



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO

**SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL “HOSPITAL
BÁSICO DEL IESS ESMERALDAS”**

**PREVIO AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTOR

JORGE EDUARDO YANDUN GARCES

ASESORA

Mgt. ANDREA PINEDA CAICEDO

ESMERALDAS, 2022

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de Tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de grado de PUCE – Sede Esmeraldas, previo a la obtención de título licenciado en Enfermería.

Presidente del tribunal de graduación

Lector 2

Directora de tesis

Coordinadora de la carrera

Fecha.....

AUTORÍA

Yo, **JORGE EDUARDO YANDUN GARCES** con CI 0803396589, declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original autentica y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exhaustiva responsabilidad legal y académica del autor/a y de la PUCE – Sede Esmeraldas.

JORGE EDUARDO YANDUN GARCES

CI: 0803396589

DEDICATORIA

Mi investigación se la dedico con todo amor a mi familia, mi hermano y en particular a mis abuelos quienes supieron guiarme por el buen sendero, dándome fuerzas enseñándome enfrentar las adversidades.

Me brindaron consejos, paciencia en los instantes más difíciles; me formaron con reglas y algunas libertades, pero en el final de cuenta me motivaron todo el tiempo para lograr mis anhelos me brindado todo sin ninguna condición, esto se las dedico a ustedes eres que me proponen siempre su amor, lealtad y confort.

AGRADECIMIENTO

Primero le doy gracias a Dios por brindarme la vida y permitirme tener la salud necesaria para alcanzar uno de mis sueños, ya que sin el estaría perdido; gracias a su bondad y amor infinito he podido avanzar sin importar las caídas, siempre me ha ayudado a levantarme y enfrentar las situaciones adversas de la vida.

Agradezco a mis abuelos porque siempre me apoyaron en todo momento tanto en lo moral como en lo económico, sin ellos no hubiera logrado este objetivo, gracias por comprenderme y por brindarme su apoyo en todo momento.

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	i
AUTORÍA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
LISTA DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
Presentación del tema de investigación	1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación	3
Objetivos	5
General:.....	5
Específicos:.....	5
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	6
1.1 Bases teórico-científicas	6
1.1. Antecedentes	8
1.3. Bases legales	10
CAPITULO II: METODOLOGÍA	11
2.1 Tipo de estudio.....	11

2.2. Población y muestra	11
2.3. Definición conceptual y operacionalización de las variables	12
2.4. Métodos de investigación.....	12
2.5. Técnicas e instrumentos	13
2.6. Análisis de datos	13
2.7. Normas éticas	13
CAPITULO III: RESULTADOS.....	15
CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....	20
CAPITULO V: CONCLUSIONES	22
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.....	23
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS	27
4.1. INSTRUEMNTO	28
4.2. Operacionalización de variables	31

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.- Prevalencia por edad, sexo y antecedentes familiares. -----	pg. 17
Tabla 2.- Causas del ingreso hospitalario. -----	pg. 18
Tabla 3.- Etiología del Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda. -----	pg. 18
Tabla 4.- Técnicas de manejo en el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda.	pg. 19
Tabla 5.- Características de las complicaciones en la ventilación mecánica. ----	pg.20
Tabla 6.- Consecuencias de la ventilación mecánica. -----	pg. 20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Condición de alta médica en pacientes con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda. -----	pg. 21
--	--------

RESUMEN

El presente estudio pretende detallar la evolución del Síndrome de dificultad respiratorio agudo (SDRA) en pacientes que presenten la sintomatología respectiva a la misma en el área de cuidados intermedios del “hospital básico del iess esmeraldas” desde el criterio de salud pública. Por lo que, esta patología tiene un prominente índice de mortalidad y morbilidad sin importar los adelantos en el saber de su fisiopatología y régimen en los distintos sistemas de salud a nivel global desde el comienzo del estudio de la enfermedad hasta esta época.

Es una causa considerable de insuficiencia respiratoria aguda que se asocia comúnmente con falla orgánica múltiple. Se destaca por la existencia de edema pulmonar e hipoxemia refractaria. Numerosos trastornos clínicos tienen la posibilidad de precipitar el SDRA, introduciendo neumonía, sepsis, aspiración del contenido gástrico y trauma más grande. El avance de estudios clínicos y experimentales permitió el progreso en la comprensión de los mecanismos causantes de la patogénesis y la resolución de la lesión pulmonar, introduciendo la contribución de causantes ambientales y de los genes. La mejoría en la sobrevida se logró con la utilización de la ventilación pulmonar protectora y la posición prono. El edema pulmonar probablemente es el aspecto patogénico más importante para la gravedad y el resultado del SDRA.

En la actualidad, sin importar los adelantos visibles en la comprensión de su patogénesis, la exclusiva terapéutica eficiente para bajar la mortalidad del SDRA es el empleo de ventilación mecánica con volúmenes corrientes bajos; la conjunción de ventilación protectora y posición prono se reserva para las situaciones de SDRA.

PALABRAS CLAVE: síndrome de dificultad respiratorio agudo; ventilación mecánica; antecedentes familiares; complicaciones.

ABSTRACT

The present study intends to detail the evolution of acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients who present the respective symptomatology to it in the intermediate care area of the "Esmeraldas Basic Hospital" from the public health criterion. Therefore, this pathology has a prominent mortality and morbidity rate regardless of the advances in knowledge of its pathophysiology and regimen in the different health systems globally since the beginning of the study of the disease until this time.

It is a significant cause of acute respiratory failure that is commonly associated with multiple organ failure. It stands out for the existence of pulmonary edema and refractory hypoxemia. Numerous clinical disorders have the potential to precipitate ARDS, introducing pneumonia, sepsis, aspiration of gastric contents, and larger trauma. The advancement of clinical and experimental studies allowed progress in understanding the mechanisms that cause the pathogenesis and resolution of lung injury, introducing the contribution of environmental causes and genes. The improvement in survival was achieved with the use of protective lung ventilation and the prone position. Pulmonary edema is probably the most important pathogenic aspect for the severity and outcome of ARDS.

Currently, regardless of the visible advances in the understanding of its pathogenesis, the only efficient therapy to reduce ARDS mortality is the use of mechanical ventilation with low tidal volumes; the conjunction of protective ventilation and prone position is reserved for ARDS situations.

KEYWORDS:

acute respiratory distress syndrome; mechanical ventilation; family history; complication

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema de investigación

El presente estudio pretende detallar la evolución del Síndrome de dificultad respiratorio agudo (SDRA) en pacientes que presenten la sintomatología respectiva a la misma en el área de cuidados intermedios del “hospital básico del iess esmeraldas” desde el criterio de salud pública. Además, esta patología tiene un prominente índice de morbilidad y mortalidad sin importar los adelantos en el saber de su fisiopatología y régimen en los distintos sistemas de salud a nivel global desde el comienzo del estudio de la enfermedad hasta esta época

Como expresó Salazar et al, el Síndrome de dificultad respiratorio agudo a nivel general pertenece a las causas más inminentes a contraer patologías de origen respiratorio, siendo un aspecto para que otras patologías crónicas, afectando diferentes grupos atacables. Siendo de etiología múltiple, las enfermedades que lo causan suponen un alto peligro gracias a su predisposición a provocar la desaparición en los distintos grupos atacables si estas no tienen una profilaxis correcta y a tiempo (1).

Es una manera aguda de insuficiencia respiratoria que hace aparición como resultado de una lesión pulmonar o sistémica. Como asegura Estenssoro et al (2) el (SDRA) se distingue por el edema pulmonar no cardiogénico producido por perjuicios causados por el sistema inmunitario a las paredes alveolares y capilares ocasionando un enorme conjunto de trastornos tienen la posibilidad de desatar el SDRA, aunque la septicemia es el más recurrente de ellos.

En relación con las muertes infantiles, algo más del 70% son provocadas por dolencias respiratorias y cerca de 11 millones de jóvenes fallecen gracias a estas más que nada en los países en fuentes de avance, siendo estos datos equivalentes a la circunstancia de Asia Meridional y Central, en tanto que en África se registran tasas todavía más altas (2).

Por ello, hay diferentes causas para conseguir padecer del (SDRA), las cuales se manifiestan con más importante continuidad con la perforación pulmonar directa por dolencia pulmonar indirecta, además, se puede integrar un trastorno de infección, los accidentes no torácicos, las transfusiones múltiples y el secundario a cortocircuito cardiopulmonar.

Por otro lado, como expone Gutiérrez (3) la ventilación mecánica es la estrategia que se usa primordialmente para el manejo de la enfermedad como tal, pero uno de los riesgos más inminentes que se prestan es la lesión que produce la ventilación mecánica como procedimiento invasivo.

Además, como indico Rodríguez, que independientemente de los causantes de peligro que se disponen en pacientes con (SDRA), en casos la patología se puede saber con el resultado final de la misma. Por esto, se presenta con mayor predisposición en los pacientes que muestren un cuadro de inmunodeficiencia o enfermedades inmunodeprimibles por lo cual su manejo implica múltiples complicaciones llegando incluso a la muerte. Además, se tienen la posibilidad de detallar que una cuarta parte de los pacientes que ingresan al sector de cuidados intensivos (UCI) requieren de forma urgente ventilación mecánica (4).

Planteamiento del problema

El síndrome de dificultad respiratorio agudo constituye en parte importante una de las intranquilidades sanitarias con mas relevancia en todo el mundo en el lapso del último año debido al cambio que mantuvo el sistema sanitario por la llegada de la pandemia por COVID-19 (4).

Por ello, la enfermedad en cuestión debe ser tomada con cautela por parte del personal sanitario y la comunidad en la consideración de hacer énfasis a crear medidas que permitan mermar la proporción de casos que se muestran en el primer nivel de atención. Por esto, es debe llevar a cabo numerosos elementos al descubrimiento de manera temprana de esta enfermedad, los cuales además tienen que ir encaminados al personal médico y la comunidad a entender los factores de riesgo que se presentan y poder tratar la enfermedad de manera oportuna desde el primer nivel de atención con la previa colaboración del equipo de salud.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) detalla a los países de América Latina como una de las naciones con las dolencias más alarmante gracias a su sistema sanitario, las condiciones socioeconómicas, estilos de vida, geográficas y ambientales las cuales forman un papel primordial para el progreso de la enfermedad. Sin embargo, los distintos estudios dictaminados por la OMS revelan que la mayor parte de las personas que mantienen

relevancia con la enfermedad mantienen factores socioeconómicos que en su mayoría se destacan por ser más agresivos para la condición del paciente (5).

Por otro lado, el sistema sanitario a nivel nacional durante los últimos años se ha visto afectado en numerosos casos de capacidad resolutive en diferentes ámbitos patológicos y estos a su vez empeoran la condición del paciente (6). Es por ello, que la presente investigación estuvo relacionada con el Hospital básico del IESS, donde todos los pacientes que presentaron las manifestaciones clínicas tienen una estrecha relación con los factores sociales, clínicos, patológicos, económicos, ambientales, demográficos y culturales que se describen en la evolución de la enfermedad. Además, la escasez de medicamentos en la farmacia interna hace que muchos familiares se quejen y estén insatisfechos con la calidad de atención. El agotamiento de muchos insumos básicos se mantiene porque en meses anteriores la demanda masiva de medicamentos por los casos de covid-19 dejó una grieta económica muy grande de la cual el MSP se está recuperando lentamente. La escasez de los medicamentos produce problemas a la hora de su administración a cargo del personal de enfermería, lo que tiene como efecto una lenta recuperación del paciente e incide al mismo tiempo en el aumento de su estadía en la unidad de salud.

Por todo lo antes expuesto se plantea la siguiente pregunta científica ¿Cómo ha evolucionado el síndrome de dificultad respiratoria en la unidad de cuidados intermedios del “Hospital del IESS Esmeraldas?”

Justificación

La consideración de este trabajo se apoya en que en la actualidad es requisito comprender las distintas cambiantes que se asocian a los trastornos respiratorios que muestran en los adultos mayores ingresados en el área de cuidados intermedios del Hospital Básico del IESS Esmeraldas, para comprender cuál es la circunstancia de hoy y de esta forma ofrecer con seguridad proyectos que permitan a las instituciones causantes en salud, impedir y asumir esta circunstancia de forma eficaz.

Dentro del criterio de la salud, este trabajo de investigación busca dar un más grande conocimiento que verifique con las personas de carácter vulnerable por sus características físicas o socioeconómicas, de esta forma como la facilidad que se muestra esta circunstancia, para dar una noción más cercana a la severidad que significa el abordaje esta afección, de la

misma forma ayudar a hacer un consenso estadístico en lo que hace referencia al manejo de la enfermedad de los pacientes que acuden a la casa de salud ya mencionada anteriormente, como sitio de referencia de toda esta investigación.

Además, es importante mencionar la precaución y la preservación de la vida hasta su etapa final son características fundamentales para poder detallar esta patología, de esa forma poder plasmar todo apunte relacionado con la dolencia y la relación que almacena con el plantel sanitario. Las adversidades que se tienen la oportunidad de enseñar en todo el manejo de la enfermedad afectan directamente a la ocupación respiratoria y esta se presenta aún más vulnerable si el individuo mantiene hábitos no saludables los cuales no favorecen a batallar la enfermedad por otro lado empeoran la condición de esta. Es por ello, la consideración de la promoción de una vida saludable desde el primer nivel de atención.

Por otro lado, la escasez de medicamentos que se presentó a nivel global dado por la pandemia de COVID-19, demostró el gran déficit que mantiene el sistema de salud público en lo que respecta a la gestión de recursos. Además, la eficacia del trabajo del personal de enfermería por ese lado también se ve afectado, ya que con la falta de medicamentos también ralentiza el proceso de atención, por lo que sin los medicamentos no se cumple un régimen de aplicación de estos a lo que ocasiona problemas en completar su debido esquema.

Es por ello la importancia del estudio de uno de los fenómenos que ocasionó miles de pérdidas humanas a nivel mundial y sobre todo en nuestra comunidad. Además, el origen de este estudio va a tener información de calidad que servirá de base primordial para futuras indagaciones que tengan relación con la enfermedad en estudio en los alumnos y docentes esmeraldeños.

Objetivos

General:

- Determinar la evolución del síndrome de dificultad respiratoria en la unidad de cuidados intermedios del “Hospital del IESS Esmeraldas”

Específicos:

- Demostrar la prevalencia del Síndrome de dificultad respiratoria agudo en la unidad de cuidados intermedios del “hospital básico del iess esmeraldas”
- Identificar las consecuencias que conllevan al aumento de días con ventilación mecánica en pacientes con Síndrome de dificultad respiratoria agudo en la unidad de cuidados intermedios del “hospital básico del iess esmeraldas”
- Indicar la clasificación del Síndrome de dificultad respiratoria agudo en la unidad de cuidados intermedios del “hospital básico del iess esmeraldas”

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Bases teórico-científicas

En un trabajo de investigación hecho por Moreno, define esta enfermedad como “ Un inconveniente inflamatorio a agudo de carácter difuso y este paralelamente mantiene una consecuencia en el incremento de la permeabilidad vascular pulmonar, la exhibición del mismo en su clínica se destaca por la existencia de hipoxemia, modificaciones radiológicas y la reducción de la distensibilidad pulmonar” Las modificaciones fisiopatológicas que establece el SDRA se derivan frente componentes inminentes para su evolución tales como: sepsis, infecciones pulmonares, desarrollo inflamatorio difuso del pulmón (6).

La sepsis se define como la respuesta sistémica a un agente infeccioso. La hinchazón es la respuesta fundamental del organismo, siendo el desbalance de esta respuesta, lo que iniciaría el comienzo y el avance de la sepsis, resultando en una liberación desproporcionada de mediadores proinflamatorios, causantes de la vasodilatación, hinchazón sistémica e inconveniente tisular así sea local o popularizado (6).

Las propiedades primordiales del (SDRA) se identifica como una hipoxemia refractaria y esta debe la formación del edema alveolo abundante en proteínas tras una lesión de la integridad de la barrera alveolocapilar (7).

Además, estudios determinan que las manifestaciones más graves del pulmón mencionan a la presión espiratoria por el desenlace positivo (PEEP), que cuando el SDRA es caudado por un desarrollo pulmones o extraplana (8).

La etiología se define por la falta de la funcionalidad tensoactiva produce colapso alveolar, con pérdida de la aptitud residual servible (CRF), que hace difícil la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido (cuesta distenderlo) y tiende simple y de manera rápida al colapso, creciendo el trabajo y el esfuerzo respiratorio. Este incremento del esfuerzo no va a poder seguir estando gracias a la limitación de la fuerza muscular que perjudica a la funcionalidad del diafragma y posibilita que la pared torácica sea más débil y con inclinación a deformarse, lo que hace difícil la ventilación y el trueque gaseoso (9).

Según Rivas et al (10) La mayor parte de los componentes de peligros que están expuestos al SDRA se expresan como neumonía; sepsis, aspiración, trauma, lesión por inhalación,

choque no cardiogénico y estos se tienen la posibilidad de clasificar como pulmonares o extrapulmonares. La cantidad considerable que sufren esta enfermedad que recientemente ha incrementado su incidencia con la pandemia por coronavirus. Además, la causa más habitual de SDRA es la neumonía, y tienen la tasa de mortalidad más alta por la broncoaspiración. La tasa de letalidad por trauma es menor y la utilización elevada de VM como régimen primordial es un aspecto de compromiso que causa traumatismos, barotrauma o atelectasias. Entonces, su manejo se puede esta enfermedad se puede enseñar de formas variadas y de eso se detalla el manejo de esta, las cuales en la mayoría de los casos se entienden con oxigenoterapia de carácter común con la intención de sostener una mejor oxigenación a nivel capilar (9).

La evolución del SDRA que tiene las propiedades definitorias de la patología estar empleada a cualquier ocasión para hacer la idealización de los cuidados que corresponden para esta afección. En la enfermedad descrita en el presente estudio debe ser una prioridad para todo el plantel sanitario por lo cual garantizar la oxigenación correcta hay que basar en entendimientos tanto como teóricos y prácticos donde a su vez necesitan de maniobras que facilitaran el trámite a hacer (9).

Pero no sencillamente el personal de enfermería debe apreciar la fisiología respiratoria además el patrón cardiovascular, donde se detalla en la elevación de la presión pulmonar y el gasto cardíaco que este representa. En lo relacionado a la participación de enfermería en el sistema respiratorio a lo que se refiere a la patología esta obligado a saber reconocer los distintos patrones respiratorios que suelen presentar estos pacientes en el transcurso de la enfermedad, por ende, la valoración es de suma importancia en todos los casos independiente me dé la patología. Por lo cual, consta con ver signos en la fisiología de esta, así como disnea, taquipnea, sonidos difusos respiratorios, esputo con mucosidad (esta propiedad además se pude enseñar en pacientes con EPOC que a lo largo también se presenta SDRA con el avance de la enfermedad de pila) (9).

El manejo del personal de enfermería debe estar encaminado en la verificación del intercambio de gases, en la limpieza eficaz de las vías áreas respiratorias. El SDRA es una enfermedad que se relaciona con una enfermedad que ataca a personas de diferentes rangos de edad donde la capacidad fisiológica pulmonar se ve afectada en gran mayoría a factores de riesgo modificables. Esta enfermedad tiene un prominente valor, tanto barato citando al

sistema sanitario mundial además que en vidas humanas. La cual no facilita una respiración habitual donde esta se puede detectar en la limitación de oxígeno en sangre y estas propiedades paralelamente no aceptan un óptimo desenvolvimiento en las funcionalidades del intercambio gaseoso a nivel pulmonar, por lo cual, si no se diagnostica a tiempo, puede provocar el deceso del paciente (10).

1.1. Antecedentes

Como menciona Guerrero en 2018 “El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda todavía es una patología con prominente índice de mortalidad sin importar los adelantos en el saber de su biología molecular, fisiopatología y régimen” (11).

Desde su especificación hace 50 años, los criterios clínicos se han mezclado en diferentes escalas o puntajes; la hipoxemia (relación PaO_2/FIO_2), que además está de manera directa relacionada con la mortalidad, es la base del diagnóstico y la ordenación de la gravedad (11).

Como sugiere en su estudio Rodríguez et al, el SDRA, fue descrito por primera oportunidad en 1967, por un fracaso respiratorio de origen grave acompañado de hipoxemia y que paralelamente se infiltraba en los pulmones difusos y en las membranas hialinas pulmonares la cual este cuadro clínico mantiene una estrecha relación con el trastorno respiratorio (13).

Además, Buenahora et al, sugiere que el SDRA brinda una secuencia de hechos que por lo tanto conllevan al inconveniente tisular alveolar, edema pulmonar y como consecuente el fallo total o parcial que se refleja como la insuficiencia respiratoria (14). Además, es importante que las manifestaciones clínicas contengan un margen de aparición de 6 a 72 horas posteriores al inicio de la patología (14).

Por otro lado, como menciono Rivas, el régimen se apoya en un manejo interdisciplinario por parte del personal de la unidad de cuidados intensivos, se tiene que hacer un reconocimiento precoz de los pacientes descartando otras causas de hipoxemia, detectar y tratar la causa subyacente, usar la ventilación mecánica para garantizar precisa oxigenación, tratando siempre asegurar los pulmones de la lesión pulmonar inducida por la técnica (14).

Además, como indicó Fernández “la ventilación mecánica estimula el incremento de la oxigenación en pacientes con este trastorno, los mecanismos que generan este aumento son seguramente múltiples e interdependientes y no fueron dilucidados en su integridad” (15).

También, Fernández mencionaba que “síndrome de dificultad respiratorio agudo se destaca por una enfermedad que mantiene un elevando índice de casos y que esta se asocia en cantidad considerable a dos entidades, así como el grave deterioro de la funcionalidad pulmonar y sistémica, por lo cual mantiene además una incidencia elevada de la misma forma de hasta 1 a 5 por 100 000 pobladores” (15).

Por otro lado, la OMS “manifiesta que el SDRA, en el total de las situaciones que se estudian anualmente mantienen una relación en el instante de inicio de la patología tanto como el objetivo por lo cual se caracterizan en el sector de UCI, donde todos los pacientes que muestren esta enfermedad son tratados con ventilación mecánica (VM) a lo largo de las primeras 24 horas” (16).

Según Pérez et al, se define como un trastorno heterogéneo y que esté relacionado a numerosas causas, así como pulmonares o extrapulmonares, el manejo más eficiente de esta enfermedad se define con la VM, con presión efectiva en el final de la respiración (PEEP), pero a más de esto además se refuerzan tratamientos con surfactante exógenos. Este manejo además es bien tolerado y los eventos adversos que muestran no se relacionan con la gestión de este sino con las anomalías de la salud y la condición del tolerante o las adversidades que se derivan a la VM (16).

Por otro lado, aclara Totomic et al, que la lesión pulmonar puede estar relacionada por el inconveniente directo por neumonía o indirecto por sepsis, además se puede entablar por sí misma con la VM, en la cual se conoce como lesión producida por el ventilador (VILI), donde esta es dependiente de la organización heterogénea del deterioro pulmonar, lo que apoya la insuflación anisotropía, la apertura alveolar fuera de etapa y el colapso espiratorio final; estos promueven el inconveniente pulmonar, desencadenan una respuesta inflamatoria a distancia y determinan, de esta forma, el avance de disfunción orgánica múltiple (17).

En relación con lo que indicó Estrada, el trascurso del manejo de la enfermedad estará estrechamente detallada en las condiciones de alta que se presentan en estos pacientes las cuales se describen como “regulares condiciones clínicas o diagnóstico reservado” o con el tiempo que mantengan conectado el ventilador mecánico (18).

En relación con la evolución del SDRA, Suarez et al, manifiesta que mantiene un fundamento fisiopatológico que utiliza el tipo de lesión que se relaciona con el estímulo inflamatorio además se tienen que señalar los esteroides en dosis prolongada, en un reducido subgrupo de

pacientes con distrés respiratorio no resuelto o tardío, en la etapa fibrótica o fibroproliferativa, luego del séptimo día y antes del día 14 del diagnóstico (19).

Como manifiesta Salazar et al, El SDRA se destaca por tres fases secuenciales: la exudativa, la proliferativa y la fibroproliferativa secundario al estímulo productor del trastorno se produce una devastación de la barrera epitelio-intersticial-endotelial, el plasma, las proteínas plasmáticas y el contenido celular invaden el intersticio y el espacio alveolar (20).

1.3. Bases legales

Para la realización de la presente investigación se tiene como respaldo a nivel global la siguiente ley que manifiesta “Todo sujeto tiene derecho a la vida, a la independencia y a la seguridad de su persona”, según el art. 3, de la Afirmación Universal de los Derechos Humanos, por la ONU (20).

Ley orgánica de salud. – El compromiso del Ministerio de Salud Pública (MSP) esta dictaminado a crear y formular programas que estén acordes a la atención integral de carácter legal con calidad hacia la gente en todas las etapas de vida en acuerdo con las condiciones que este sé que se encuentra en las diferentes viviendas de salud en todo el país. Además, impedir toda clase de dolencia desde el primer nivel de salud las cuales se de dirigen a la descubrimiento, prevención, atención y rehabilitación de anomalías de la salud transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades e inconvenientes de salud pública declarados primarios, y saber las anomalías de la salud transmisibles de alerta obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información. Además, esta dictaminado a entablar programas de prevención y atención oportuna de salud en oposición a la crueldad de todas las formas que esta se presente durante las etapas de vida de la persona más que nada realizando énfasis en grupos más atacables

El Estado garantizará este derecho por medio de reglas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el ingreso persistente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de igualdad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, efectividad, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (21).

CAPITULO II: METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

El presente estudio se efectuó mediante una investigación de tipo descriptiva por lo que se analizó las características que se presentan en el (SDRA) en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Básico del IESS Esmeraldas, con la ayuda del personal sanitario. Además, también se reflejó mediante un enfoque cuantitativo ya que pretende determinar las cualidades del planteamiento del problema y por ende la formulación de este, identificando las frecuencias de edades en donde se presenta la afección. Además, de un corte transversal porque analiza los respectivos datos que se presentan en las historias clínicas dentro del periodo de tiempo establecido por lo que trata de describir la evolución del (SDRA). Por otro lado, también es de tipo observacional retrospectivo ya que describe a claridad los factores en los diferentes casos que se presentan en la población a estudiada.

2.2. Población y muestra

La población por la cual se formó la presente investigación se caracteriza por pacientes hospitalizados en la casa de salud que tengan relación con la clínica de la patología descrita anteriormente. Además, el estudio se efectuó con una población de 100 pacientes, los cuales ingresaron al área de cuidados intermedios del Hospital Básico del IESS Esmeraldas, de los cuales se trabajó con una muestra de 50 paciente que presentaban las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

2.3. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Para definir conceptualmente las variables del estudio, tal y como se evaluarán en este estudio, se han utilizado los conceptos dados por Health Sciences Descriptors.

Síndrome de Dificultad respiratorio (SDRA): Trastorno caracterizada por insuficiencia respiratoria progresiva que puede ser arriesgado para la vida en la sepa de anomalías de la salud pulmonares conocidas, por lo general luego de un traumatismo sistémico como la cirugía o un trauma sustancial.

Ventilación mecánica: Se caracteriza como el procedimiento de respiración artificial que utiliza mecánicos o por medios no mecánicos para forzar el aire dentro y fuera de los pulmones. La respiración artificial o la ventilación se usa en personas que dejaron de respirar o tienen Insuficiencia Respiratoria para incrementar su consumo de oxígeno (O₂) y la excreción de dióxido de carbono (CO₂).

Prevalencia: Se caracteriza por el número de casos de una patología o de personas enfermas, o de algún otro fenómeno registrados en una población cierta, sin distinción entre casos nuevos y antiguos.

EPOC: Se manifiesta como una enfermedad causada por obstrucción crónica, difusa e irreversible del flujo aéreo pulmonar. Las subcategorías de EPOC comprenden la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, donde estas a su vez logran ser mortales.

PEEP: Presión positiva al final de la espiración no terapéutica que ocurre frecuentemente en pacientes con obstrucción severa de las vías aéreas.

2.4. Métodos de investigación

Para la respectiva realización de esta investigación se empleó la selección y el análisis documental, donde se tomaron en cuentas los datos reflejados en las diferentes historias clínicas, presentados por el Hospital Básico del IESS, Esmeraldas.

Criterios de Inclusión

- Manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- Datos oficiales de las historias clínicas.

- Datos del 2020 hasta el 2021.
- Majeño y tratamiento de la enfermedad.
- Complicaciones de la enfermedad.
- Tiempo de hospitalización.

Criterios de exclusión

- Datos se especifiquen grupos menos vulnerables.

2.5. Técnicas e instrumentos

La técnica que se utilizó en la presente investigación fue el análisis documental la cual fue empleada mediante una encuesta la cual se caracteriza por 13 preguntas, las cuales estan encaminadas a revelar datos clínicos referentes a la enfermedad donde podremos hallar los objetivos planteados en el presente estudio.

2.6. Análisis de datos

Al momento de analizar los datos de la investigación, se evidenciaron representados en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel donde constarán de barras, pasteles etc. Así mediante formulas podremos obtener de manera más explícita los resultados porcentuales de nuestra investigación. Además, para lograr la recolección de los datos de manera ordenada se utilizó la herramienta Microsoft Forms la cual nos permitió procesar los datos recogidos en la encuesta de manera online. Por lo cual, una hoja de escritura de Microsoft Word, para plasmar todos los datos reflejados.

2.7. Normas éticas

Para la ejecución del estudio se elaboró un archivo de consentimiento informado, explicándoles a los pacientes que su incorporación seria de manera facultativa y que no se tomaría ninguna acción así sea legal o de otra clase por su no participación. Además, se

detalló que todos los datos recogidos son propiedad de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas (PUCESE) y solo van a ser usados de manera anónima en la exploración que se llevó a cabo.

CAPITULO III: RESULTADOS

En la (tabla 1.) se muestran la prevalencia que existe entre las variables edad; sexo y antecedentes familiares. En el cual los pacientes que oscilan entre los 40 y 50 años son más propensos a contraer SDRA, con el 52% en el total de los casos. Por otro lado, se refleja que el 52% de los casos de SDRA se presentan en mujeres y el 48% se presentan en hombres. Respecto con los antecedentes familiares se identificó con el 30% Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), siendo el antecedente con más porcentaje en referencia con los demás.

Tabla 1.
Prevalencia por edad, sexo y antecedentes.

Edad	Frecuencia	%
20-35	10	20
40-50	26	52
60-80	14	28
Total	50	100
Sexo	Frecuencia	%
Masculino	24	48
Femenino	26	52
Total	50	100
Antecedentes	Frecuencia	%
Neumonía	7	14
EPOC	15	30
Dificultad para respirar	7	14
Neumotórax	9	18
Asma bronquial	12	24
Total	50	100

Fuente: *análisis documental*

En la tabla 2, se evidencia la principal causa del ingreso hospitalario siendo la Neumonía la causa más dominante en el SDRA con el 36% en el total de los casos existentes.

Tabla 2.
Causas del ingreso hospitalario

Causas	Frecuencia	%
Neumonía	18	36
EPOC	11	22
Sepsis	13	26
Inhalación de químicos	8	16
Total	50	100

Fuente: *análisis documental*

En la tabla 3, se puede evidenciar la evolución y la clasificación que presenta el SDRA, en el cual la Fase III presenta un 42% en 21 pacientes siendo la más predominante ante las fases de evolución. Por otro lado, en la clasificación se demuestra con el 42% en 21 pacientes presentan un cuadro clínico severo. Respecto al estadio se puede destacar como el secundario con un 58% en el total de los casos estudiados.

Tabla 3.
Etiología del SDRA

Evolución	Frecuencia	%
Fase I	14	28
Fase II	15	30
Fase III	21	42
Total	50	100

Clasificación	Frecuencia	%
Leve	12	24
Moderado	17	34
Severo	21	42
Total	50	100

Etiología	Frecuencia	%
Primario	21	42
Secundario	29	58
Total	50	100

Fuente: *análisis documental*

En la tabla 4, se evidencia el manejo del SDRA, en el cual la ventilación mecánica consta con el 54%, como técnica predominante. Donde en esta, se verifica que el 54% de pacientes fueron tratados con ventilación mecánica invasiva, mientras que el 23% restantes optaron no invasiva.

Tabla 4.
Técnicas de manejo del SDRA

Manejo del SDRA		
Variable	Frecuencia	%
I/Et	7	14
VM	50	100
VMI	27	54
VMNI	23	46
T/F	13	26
B/Nm	3	3
Total	50	100

Fuente: *análisis documental*

- *Intubación endotraqueal: I/E.* • *Ventilación mecánica no invasiva: VMNI*
- *Ventilación mecánica: VM.* / *Ventilación mecánica invasiva: VMI*
- *Tratamiento farmacológico: T/F.* • *Boqueo Neuromuscular: B/Nm*

En la tabla 5, se evidencian las complicaciones que conllevan al aumento de días en la ventilación mecánica donde el 42% radica en el daño a nivel fusilar (alveolar). Por otro lado, con el 28% se especifica que los pacientes pasan entre 2 y 5 días con ventilación mecánica.

Tabla 5.

Características de la complicación en (VM)

Complicaciones en la (VM)	Frecuencia	%
Daño a nivel tisular (alveolar)	21	42
Barotrauma pulmonar	9	18
Volotrauma pulmonar	8	16
Atelectasia	4	8
Atelectrauma	4	8
Biotrauma	4	8
Total	50	100
Días con (VM)	Frecuencia	%
2-5	14	28
5-10	10	20
10-15	12	24
15-20	8	16
+20	6	12
Total	50	100

Fuente: *análisis documental*

En la tabla 6, se demuestran las consecuencias que conllevaron a la ventilación mecánica, siendo con un 58% el Edema pulmonar la consecuencia más notoria que emplearon a que se implementara la (VM) en estos pacientes.

Tabla 6.

Consecuencias de la (VM)

Consecuencias (VM)	Frecuencia	%
Aumento de la permeabilidad pulmonar	12	24
Edema pulmonar	29	58
Daño tisular	9	18
Total	50	100

Fuente: *análisis documental*

En la figura 1, se especifica la condición del alta médica, donde se evidencia que el 62% de total de los pacientes salieron con vida. Por otro lado, el 38% falleció durante el manejo del SDRA.

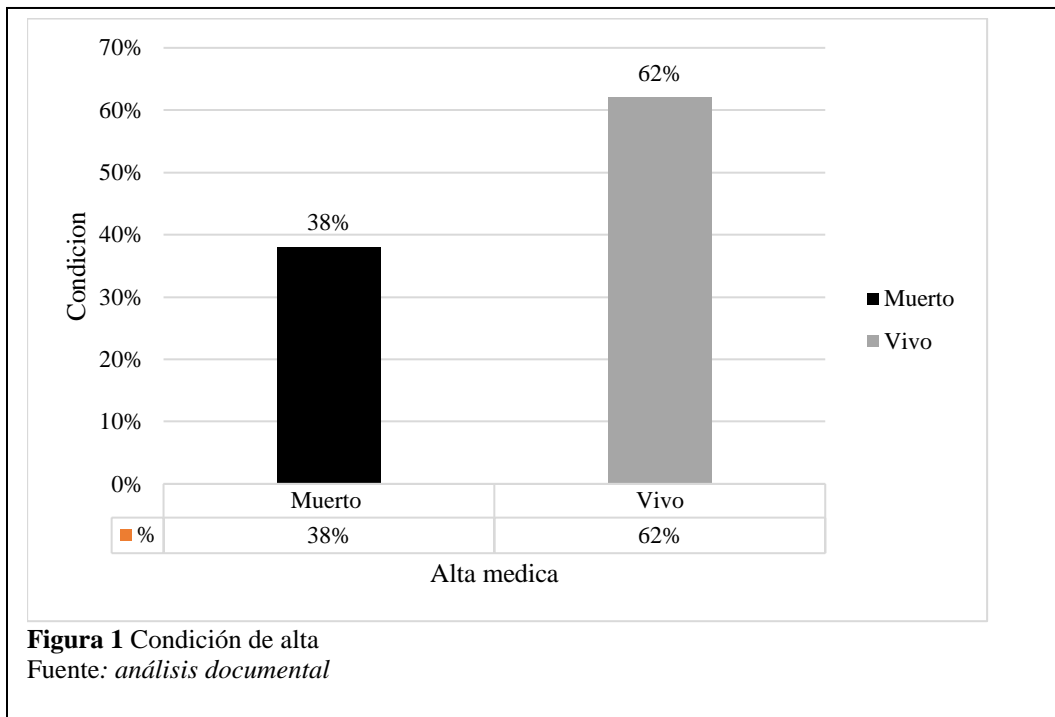


Figura 1 Condición de alta
Fuente: *análisis documental*

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

La evolución del SDRA, sucede estar presente en pacientes de 40 a 50 años por lo que su estado inmunológico es un poco más propenso a la adquisición de enfermedades de cualquier tipo por lo que resultado que no mantiene relación con los de Rodríguez, et al. Dado que en ese estudio se detalla que el más grande fluido de casos con SDRA, en rangos de edades que varían de 80 a 70 años. Pero en relación con los factores que influyen en la continuidad de la enfermedad guardan una estrecha relación (13).

Partiendo de los resultados que se consiguieron en la exploración datan que las causas que provocaron el SDRA fueron las de origen pulmonar con lo que concuerda con Buenahora, et al, donde se detalla que la neumonía y la sepsis son las más recurrentes en las salas de cuidados intensivos de las diferentes casas de salud. Además, el daño pulmonar está presente en todos ellos debido a la ventilación mecánica (14).

En cuanto a la tasa de mortalidad del SDRA, está presente en las personas de género femenino, teniendo un 52% en el total de los casos. Por lo cual no mantiene relación con lo expresado por Fernández, et al (15) donde plantea que las personas de género masculino mantienen un 71% en el total de los casos encontrados en su respectivo estudio.

En relación con los días transcurridos con ventilación mecánica (VM), comprenden de 2 a 5 días, en la presente investigación, por lo cual no guarda relación con Pérez, et al, ya que en su estudio plantea que la mayor frecuencia relacionado en días con (VM) son de 15 a 20 días, en lo cual no mantiene relación con la investigación. También, se evidencia que no se presentaron las mismas complicaciones que conllevaron al aumento de la VM (16).

Por otro lado, las complicaciones que se obtuvieron en la investigación radican que el daño tisular difuso fue la complicación más predominante durante el tratamiento con (VM). Este resultado que se obtuvo guarda relación con el estudio de Tomicic, et al (17).

En lo que se refiere a la condición de la alta médica se observó que más de la mitad de los pacientes pudo sobrevivir al (SDRA), en lo cual no guarda relación lo planteado por Estrada et al (18) ya que en su estudio planteo que el 52% de la población estudiada no sobrevivió al (SDRA).

Con referencia que implican a la evolución del (SDRA) dentro de la hospitalización del paciente se obtuvo que el 42% del total de los casos presentaron una Fase III (Fibrótica), por

lo cual este resultado mantiene una relación en cuanto al estudio de Suarez et al (19) donde la misma fase se presentó hasta en un 52% en el total de los casos.

Otro resultado obtenido es acerca del estadio en el cual se presenta el (SDRA) al inicio de la intervención por parte del centro hospitalario se estableció que los pacientes presentan un cuadro clínico leve en el 42% del total de los casos donde a diferencia del estudio de Salazar et al (20), en donde el 58% presenta un cuadro clínico severo con las siguientes características $PaO_2/FiO_2 < 100$ con $PEEP > 5$ cm H₂O, por lo cual no guardan relación.

CAPITULO V: CONCLUSIONES

1. El total de los casos analizados, la fase de mayor incidencia que mantiene la evolución del SDRA, en pacientes de la unidad de cuidados intermedios en el Hospital Básico del IESS Esmeraldas se establece en la mitad de los casos.
2. Dentro de la prevalencia del SDRA se logró demostrar que los rangos de edad en el total de los pacientes varían en adultos mayores de 40 y 50 años presentándose con más de la mitad en el porcentaje total. Además, se evidencio que el sexo femenino tiene más probabilidades de contraer SDRA, con antecedentes familiares que poseen una relación con EPOC.
3. Se identificaron las principales consecuencias que llevaron al aumento de días con ventilación mecánica en pacientes de la unidad de cuidados intermedios en el en la cual en daño tisular (alveolar) se encuentra como la principal consecuencia que se presenta. Además, de una frecuencia que varían de 2 a 5 días con ventilación mecánica.
4. Se logró identificar la clasificación del SDRA, según el cuadro clínico del paciente en el cual se encontró que la mayoría de los casos presentaron un estadio grave en referencia al cuadro clínico en los pacientes que presentaron la enfermedad. Por lo cual se establece que el SDRA grave tiene más incidencia en la población estudiada.

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

Al personal sanitario

1. Dentro del manejo del SDRA, se debe mantener normas de bioseguridad adecuadas desde la primera estancia con el paciente hasta su pronta recuperación, y de esta manera se podrá controlar los casos que se presenten en futuro.
2. Dentro del sistema de salud existen guías de práctica clínica donde especifican el manejo de las enfermedades, por ello se deben emplear todas las técnicas dispuestas para mejorar la condición del paciente,
3. El personal que está a cargo de la ventilación mecánica debe consiente de las normas de seguridad que esta técnica requiere durante el uso de este y de esa manera poder evitar complicaciones o una mala práctica.
4. Mantener una atención holística que englobe todos los paramentos de la afección por la cual está hospitalizado el paciente, ya que ahora en la situación en la cual nos encontramos viviendo todos a nivel mundial por la pandemia del COVID-19, se podría ver afectada la salud mental del paciente y la del personal sanitario.

REFERENCIAS

- Salazar BJD, Hidalgo RF, Álvarez AP. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. Rev Clin Esc Med. 2019;9(1):56-64. (1)
- Estenssoro E, Dubin A. Síndrome de distrés respiratorio agudo. Medicina (BAires). 2016;235-41. (2)
- Gutiérrez F. Ventilación mecánica. Acta méd. peruana [Internet]. 2011 Abr [citado 2021 Jul 12] ; 28(2): 87-104. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006&lng=es. (3)
- Rodríguez S. Prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria aguda en una unidad de cuidados intensivos pediátrica polivalente. Rev Cuba Med Int Emerg [revista en Internet]. 2015 [citado 12 Jul 2021];, 14(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/87> (4)
- Gordo F, Enciso V. Síndrome de distrés respiratorio agudo, ventilación mecánica y función ventricular derecha. Med Intensiva. 1 de marzo de 2012;36(2):138-42.
- Fernández R. Fisiopatología del intercambio gaseoso en el SDRA*. Med Intensiva. 1 de noviembre de 2006;30(8):374-8. (5)
- Hernández D, Zamora E, Gorordo A, et al. Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Rev Hosp Jua Mex. 2015;82(1): (6)
- Moreno A. Inflamación y sepsis. Rev Hosp Jua Mex. 2016;83(3):86-91. (7)
- Martino R, Pfenninger J, Bachmann D, Minder C, Wagner B. Cambios en la epidemiología del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) en niños. 15 de julio de 2021; (8)
- Carrillo R, Sánchez M, Medveczky N, Carrillo M. Evolución de la definición del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2021 Jul 15] ; 34(4): 594-600. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400011&lng=es. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i4.2092>. (9)

- Guerrero K, Gómez N, Soriano R, Hernández A, González. Presión de distensión como factor pronóstico de mortalidad en el paciente crítico obeso con síndrome de dificultad respiratoria aguda. *Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)* [revista en la Internet]. 2019 Abr [citado 2021 Jul 15] ; 33(2): 79-83. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244889092019000200079&lng=es. Epub 15-Feb-2021 (10)
- Rivas I, Cortés E. Sobre fisiopatología molecular de la permeabilidad vascular en el síndrome de distrés respiratorio. *Med Crit.* 2017;31(4):258. (11)
- Health Sciences Descriptors: DeCS [Internet]. 2017 ed. São Paulo (SP): BIREME / PAHO / WHO. 2017 [updated 2017 May 18; cited 2017 Jun 13]. Available from: <http://decs.bvsalud.org/I/homepagei.htm> (12)
- Rodríguez S, Rodríguez D, Mola Y Casañas E. Incidencia y mortalidad del síndrome de dificultad respiratoria aguda. *AMC* [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Jul 15] ; 19(3): 210-219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000300003&lng=es. (13)
- Buenahora D, Ordoñez-Sánchez A, Gómez-Olaya J, Camargo-Lozada ME. Decúbito prono en el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, de la fisiología a la práctica clínica. *Médicas UIS.* 31 de agosto de 201;29(2):81-101. (14)
- Fernández F, Macías E, Navarro Z, Bignot L, Pozo T. Factores pronóstico de mortalidad asociados al síndrome de insuficiencia respiratoria aguda por ventilación mecánica. *MEDISAN* [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Jul 16] ; 22(9): 849-862. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000900849&lng=es. (15)
- Pérez B, Sánchez H, Albuérne Á, Piña U, Casañas D, Limia F. Seguridad del tratamiento con surfactante pulmonar en el síndrome de dificultad. (16)
- Tomicic V., Fuentealba A., Martínez E., Graf J., Batista Borges J. Fundamentos de la ventilación mecánica en el síndrome de distrés respiratorio agudo. *Med. Intensiva* [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 Jul 06]; 34(6):418-427. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912010000600007&lng=es. (17)

- Estrada C, Morales E. Efecto del poder mecánico (PM) en la “mortalidad” y “días libres del ventilador mecánico” en pacientes adultos sin síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) bajo ventilación mecánica invasiva (VMI) en la Unidad de Cuidados Intensivos de 2 hospitales de la ciudad de Quito en 2019. 1 de octubre de 2019 [citado 5 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/16792> (18)
- Suárez E, Valdés SO. Esteroides en un paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo. Rev Cub Med Int Emerg. 2019;18(1):1-9. (19)
- Salazar D, Hidalgo RF, Álvarez AP. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. Rev Clin Esc Med. 2019;9(1):56-64. (20)
- Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 16 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/base-legal/> (21)

ANEXOS



4.1. INSTRUMENTO

1.- Edad descrita en años

2.- Motivo por el cual fue ingresado al centro hospitalario.

- a) Neumonías
- b) Broncoaspiraciones
- c) Ahogamiento
- d) Ahorcamiento incompleto
- e) inhalación de humos.
- f) Sepsis

3.- Padecimiento de alguna complicación de origen respiratorio.

- a) Neumonía
- b) EPOC
- c) Dificultad para respirar
- d) Neumotórax
- e) Ninguna de las anteriores
- f) Todas las anteriores

4.- Grado de evolución del síndrome de dificultad respiratorio

- Fase I- Exudativa
- Fase II- Proliferativa
- Fase III- Fibrótica.

5.- Manejo o técnica empleada en la patología

- Entubación endotraqueal
- Ventilación mecánica

- Tratamiento farmacológico
- Bloqueo neuromuscular

6.- Consecuencias que llevaron a la ventilación mecánica

- a) Aumento de la permeabilidad vascular pulmonar.
- b) Edema pulmonar.
- c) Daño tisular pulmonar.
- d) Todas las anteriores

7.- Antecedentes familiares

- a) Neumonía
- b) EPOC
- c) Dificultad para respirar
- d) Neumotórax
- e) Asma bronquial
- f) Neumonía
- g) Asma
- h) EPOC
- i) Fibrosis pulmonar

8.- ¿Según la clasificación de la patología, cual es la que se presenta con más frecuencia?

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Grave

9.- Tiempo con ventilación mecánica

- a) 5-10 días
- b) 10-15 días
- c) 15-20 días
- d) 25-30 días

10.- Complicaciones que conllevan al aumento de días en la ventilación mecánica

- a) Daño a nivel tisular (alveolar)
- b) Alteraciones leves en la deglución y disfonías
- c) Barotrauma pulmonar
- d) Volotrauma pulmonar
- e) Atelectasia
- f) Biotrauma
- g) Atelectrauma

11.- Estadio de sdra

- a) Primario
- b) Secundario

12.- Ventilación mecánica

- a) Invasiva
- b) No invasiva

13.- Condición de alta

- a) Vivo
- b) Muerto

4.2. Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Técnica/ Instrumento
Determinar la evolución del Síndrome de Dificultad Respiratoria en la unidad de cuidados intermedios del “Hospital del IESS Esmeraldas”	Síndrome de dificultad respiratoria (SDRA).	Es una afección pulmonar potencialmente mortal que impide la llegada de suficiente oxígeno a los pulmones y a la sangre.	Cuadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> Fase I- Exudativa Fase II- Proliferativa Fase III.- Fibrótica. 	Análisis documental (Historia clínica).
Determinar la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en la unidad de cuidados intermedios del “Hospital del IESS Esmeraldas”	Prevalencia	Número de casos de enfermedad o de personas enfermas, o de cualquier otro fenómeno registrados en una población determinada, sin distinción entre casos nuevos y antiguos.	Número de casos existentes. ($P = A/A+B$)	Infantes (5-10) Adolescentes (15-18) Adultos (30-65)	Análisis documental (Historia clínica)
Identificar las consecuencias que conllevan al aumento de días con ventilación mecánica en pacientes con Síndrome de dificultad respiratoria del área de cuidados intermedios del “Hospital del IESS Esmeraldas.	Ventilación mecánica	Es el procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona, que no puede o no se desea que lo haga por sí misma, de forma que mejore la oxigenación e influya así mismo en la mecánica pulmonar.	Tiempo de hospitalización	5-10 días 10-15 días 15-20 días 25-30 días	Análisis documental (Historia clínica).
Determinar la clasificación del Síndrome de dificultad respiratoria del área de cuidados intermedios del “Hospital del IESS Esmeraldas.	Consecuencias Síndrome de dificultad respiratoria (SDRA).	Aquello que resulta a causa de una circunstancia, un acto o un hecho previos. Es una afección pulmonar potencialmente mortal que impide la llegada de suficiente oxígeno a los pulmones y a la sangre.	Cuadro clínico Clasificación	Aumento de la permeabilidad vascular pulmonar. Edema pulmonar. Daño tisular pulmonar. Leve Moderado Severo	Análisis documental (Historia clínica).

--	--	--	--	--	--