428.
42. Bonel A. Proceso de Atención de Enfermería para Pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo Ingresados en la UCI [Internet] [Tesis]. Universidad Zaragoza; 2022. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/127461/files/TAZ-TFG-2023-669.pdf>;
43. Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology.* 7 de marzo de 2023;120(1):3-23.
44. Fujishima S. Guideline-based management of acute respiratory failure and acute respiratory distress syndrome. *j intensive care.* 10 de marzo de 2023;11(1):10.
45. Huang Q, Le Y, Li S, Bian Y. Signaling pathways and potential therapeutic targets in acute respiratory distress syndrome (ARDS). *Respir Res.* 13 de enero de 2024;25(1):30.
46. Paneque-Sánchez-Toscano I, Porcel-Gálvez AM, Allande-Cussó R, Carrión-Camacho MR. Prevalence of NANDA-I Nursing Diagnoses in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2025;36(1):106-19.
47. NANDA. Diagnosticos Nanda. 2024 [citado 6 de abril de 2025]. Diagnosticos Nanda. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com>
48. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

49. Congreso Nacional. Ley de ejercicio profesional de enfermeras [Internet]. 1998. Report No.: Ley n° 57. Disponible en: <https://vlex.ec/vid/ley-57-ley-ejercicio-643461489>
50. Congreso Nacional. Código de la Niñez y Adolescencia [Internet]. 2013 p. 45. Report No.: Ley No. 2002-100. Disponible en: <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>
51. Ley Organica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423 [Internet]. Ley Organica de Salud; 2006. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
52. MSP. Guía de Práctica Clínica para el Recién Nacido con Dificultad Respiratoria, emitida por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>
53. Hernández-Sampieri R, Torres Mendoza CP. Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de MEXico: Mc Graw-Hill interamericana de Mexico; 2018. 754 p.

ANEXOS

Permiso de la UCSG



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

Tel.: 3804800
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 11 de Diciembre del 2024

Srta. Pinela Pinela Estefania Monserrate
Srta. Silva Villalva Gina Pilar
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, "Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Kristy Franco.

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

Atentamente,



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

cc. Archivo

Permiso del hospital



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2025-0041-FDQ
Guayaquil, 21 Febrero de 2025

**PARA: PINELA PINELA ESTEFANÍA MONSERRATE
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SILVA VILLALVA GINA PILAR
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Titulación: "ESTANDARIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL" una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-JUTNEO-2025-0056-M de fecha 19 de Febrero del 2025, firmado por la Esp. Alexandra Andrade - Jefe Unidad de Neonatología, se remite el informe favorable a la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de Tesis siguiendo las normas y reglamentos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



**Mgs. MARÍA GABRIELA ACUÑA CHONG
COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO**

Referencia:
- Solicitud

Mtn

www.iesg.gob.ec

Matriz de recolección de datos



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Matriz de Recolección de Datos

Objetivo del instrumento:

Este instrumento fue diseñado para recopilar datos clínicos y de enfermería a partir de historias clínicas de neonatos con diagnóstico de Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR), con el fin de identificar signos clínicos, diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC aplicados.

• Datos Generales

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Edad gestacional	_____ semanas
Tipo de prematuridad	<input type="checkbox"/> Extremo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> A término

• a. Aspectos clínicos

Ítems	Sí	No
Apnea		
Taquipnea		
Quejido respiratorio		
Bradycardia		
Dificultad para alimentarse		
Aleteo nasal		

Cianosis		
Letargo		
Irritabilidad		
Retracciones		

• **b. Diagnósticos de enfermería (NANDA)**

Ítems	Sí	No
00032 Patrón respiratorio ineficaz		
00030 Deterioro del intercambio gaseoso		
00029 Disminución del gasto cardíaco		
00105 Interrupción de la lactancia materna		
00146 Ansiedad		

• **c. Intervenciones de enfermería (NIC)**

Ítems	Sí	No
3350 Monitorización respiratoria		
3320 Ventilación mecánica invasiva		
3302 Ventilación mecánica no invasiva		
3300 Oxigenoterapia		
3160 Aspiración de vías aéreas		
3900 Regulación de la temperatura		
3590 Vigilancia de la piel		

6540 Control de infecciones		
6880 Cuidados del recién nacido		
6610 Identificación de riesgos		
4040 Cuidados cardíacos		

• **d. Resultados de enfermería (NOC)**

Ítems	Sí	No
0402 Intercambio gaseoso		
0403 Estado respiratorio: ventilación		
0401 Estado circulatorio		
1101 Integridad tisular		
1912 Caídas		
1000 Establecimiento de lactancia		
0801 Termorregulación		
0708 Severidad de la infección		



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pinela Pinela, Estefania Monserrate** con C.C: # **0924060924** autora del trabajo de titulación: **Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **02 de mayo de 2025**

f. _____

Pinela Pinela, Estefania Monserrate

C.C: **0924060924**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Silva Villalva, Gina Pilar**, con C.C: # **0926228065** autora del trabajo de titulación: **Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **02 de mayo de 2025**

f. _____

Silva Villalva, Gina Pilar

C.C: **0926228065**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Estandarización en la atención de enfermería en neonatos con Síndrome de distrés respiratorio atendidos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES)	Pinela Pinela, Estefania Monserrate Silva Villalva, Gina Pilar		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Franco Poveda Kristy Glenda, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Carrera de enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	58
ÁREAS TEMÁTICAS:	Neonatología, Materno Infantil, Pediatría		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido, Cuidado de Enfermería, Recién Nacido Prematuro, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) representa una de las principales causas de ingreso neonatal en unidades de cuidados intensivos, siendo un cuadro clínico que compromete severamente la función respiratoria del neonato, especialmente en población prematura. El objetivo del presente estudio fue estandarizar la atención de enfermería en neonatos con SDR, mediante la identificación de datos generales, aspectos clínicos, diagnósticos, intervenciones y resultados esperados. Se utilizó una metodología cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, con análisis documental de 175 historias clínicas de neonatos diagnosticados con SDR en la UCIN del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Entre los hallazgos más relevantes, se evidenció mayor incidencia del SDR en neonatos de sexo masculino (54,86%) con pretérmino tardío (36,00%) y moderadas (33,14%). Clínicamente, apnea (86,29%) y el quejido respiratorio (76,57%) fueron los signos más frecuentes. Los diagnósticos de enfermería más aplicados fueron patrón respiratorio ineficaz (60,00%) y deterioro del intercambio gaseoso (52,57%). Las intervenciones más comunes incluyeron monitorización respiratoria (54,29%) y ventilación mecánica invasiva (53,14%). En cuanto a los resultados NOC, los niveles más altos de logro se obtuvieron en intercambio gaseoso (2,10) y ventilación respiratoria (2,09), mientras que los más bajos correspondieron a severidad de la infección (1,91) y termorregulación (1,96). Se concluye que la estandarización de los cuidados permite optimizar la respuesta terapéutica, garantizar una atención segura y mejorar la calidad del cuidado enfermero en neonatos con SDR.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	<p>Teléfono: +593978631680 Teléfono: +59396993 4225</p>	<p>E-mail: epinela_86@yahoo.com E-mail: gina.silva01@cu.ucsg.edu.ec</p>	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	<p>Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs. Teléfono: +593-93142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec</p>		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			