

VOL III

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Guillermo Julian Gonzalez Perez
María Guadalupe Vega-López
(organizadores)



EDITORA
ARTEMIS
2025

VOL III

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática

A black and white photograph of three healthcare professionals, two men and one woman, all smiling and standing in a clinical setting. They are wearing white lab coats or scrubs, and stethoscopes are visible around their necks. The image is framed by a large, dark, wavy shape that overlaps the title text.

Guillermo Julian Gonzalez Perez
María Guadalupe Vega-López
(organizadores)



EDITORA
ARTEMIS
2025



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Editora Chefe	Prof. ^a Dr. ^a Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^a Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^a Bruna Bejarano
Diagramação	Elisangela Abreu
Organizadores	Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez Prof. ^a Dr. ^a María Guadalupe Vega-López
Imagem da Capa	peopleimages12/123RF
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^a Dr.^a Ada Esther Portero Ricol, *Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”*, Cuba
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Prof. Dr. Agustín Olmos Cruz, *Universidad Autónoma del Estado de México*, México
Prof.^a Dr.^a Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Prof.^a Dr.^a Ana Clara Monteverde, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof.^a Dr.^a Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, *Universidad Nacional del Altiplano*, Peru
Prof.^a Dr.^a Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Prof.^a Dr.^a Begoña Blandón González, *Universidad de Sevilla*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof.^a Dr.^a Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^a Dr.^a Cirila Cervera Delgado, *Universidad de Guanajuato*, México
Prof.^a Dr.^a Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal
Prof.^a Dr.^a Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF, Brasil
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil
Dr. Cristo Ernesto Yáñez León – New Jersey Institute of Technology, Newark, NJ, Estados Unidos
Prof. Dr. David García-Martul, *Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Deuzimar Costa Serra, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil
Prof.^a Dr.^a Dina Maria Martins Ferreira, Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Prof.^a Dr.^a Edith Luévano-Hipólito, *Universidad Autónoma de Nuevo León*, México
Prof.^a Dr.^a Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima, Brasil
Prof.^a Dr.^a Elvira Laura Hernández Carballido, *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, México

Prof.^a Dr.^a Emilas Darlene Carmen Lebus, *Universidad Nacional del Nordeste/ Universidad Tecnológica Nacional*, Argentina

Prof.^a Dr.^a Erla Mariela Morales Morgado, *Universidad de Salamanca*, Espanha

Prof. Dr. Ernesto Cristina, *Universidad de la República*, Uruguay

Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, *Universidad de Guadalajara*, México

Prof. Dr. Fernando Hitt, *Université du Québec à Montréal*, Canadá

Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, *Universitat de Barcelona*, Espanha

Prof.^a Dr.^a Gabriela Gonçalves, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal

Prof.^a Dr.^a Galina Gumovskaya – Higher School of Economics, Moscow, Russia

Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Prof.^a Dr.^a Gladys Esther Leoz, *Universidad Nacional de San Luis*, Argentina

Prof.^a Dr.^a Glória Beatriz Álvarez, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina

Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, *Universidad Nacional de Catamarca*, Argentina

Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez, *Universidad de Guadalajara*, México

Prof. Dr. Håkan Karlsson, *University of Gothenburg*, Suécia

Prof.^a Dr.^a Iara Lúcia Tescarollo Dias, Universidade São Francisco, Brasil

Prof.^a Dr.^a Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, *Universidad de Piura*, Peru

Prof.^a Dr.^a Isabel Yohena, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina

Prof. Dr. Ivan Amaro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, *Universidad del Bío-Bío*, Chile

Prof.^a Dr.^a Ivânia Maria Carneiro Vieira, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Prof. Me. Javier Antonio Alborno, *University of Miami and Miami Dade College*, Estados Unidos

Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, *Universidad de Castilla - La Mancha*, Espanha

Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, Universidade de Évora, Portugal

Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, UniFIMES - Centro Universitário de Mineiros, Brasil

Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México

Prof. Dr. José Cortez Godínez, Universidad Autónoma de Baja California, México

Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Díaz, Instituto Politécnico Nacional, México

Prof. Dr. Juan Carlos Molsquera Feijoo, *Universidad Politécnica de Madrid*, Espanha

Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, *Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín*, Colômbia

Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, México

Prof. Dr. Juan Porras Pulido, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México

Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Leinig Antonio Perazolli, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Prof.^a Dr.^a Livia do Carmo, Universidade Federal de Goiás, Brasil

Prof.^a Dr.^a Luciane Spanhol Bordignon, Universidade de Passo Fundo, Brasil

Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México

Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha

Prof.^a Dr.^a Macarena Esteban Ibáñez, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha

Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodriguez, *Universidad Santiago de Compostela*, Espanha

Prof. Dr. Manuel Simões, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal

Prof.^a Dr.^a Márcia de Souza Luz Freitas, Universidade Federal de Itajubá, Brasil

Prof. Dr. Marcos Augusto de Lima Nobre, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Prof.^a Dr.^a Mar Garrido Román, *Universidad de Granada*, Espanha

Prof.^a Dr.^a Margarida Márcia Fernandes Lima, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Prof.^a Dr.^a María Alejandra Arecco, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida José de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, Brasil

Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Pastor, *Universitat Jaume I*, Espanha

Prof.^ª Dr.^ª Maria da Luz Vale Dias – Universidade de Coimbra, Portugal
 Prof.^ª Dr.^ª Maria do Céu Caetano, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
 Prof.^ª Dr.^ª Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, Universidade Federal do Maranhão, Brasil
 Prof.^ª Dr.^ª M^ªGraça Pereira, Universidade do Minho, Portugal
 Prof.^ª Dr.^ª Maria Gracinda Carvalho Teixeira, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
 Prof.^ª Dr.^ª María Guadalupe Vega-López, *Universidad de Guadalajara, México*
 Prof.^ª Dr.^ª Maria Lúcia Pato, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal
 Prof.^ª Dr.^ª Maritza González Moreno, *Universidad Tecnológica de La Habana, Cuba*
 Prof.^ª Dr.^ª Mauriceia Silva de Paula Vieira, Universidade Federal de Lavras, Brasil
 Prof. Dr. Melchor Gómez Pérez, Universidad del Pais Vasco, Espanha
 Prof.^ª Dr.^ª Ninfa María Rosas-García, Centro de Biotecnología Genómica-Instituto Politécnico Nacional, México
 Prof.^ª Dr.^ª Odara Horta Boscolo, Universidade Federal Fluminense, Brasil
 Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Peru*
 Prof.^ª Dr.^ª Patrícia Vasconcelos Almeida, Universidade Federal de Lavras, Brasil
 Prof.^ª Dr.^ª Paula Arcoverde Cavalcanti, Universidade do Estado da Bahia, Brasil
 Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, Universidade Federal do Pará, Brasil
 Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, Universidade Federal do Piauí, Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Bitencourt Araújo Barros, Universidade Federal do Piauí, Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
 Prof.^ª Dr.^ª Silvia Inés del Valle Navarro, *Universidad Nacional de Catamarca, Argentina*
 Prof.^ª Dr.^ª Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN)- USP, Brasil
 Prof.^ª Dr.^ª Stanislava Kashtanova, *Saint Petersburg State University, Russia*
 Prof.^ª Dr.^ª Susana Álvarez Otero – Universidad de Oviedo, Espanha
 Prof.^ª Dr.^ª Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal
 Prof.^ª Dr.^ª Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal
 Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
 Prof.^ª Dr.^ª Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
 Prof.^ª Dr.^ª Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil
 Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, *Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Colômbia*
 Prof. Dr. Xosé Somoza Medina, *Universidad de León, Espanha*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C582c Ciências da saúde [livro eletrônico] : investigação e prática III / Organizadores Guillermo Julián González-Pérez, María Guadalupe Vega-López. – Curitiba, PR: Editora Artemis, 2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

Edição bilíngue

ISBN 978-65-81701-60-4

DOI 10.37572/EdArt_300725604

1. Saúde pública 2. Saúde da família 3. Cuidado comunitário 4. Qualidade de vida 5. Interdisciplinaridade em saúde I. González-Pérez, Guillermo Julián. II. Vega-López, María Guadalupe. III. Título.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



PRÓLOGO

Los cambios en la estructura y dinámica de la población propician el establecimiento de prioridades en materia de salud y la focalización de estudios orientados hacia grupos, cuya vulnerabilidad y riesgos se encuentran, a la vez, delimitados por específicas condiciones de vida. Así, desde el nacimiento hasta la vejez es posible observar la interacción entre un estado biológico -que puede estar debilitado desde que se nace hasta llegar al punto que se marca con la muerte- y aquellos factores sociales que actúan como determinantes de la salud. El reto, da lugar a la aplicación de teorías, métodos y la comprobación de que sus resultados son válidos para impulsar el conocimiento científico.

La enfermedad tiene consecuencias no solo para quien la padece, expone también a una pérdida de calidad de vida a la familia. Es relevante el papel de cuidadores formales o informales en el intento de satisfacer las necesidades del doliente. Médicos y enfermeras son parte de los trabajadores de la salud que profesionalmente aplican su saber al cuidado de personas afectadas, encargados al mismo tiempo, de evitar la enfermedad, ahora bien, desde su formación y durante su práctica están sometidos a situaciones de estrés. Con características distintas los estados emocionales que perturban se aprecian en a todos los involucrados, sean los pacientes, su familia o el personal de salud.

El tercer volumen de la serie Ciencias de la Salud: Investigación y Práctica, se integra con 12 capítulos en los que se abordan contenidos referentes a cuatro asuntos destacados en salud: Condiciones clínicas y atención de la salud física, Salud mental, ansiedad y trastornos psicológicos, Enfermedades crónicas, gestión de la atención y calidad de vida, Salud pública, pandemia y determinantes sociales. Esta presentación permite a los lectores distinguir con rapidez los distintos campos de estudio y su posible coincidencia con alguno de ellos.

Autores de países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú ponen de manifiesto problemas de salud, que pueden ser comunes no solo por la proximidad geográfica, sino también histórica, en este último sentido, las aportaciones de investigadores de Portugal dejan ver que los encuentros entre culturas hermanan no solo en el uso de la lengua, sino en la comunidad de enfoques y la visibilidad de enfermedades que alteran la vida humana.

Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López

SUMÁRIO

CONDIÇÕES CLÍNICAS E CUIDADOS EM SAÚDE FÍSICA

CAPÍTULO 1..... 1

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Manuel Gonzalez Cardenas

Ana Belen Aguirre Salazar

Katerine Leonor Avila Heras

Paul Esteban Crespo Velez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256041

CAPÍTULO 2..... 14

TOXOPLASMA GONDI, UN ENEMIGO OCULTO

Vanesa Alejandra Spada

Ezequiel Escudero Giacchella

Gaston Borrillo

Anabel Gonzalez

Valentina Carballeira

Lizzie Mariel Jones

Cecilia Isabel Obiols

Ruben Martin Mayocchi

Celina Ojinaga

Melany Ore Zuasnabar

Lucas Darrigan

Maria Carolina Asurmendi

Stella Maris Montenegro

Martina Campos

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256042

CAPÍTULO 3..... 21

OS EFEITOS DE UM PROTOCOLO DE DUPLA TAREFA NA MELHORA DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO POSTURAL, COMO MEDIDA PREVENTIVA DE QUEDAS EM IDOSOS

Catarina Souza Campos

Amanda de Sousa Lima Rodrigues

Ronald Ferreira Pinheiro

Mariana de Castro Soares
Leiane Mota Costa Fernandes
Amanda Cunha Bandeira Everton
José Jonas Pinheiro Soares Junior
Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256043

CAPÍTULO 4.....28

LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS: UNA AMENAZA GLOBAL PARA LA SALUD PÚBLICA

Gabriela Guadalupe Delgado Giler
Jeffry John Pavajeau Hernández
Liz Nicole Velásquez Ponce
Byron Elian Cedeño Dender
Verónica Mariela Macías Moya

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256044

SAÚDE MENTAL, ANSIEDADE E TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS

CAPÍTULO 5.....40

CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES EN CIENCIA DE LA SALUD

Shirley Janeth Mora Solorzano
Sara Esther Barros Rivera
Jeffry John Pavajeau Hernández
Lady Milena Reyes Macias
Luis Mario Andrade Alvarado

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256045

CAPÍTULO 6.....51

FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE PROFISSÕES DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA ENTRE 2018 E 2022

Juan Fernando Bedoya Sandoval
Nanyi Mabel Chamorro Eraso
Darlyn Andrea Riascos Mora
Diana María Revelo Chiran

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256046

CAPÍTULO 7..... 59

INTEGRACIÓN, ESTRUCTURA Y ALCANCES DEL CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL “CONDICIONES DE VIDA Y SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES” (COVYSMAM-LJ): RESULTADOS DE DOS ESTUDIOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Jorge Luis López Jiménez

Guadalupe Barrios Salinas

Blanca Estela López Salgado

Laura Angélica Bazaldúa Merino

Oscar Ugalde Hernández

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256047

DOENÇA CRÔNICA, GESTÃO DO CUIDADO E QUALIDADE DE VIDA

CAPÍTULO 8..... 69

IMPACTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E DA HEMODIÁLISE EM PACIENTES E PARCEIROS

Ana Cristina Bernardo

M. Graça Pereira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256048

CAPÍTULO 9..... 90

INCERTEZA E LITERACIA EM SAÚDE NA FIBRILAÇÃO AURICULAR: IMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA UMA PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA

Ana Mónica Machado

Fernanda Leite

M. Graça Pereira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256049

SAÚDE PÚBLICA, PANDEMIA E DETERMINANTES SOCIAIS

CAPÍTULO 10..... 110

CAÍDA DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN PERÚ POR EFECTO DEL COVID 19, PERIODO 2020-2022

Luis Alberto Meza Santa Cruz

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30072560410

CAPÍTULO 11..... 127

DEL MIEDO AL CUMPLIMIENTO: VIOLENCIA ESTRUCTURAL Y SALUD EN MUJERES
MÉDICAS RESIDENTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO

Rocío Fuentes Valdivieso

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30072560411

CAPÍTULO 12 137

LA EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO
ENTRE 1990 Y 2023: ¿HAY UN ESTANCAMIENTO?

Guillermo Julián González-Pérez

María Guadalupe Vega-López

Agustín Vega-López

María Ana Valle-Barbosa

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30072560412

SOBRE OS ORGANIZADORES 148

ÍNDICE REMISSIVO 149

CAPÍTULO 1

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO¹

Data de submissão: 06/07/2025

Data de aceite: 25/07/2025

Juan Manuel Gonzalez Cardenas

Jefe a Cargo del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0003-0675-1473>

Ana Belen Aguirre Salazar

Médico Residente del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0002-4055-9207>

Katerine Leonor Avila Heras

Médico Residente del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-8241-9910>

Paul Esteban Crespo Velez

Médico Residente del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0003-4706-4135>

¹ Datos Complementarios: Director del Hospital Universitario Católico de Azogues: Dr. Victor Miguel Crespo Regalado.

RESUMEN: El Síndrome de Dificultad Respiratoria en los recién nacidos prematuros, es un trastorno frecuente que ocurre cuando los alveolos se encuentran colapsados debido a la disminución de surfactante, cuya función es facilitar el intercambio de gases en los pulmones gracias a la reducción de la tensión superficial en la interfase aire-líquido. **Objetivo:** Describir los parámetros clínicos del Síndrome de Dificultad Respiratoria de un Neonato, su diagnóstico, evolución, tratamiento y seguimiento para su uso como una herramienta en la atención de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel. **Justificación:** Presentamos el caso de un recién nacido que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnóstico de Prematuridad Moderada y Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido el mismo que tuvo una evolución y seguimiento favorable en el Hospital Universitario Católico de la Ciudad de Azogues, Cañar.

PALABRAS CLAVE: recién nacido; prematuridad; dificultad respiratoria; cuidados intensivos.

RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME: A CASE REPORT

ABSTRACT: Respiratory Distress Syndrome in premature newborns is a common disorder that occurs when the alveoli are collapsed due to the decrease in surfactant, whose function is to facilitate the exchange of gases in the lungs thanks to the reduction of surface tension

at the air-liquid interface. Objective: To describe the clinical parameters of Respiratory Distress Syndrome in a newborn, its diagnosis, evolution, treatment and follow-up for its use as a tool in the care of second and third level health facilities. Justification: We present the case of a newborn who was admitted to the Neonatal Intensive Care Unit with a diagnosis of Moderate Prematurity and Respiratory Distress Syndrome of the Newborn, who had a favorable evolution and follow-up at the Catholic University Hospital of the City of Azogues, Cañar.

KEYWORDS: newborn; prematurity; respiratory distress; intensive care.

1. INTRODUCCIÓN

La transición de vida intrauterina a la extrauterina es el desafío natural que marca la sobrevivencia del neonato, las intervenciones dependerán en gran medida de la gravedad del recién nacido y de su edad gestacional, algunos pueden requerir cuidados básicos y en casos extremos reanimación cardiopulmonar. (1)

El Síndrome de Dificultad Respiratoria, es una patología frecuente en el recién nacido pretérmino, caracterizado por una alteración tanto cuantitativa como cualitativa del surfactante pulmonar, daño al tejido pulmonar, y alteración de fosfolípidos y proteínas. Los factores desencadenantes en esta patología están divididos en primarios y secundarios. Los Factores Primarios (Intrapulmonares): inmadurez pulmonar, infección local, aspiración de líquido meconial, sangre y secreciones. Los Factores Secundarios (Extra pulmonares) como sepsis generalizada, enterocolitis necrotizante y asfixia perinatal. (1) (2)

Los signos que caracterizan a esta patología son: aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, cianosis. Se incluyen también polipnea y signos de daño sistémico como hipotensión, shock o acidosis. El diagnóstico será eminentemente clínico, en base a una anamnesis realizada correctamente. (3) Se solicitan exámenes complementarios como radiografía de tórax, gasometría arterial, etc., por la diversidad de patologías asociadas. (4)

Su tratamiento dependerá de la gravedad del paciente, recordando lo más importante es el brindar el soporte vital necesario y el uso de surfactante. (5)

2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido pretérmino de 33 semanas de gestación según el test de Ballard, nacido por cesárea de emergencia, debido a compromiso del bienestar fetal, de difícil extracción, con Apgar de 8 en el primer minuto y 9 al quinto minuto. Madre con antecedentes de preeclampsia severa y Síndrome de Hellp, al nacimiento se administra

CPAP profilático mediante dispositivo Reanimador pieza en T (Neo-tee), a los 5 minutos presenta signos de dificultad respiratoria: aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción subcostal, y desaturación por lo que se mantiene CPAP, y se decide su ingreso a Neonatología.

Neonato prematuro de sexo masculino con peso al nacer 1.610 g, talla 39 cm, perímetro cefálico 31 cm, perímetro torácico de 26 cm, recibió profilaxis ocular, hemorrágica e inmunizaciones (Hepatitis B y BCG); signos vitales frecuencia cardiaca 133 latidos por minuto, presión arterial de 73/48 mmhg con Presión arterial media (PAM) de 55 mmhg, 52 respiraciones por minuto y saturación de 99% con FIO2 de 26%.

A la exploración física:

Piel. _ piel fina y lisa con lanugo que cubre parte del cuerpo, equimosis en extremidades superiores e inferiores además en la región anterior del tórax por extracción dificultosa.

Cabeza. _ Normocefálica, pabellón auricular de implantación baja parcialmente incurvado en el borde superior, puente nasal amplio, presenta leve aleteo nasal.

Tórax. _ Glándula mamaria de alrededor 4mm, formación de pezón de diámetro de 6mm con areola lisa, tórax con elasticidad y expansibilidad disminuida, retracciones subcostales leves, murmullo vesicular disminuido y quejido respiratorio audible a distancia.

Abdomen. _ Blando depresible presencia de cordón umbilical con 2 arterias y 1 vena.

Genital externo masculino. _ Escroto con pliegue poco marcado.

Neurológico. _ Tono muscular disminuido, activo con llanto vigoroso y respondiendo a estímulos.

2.1. DIAGNÓSTICOS SINDRÓMICOS:

Síndrome de Prematuridad, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y Síndrome dismórfico.

Exámenes complementarios: Biometría Hemática al ingreso: Leucocitos: 12.540, Neutrófilos 33.8%, Hemoglobina 20.6gr/dl, Hematocrito 63.4%, Plaquetas 164.000, Creatinina 0.14 mg/dl, Bilirrubina Total 10.32 mg/dl, Bilirrubina Directa 0.31 mg/dl, Bilirrubina Indirecta 10.01, Proteínas Totales 4.63 mg/dl, TGO 59.18 U/L, LDH 1602.74 U/L, TP 21.3 segundos, INR 1.67.

Figura N 1: Radiografia de Toracoabdominal, realizada a sus 10 horas de vida.



2.2. DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS:

Recién Nacido pretérmino moderado de 33 SG por Ballard Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, sepsis inicio temprano no especificada, traumatismo del nacimiento en otras partes del cuerpo y dimorfismo facial.

La evolución cronológica regional:

Aparato Respiratorio. _ neonato a su ingreso con Test de Silverman 4 puntos (Aleteo Nasal, tiraje subcostal, retracción xifoidea y quejido respiratorio) y Score Downes 3 puntos (frecuencia respiratoria, cianosis central y retracción subcostal), por lo que se inicia con ventilación mecánica no invasiva por los 2 primeros días, posterior se cambia a puntas nasales tolerando adecuadamente, a las 48 horas se progresa a oxígeno por flujo libre. Al día 25 se intenta destete de oxígeno sin tolerancia adecuada presenta eventos de desaturación debido al incremento de secreciones nasales y bucales. Se inicia esquema Dart, sonda de aspiración atraviesa con resistencia en la fosa nasal izquierda, por lo que se solicitó una interconsulta con Otorrinolaringología Pediátrica, para descartar atresia de coanas o un laringoceles, sugiriendo una TAC y lavados nasales con solución salina al 0.9%. Sin embargo, se culminó esquema Dart y el paciente presento mejoría, logrando destetar el oxígeno en su día 30 de vida.

Sistema Neurológico. _ Activo con llanto vigoroso y reflejo de succión débil, realiza episodios de apnea iniciándose el manejo con cafeína, sin signos de focalización neurológica durante su estancia hospitalaria.

Aparato Cardiovascular. _ Al 8vo día de vida presenta soplo holosistólico grado 3, pulsos saltones por lo que Interconsulta a Cardiología Pediátrica por sospecha de apertura de ductus arterioso, realizando restricción hídrica y tratamiento con paracetamol por 5 días, se realiza ecocardiograma de control donde se constata ductus arterioso con boca de 0.3 mm sin repercusión hemodinámica.

Sistema Metabólico. _ Se inicia fototerapia simple a las 48 horas de nacido debido a los valores elevados de Bilirrubinas séricas Indirecta: 10.01, Directa: 0.31 y Bilirrubina total: 10.32, además de la clínica ya que en el examen físico presenta Ictericia según la escala de Kramer Zona II – III.

Sistema Hematoinfeccioso. _ con datos clínicos y antecedentes maternos se inicia antibioticoterapia con esquema de primera línea por sepsis de inicio temprano con Ampicilina y Gentamicina, a los 7 días se recibe el resultado del hemocultivo y antibiograma, aislando una *Klebsiella Pneumoniae* Ozaenae Spp como patógeno, por lo que se decide rotar esquema terapéutico e iniciar Oxacilina, Metronidazol y Amikacina.

Aparato Digestivo. _ Paciente que a sus 24 horas de vida se inicia estímulo trófico con 1ml de leche materna exclusiva cada 3 horas posteriormente realizando incrementos diarios, a las 72 horas presenta vomito y distensión abdominal por lo que se indica ayuno. A los 7 días presenta resultado de heces que indica sangre oculta positiva, asociando el diagnóstico de Enterocolitis Necrotizante. En su día 23 de hospitalización, se realiza exámenes de control: TGO: 26.0, TGP:7.3, LDH 578.3 y Fosfatasa Alcalina de 1563 u/l por lo que se diagnostica de Colestasis Hepática y se inicia Ácido Ursodesoxicólico.

Figura N2: Radiografía Toracoabdominal a los 20 días de vida.



Debido al cuadro de intolerancia a la leche materna y reflujo se solicita la interconsulta con gastroenterología pediátrica quien diagnostica reflujo gastroesofágico además solicita calciprotectina con valores elevados por lo que sugiere administrar Domperidona más probióticos e inicio de alimentación a base de fórmula extensamente hidrolizada de origen vegetal asociando el diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca.

A partir de los 32 días de vida pasa alojamiento conjunto para manejo materno y planificar alta médica.

3. DISCUSIÓN

Los pulmones de un RN después del parto aún continúan en proceso de alveolización y su pared torácica más flexible dificulta la adaptación de los movimientos respiratorios. El SDR neonatal se caracteriza por disfunción de surfactante pulmonar afectando a las proteínas y fosfolípidos (6).

Un estudio en el Hospital IESS general Manta - Ecuador en el año 2021, indicó que los principales factores asociados al SDR son: el parto por cesárea (95.5%), puntaje mayor a 0 en la escala de Silverman (95.5%), sexo masculino (63.6%), RN prematuro (18.2%) y madre con preeclampsia (9.1%) (7). Por otro lado, el Journal of Medicine de Ecuador, señala el parto prematuro (30%) y peso de 2500 gramos (9,9%) (8). Wei Ye et. Al en China, menciona que los factores de riesgo maternos son: edad de la madre, diabetes gestacional (75%), oligohidramnios (52.8%), embarazo múltiple (51.5%) y multiparidad (49.7%) (9).

El diagnóstico del SDR es netamente clínico. Los principales signos y síntomas se presentan a los pocos minutos del nacimiento, existiendo disminución de los ruidos inspiratorios y espiratorios, taquipnea, aleteo nasal, retracciones subcostales, subxifoideas, supraesternales e intercostales; y uso de musculatura accesorio (10)(11). A medida que se complique el cuadro de distrés se manifestará letargia y respiraciones anómalas, pudiendo requerir ventilación (12).

En relación con nuestro caso, la apnea es uno de los mayores desafíos que lleva a falla respiratoria y necesidad de ventilación mecánica, en cuyo caso, la medicación de elección es el Citrato de Cafeína a 20 mg/kg dosis de carga y 5-10 mg/kg/día para mantenimiento, siendo considerada segura y efectiva (13), actúa como antagonista de los receptores de adenosina y estimulantes sobre el SNC. Otra opción terapéutica es la Aminofilina, la cual, presenta las mismas propiedades que el Citrato de Cafeína. (14)

El tratamiento prolongado con cafeína reduce los eventos de hipoxemia en infantes prematuros, la ventilación en neonatos prematuros puede asociarse a resultados negativos pulmonares y extrapulmonares, tal como displasia broncopulmonar, déficit neurológico severo y muerte (15). Los neonatos prematuros se observa como existe un aumento de la amplitud y periodos de continuidad en el electroencefalograma, después de haber administrado la cafeína hace 2 horas. Además, la cafeína tuvo una reducción en la incidencia de la parálisis cerebral 4.4% y en el retraso cognitivo 33.8% (15).

El estudio realizado por Cheng-Yunz Zhang en el 2020, indica que el tratamiento con cafeína disminuye la incidencia de eventos recurrentes de apnea y las complicaciones. Además, tiene mayor efectividad que la Aminofilina en el tratamiento de neonatos con soporte de O₂, por lo que dicho rendimiento mejora y reduce el riesgo de complicaciones. (16)

Al cuarto día del ingreso, el paciente realiza episodios de apnea, iniciando el manejo con cafeína, la cual se suspende posteriormente por el diagnóstico de enterocolitis necrotizante. Se opta por lo tanto continuar con Aminofilina IV por 20 días, posteriormente se reanuda la cafeína, teniendo una buena evolución y respuesta al tratamiento.

Este paciente también presentó obstrucción nasal, secreciones nasales espesas, tratadas con Dexametasona (Protocolo Dart). El estudio realizado por Heba Mohamed et al. en el 2023, demuestra la eficacia y seguridad de los corticoides, demostrando que la Dexametasona en dosis bajas de 0,08 mg/kg/día durante siete días, en comparación con dosis altas, tiene un pronóstico más favorable que la terapia convencional (17).

Los Neonatos de 40 horas de vida que presenta dificultad respiratoria y desaturaciones, la causa congénita más frecuente de obstrucción de fosas nasales es la atresia de coanas. Frecuentemente es causada por procesos inflamatorios o infecciones y con menor frecuencia traumático, congénito, iatrogénico y neoplásico (18). Los recién nacidos pueden presentar dificultad respiratoria, apneas y cianosis, durante la alimentación, por lo que se considera dentro del diagnóstico diferencial la obstrucción nasal en neonatos junto con la atresia de coanas, encefalocele nasofaríngea y tumores nasales (18).

En Italia, el Departamento de Ciencias Quirúrgicas de la Universidad de Cagliari, señala que las complicaciones de los neonatos con SDR son la Hemorragia Intraventricular, Hemorragia Pulmonar (5.47%), Displasia Broncopulmonar y el Conducto Arterioso Persistente (1.42%) (19).

Además, en Cuba en el Hospital General Docente Agostinho Neto, menciona que las principales complicaciones en los pacientes con SRD son: Conducto Arterioso Persistente, Hemorragia Intracraneal (21.4%), Hemorragia Pulmonar (11.6%), Hipertensión Pulmonar (10.4%), Displasia Broncopulmonar (8.6%) y Neumonía (6.8%). (20)

El Ductus Arterioso Persistente es frecuente en los bebés prematuros y afecta a las niñas que a los niños. Su incidencia es proporcional a la edad gestacional del neonato, indicándose que el 20-50% de los Recién Nacidos Pretérmino y el 60% de los neonatos prematuros extremos. También es frecuente en bebés con síndrome de distrés respiratorio neonatal, bebés con trastornos genéticos además se asocia a complicaciones graves como hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar y enterocolitis necrotizante (21).

Al octavo día de hospitalización, presento persistencia del conducto arterioso, iniciando el tratamiento con Paracetamol, teniendo una respuesta favorable, lo cual es corroborado con un ecocardiograma. Hammerman et al, indica un pronóstico favorable con el uso de Paracetamol para el cierre del DAP en prematuros ≤ 32 SG a dosis de 15 mg/kg/dosis durante 3 días (22). Mientras que, Scarlet Cotua Silva, realiza una comparación del cierre ductal en pacientes con tratamiento de Paracetamol por 3 días vs 6 días, observando que existe un incremento del 3% en pacientes que no tienen un uso prolongado (23).

La ictericia neonatal es una enfermedad hepatobiliar evidenciada por la coloración amarillenta de piel y mucosas, debido al incremento de los niveles de bilirrubina en sangre, siendo una de las patologías neonatales más frecuentes (24).

Nuestro paciente al segundo día de hospitalización presentó ictericia en cabeza y cuello (Kramer I). Los exámenes complementarios mostraron valores de Bilirrubina Indirecta 10.01, Bilirrubina Directa 0.31 y Bilirrubina total de 10.32, indicativos para el inicio de fototerapia.

En América Latina el 60-80 % de los RN presenta Ictericia Neonatal de causas fisiológicas. En la ciudad de México la prevalencia de hiperbilirrubinemia llega al 17%, los factores de riesgo principales fueron: la edad gestacional menor de 35 semanas, sepsis y lactancia materna (25). Chile y Bolivia presentan una incidencia de 69.2% y 76.3%, mientras que en Ecuador 3.98% (26). La fototerapia es el tratamiento de elección más frecuente, pero en casos complejos se optará por la exanguinotransfusión (27).

La sepsis neonatal es una causa de muerte neonatal, debido al cambio sistémico sugestivo de infecciones causadas por bacterias, hongos y virus dentro de los primeros 28 días de vida (28). Nuestro paciente presentó un cuadro clínico compatible con sepsis

de inicio precoz (antes de los 3 días), por lo que se usó inicialmente antibioticoterapia de amplio espectro y luego se tomaron hemocultivos para identificar al microorganismo causante del cuadro.

La mortalidad por sepsis neonatal presenta 17% en América del Sur, y en Ecuador 2,4%, siendo una causa de mortalidad neonatal (29)(30), Además los organismos causantes son la E.coli, k. Pneumoniae y S. aureus (31).

En la sepsis de origen precoz, los responsables son el Estreptococo del grupo B y E. coli. (32). Mientras que en la sepsis de origen tardía los causantes son los Estafilococos coagulasa negativo y el S. aureus, en cuanto a los gramnegativos destacan E. coli, K. pneumoniae y P. aeruginosa (33).

El tratamiento antimicrobiano es guiado por los patrones de resistencia local y el tipo de microorganismo más común. (34). En este caso, los hemocultivos confirmaron la infección por K. pneumoniae, por lo que se modificó el esquema antibiótico inicial con Ampicilina + Gentamicina, por Oxacilina, Metronidazol y Amikacina.

Otra complicación que manifestó este paciente fue la enterocolitis necrosante. Enfermedad con alta mortalidad provocada por una bacteria que produce inflamación y destrucción celular de la pared intestinal. El 70% de casos ocurren en prematuros. La primera medida terapéutica aplicada fue la suspensión de alimentación enteral colocación de una sonda nasogástrica como medida descompresiva (35).

Xiaohan Hu et al, en el 2024 indica que la enterocolitis necrosante destruye el intestino inmaduro, con una prevalencia entre 1-11%. Mencionando como signos clínicos relevantes la intolerancia alimentaria, distensión abdominal, heces con sangre y signos de sepsis. Además, según Jones y Hall la tasa de mortalidad en lactantes es de 23,5% (36). En Ecuador la Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública reporta un total de 63 defunciones, pero a nivel mundial varía de 0,3 y 2,4 por 1.000 nacidos vivos (37).

El paciente también desarrolló un cuadro de colestasis neonatal, patología grave caracterizada por alteración del flujo biliar, con una incidencia a nivel mundial que oscila entre 7-57%. Los factores que influyen en su presentación son: prematuridad, peso, edad gestacional o cirugías intestinales. El diagnóstico y tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones. El ácido ursodesoxicólico es el tratamiento de elección al estimular el flujo biliar la motilidad de la vesícula biliar, siendo el tratamiento administrado a nuestro paciente, obteniendo mejoría del cuadro. (38).

Godoy M, et al, refieren que la colestasis neonatal tiene una incidencia de 1:2 en 500 RN vivos prematuros. Dentro de la etiología tenemos causas infecciosas, genéticas, metabólicas, obstructivas, endocrinológicas, tóxicas e inmunológicas. La causa más común

es la atresia biliar con predominio en el sexo femenino, manifestándose clínicamente con ictericia y acolia. (39).

La última complicación fue la alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) y reflujo gastroesofágico. Administrándose Domperidona, fármaco bloqueante selectivo de los receptores dopaminérgicos con función gastro cinética, aliviando vómitos, náuseas y regurgitación. También con un probiótico como *Pedococcus pantosaceu*, que mejoran la digestión.

El reflujo gastroesofágico es más frecuente en recién nacidos prematuros 50 a 60% de los casos y de sexo masculino. (40). En cuanto al estudio realizado en el Hospital Dr. Verdi Cevallos en Ecuador, indica que los pacientes pediátricos sufren inmadurez del esfínter esofágico inferior, pero con la maduración del sistema antirreflujo puede desaparecer al primer mes en el 10 a 15% de lactantes (41).

Finalmente, nuestro paciente tras haber presentado varias complicaciones presentó mejoría clínica, siendo dado de alta en condiciones estables.

4. AGRADECIMIENTOS

Se reconoce y agradece al equipo de Neonatología del Hospital Universitario Católico de Azogues de igual manera, al jefe del área y director del Hospital Dr. Víctor Miguel Crespo por el apoyo y colaboración para la presentación de este caso clínico.

5. CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

6. FINANCIAMIENTO

Los gastos incurridos durante el desarrollo de este artículo fueron por parte de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Jorge Luis, Suaza- Vallejo Camila, Reyes-Vega Daniel Felipe, Fonseca-Becerra Carlos. Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Ago 12]; 87(3): 115-118. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522020000300115&lng=es. Epub 16-Dic-2021. <https://doi.org/10.35366/94843>.
2. Sánchez Jorge Luis, Suaza- Vallejo Camila, Reyes-Vega Daniel Felipe, Fonseca-Becerra Carlos. Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Ago 12]; 87(3): 115-118. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>.

php? script=sci_arttext&pid=S0035-00522020000300115&lng=es. Epub 16-Dic-2021. <https://doi.org/10.35366/94843>.

3. Loor S, Urrutia M, Huacón J, Ramírez F, Lara C. Factores asociados al síndrome de dificultad respiratorio neonatal severa. *Revista Ecuatoriana de Pediatría* 2022; 23(2):93-100 Disponible en: <https://doi.org/10.52011/160>.
4. Gonzalez J, Alomia E y Luzuriaga S. Dificultad Respiratoria en el recién nacido. *Rev. Medicina de Urgencias*. 2022;1(1):267- 278. Disponible en: <https://para+capitulos-267-278.pdf>.
5. Loor S, Urrutia M, Huacón J, Ramírez F, Lara C. Factores asociados con el síndrome de distrés respiratorio neonatal severo. *Revista Ecuatoriana de Pediatría* 2022;23(2):93-100 Disponible en: <https://doi.org/10.52011/160>.
6. Sánchez JL, Suaza-Vallejo C, Reyes-Vega DF, Fonseca-Becerra C. Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. *Rev Mex Pediatría*. 2020;87(3):115-8.
7. Arroyo FAZ, Ortega DNM, Rivera MMZ. Incidence and clinical management of Neonatal Acute Respiratory Distress. 2021;1(2):53.
8. Párraga Llovera JA. Enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. *Ecuad J Med*. 1 de mayo de 2022;4(1):49-72.
9. Ye W, Zhang T, Shu Y, Fang C, Xie L, Peng K, et al. The influence factors of neonatal respiratory distress syndrome in Southern China: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18 de mayo de 2020;33(10):1678-82.
10. Solano MJB, Segura NMN, Alfaro AR. Insuficiencia respiratoria por inmadurez pulmonar. *Rev Medica Sinerg*. 1 de junio de 2023;8(6):e1043-e1043.
11. Respiratory Distress Syndrome: Background, Etiology, Epidemiology. 20 de noviembre de 2023 [citado 24 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/976034-overview?form=fpf#a4>
12. Intriago Correa JR, Torres Espinoza EM. Caracterización clínica del distrés respiratorio del recién nacido en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel. 2020;50038:21– 2.
13. Miao Y, Zhou Y, Zhao S, Liu W, Wang A, Zhang Y, et al. Comparative efficacy and safety of caffeine citrate and aminophylline in treating apnea of prematurity: A systematic review and meta- analysis. Celik HT, editor. *PLOS ONE*. 19 de septiembre de 2022;17(9):e0274882.
14. Tinti KC, Magalhães LM, Moreira MS, Oliveira PMC. O PAPEL DO CPAP NA REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA REVISÃO ABRANGENTE DA LITERATURA. *Rev FOCO*. 22 de julio de 2024;e5560.
15. Moschino L, Zivanovic S, Hartley C, Trevisanuto D, Baraldi E, Roehr CC. Caffeine in preterm infants: where are we in 2020? *ERJ Open Res*. enero de 2020;6(1):00330- 2019.
16. Zhang CY, Liu D, Hua SD, Guo S, Li XY, Zhang B, et al. Caffeine versus aminophylline in combination with oxygen therapy for apnea of prematurity: A retrospective cohort study. *Exp Ther Med*. 3 de septiembre de 2020;20(5):1-1.
17. Al-taweel HM, Abdelhady ISI, Irfan N, Khzzam FA, Kamal A, Thazhe SBK, et al. Comparing low- dose (DART) and enhanced low- dose dexamethasone regimens in preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. *Front Pediatr*. 31 de octubre de 2023;11:1261316.

18. Díez MM, Sirera NJ, Chacón MM, Rubio MI. Obstrucción congénita de fosas nasales. Más allá de la atresia de coanas. diciembre de 2021; LIII(1):109-111.
19. Locci, G., Fanos, V., Gerosa, C., & Faa, G. (2014). Hyaline membrane disease (HMD): the role of the perinatal pathologist. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 3(2), e030255. <https://doi.org/10.7363/030255>.
20. Armas López Marisel, Santana Díaz Mayte, Elías Armas Karla Sucet, Baglán Bobadilla Norma, Ville Chi Karina de Morbilidad y mortalidad por enfermedad de la membrana hialina en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo 2016- 2018. *Rev. inf. [Internet]*. 2019 Ago [citado 2022 Jul 20]; 98(4): 469-480. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102899332019000400469&lng=es. Epub 20-Sep- 2019.
21. González R, Arancibia H, Reyes R, Alarcón F, Seguel E, Stockins A, et al. Ductus arterioso persistente: Resultados inmediatos y alejados en neonatos de pre término tratados quirúrgicamente. *Rev Chil Cardiol.* agosto de 2024;43(2):111-24.
22. Hammerman C, Bin-Nun A, Markovitch E, et al. Ductal closure with paracetamol: a surprising new approach to patent ductus arteriosus treatment. *Pediatrics*. 2011;128:e1618-1621. doi:10.1542/peds.2011-0359.
23. Silva SC, Molina AB, Seguel MS. Tratamiento prolongado del ductus arterioso persistente con paracetamol en recién nacidos prematuros de muy bajo peso.
24. Taípe Paucar ATP, Toaquiza Alvarado A, Merchán Coronel G. Ictericia neonatal a nivel de América Latina. *FACSALUD [Internet]*. noviembre de 2022; Volumen 6(No 10). Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1581/1431>.
25. Jonguitud Aguilar A., Noyola Salazar CA., De Jesús Raya E., Montes Acuña OJ. Detección de ictericia neonatal durante la visita para tamiz metabólico neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2018; 85(6):212-5.
26. Ñacari Vera M. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. *Rev Médica Panacea*. 2018;7(2):63-68. doi: 10.35563/rmp.v7i2.29
27. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2022;150(3):1-48.
28. Zamora Paucar LL, Gonzalez Romero A. Etiología y perfil de susceptibilidad antimicrobiana en sepsis neonatal. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*. 2022 Jan 11;16(1):4-17.
29. Rafi MA, Miah MMZ, Wadood MA, Hossain MG. Risk factors and etiology of neonatal sepsis after hospital delivery: A case-control study in a tertiary care hospital of Rajshahi, Bangladesh. *PLoS One*. 2020 Nov 1;15(11 November).
30. Sepsis neonatal en pacientes del hospital General del Norte de Guayaquil IIES Los Ciebos [Internet]. [Cited 2024 Oct 04]. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142020/html/>.
31. López U. Oscar J., Buriticá H. Héctor M.. Letalidad por sepsis neonatal, factores de riesgo y características microbiológicas. *Andes pediátr. [Internet]*. 2021 Oct [citado 2024 Oct 05];92(5): 690-698. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245260532021000500690&lng=es.

32. Ulloa A, Salazar B. Epidemiologia de infección neonatal temprana y tardía en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev. Hosp Jua Mex* [Internet]. 2019 [citado 2022 Oct 05]; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju2019/ju193b.pdf>.
33. Glaser MA, Hughes LM, Jnah A, Newberry D, Harris-Haman PA. Neonatal Sepsis: A Review of Pathophysiology and Current Management Strategies. Vol. 21, *Advances in Neonatal Care*. Lippincott Williams and Wilkins; 2021. p.49-60.
34. Garcia JP, Garcia JM, Naranjo YA, Grajales J, Vinasco LG. Uso de Antibióticos y Resistencia Antimicrobiana en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista médica Risaralda*. 2021. vol.27, n.2, pp.102-125.
35. Gingles JG, Butki N. Enterocolitis necrosante. [Actualizado el 8 de agosto de 2023]. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513357/>
36. Hu X, Liang H, Li F, Zhang R, Zhu Y, Zhu X, et al. Necrotizing enterocolitis: current understanding of the prevention and management. *Pediatr Surg Int*. 10 de enero de 2024;40(1):32.
37. Barona Zamora M, Tipán Barros J, Sempertegui Cárdenas P, Ortiz Hinojosa F, Ochoa Gaviláñez E. Factores asociados a enterocolitis necrotizante en recién nacidos del Hospital Vicente Corral Moscoso. Estudio de Casos y Controles: Factors associated with necrotizing enterocolitis in newborns at the Vicente Corral Moscoso Hospital. Case and Control Study. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades* [Internet]. 10 de octubre de 2024 [citado 06 de octubre de 2024]; 5(5). Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2775>
38. Santos E, Almeida A, Frutuoso S, Martins E, Valente MJ, Santos A, et al. Neonatal cholestasis over time: Changes in epidemiology and outcome in a cohort of 154 patients from a Portuguese tertiary center. *Front Pediatr* [Internet]. 2020 [citado el 17 de octubre de 2023]; 8:351. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338938/>
39. Godoy M, López C, Álvarez Chavez F, Borges Pinto R, Botero Osorio V, Dolz Aguilar MV, et al. Colestasis neonatal: revisión narrativa del grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Acta Gastroenterológica Latinoam*. 29 de septiembre de 2022;52(3):344-54.
40. Blancas Ojeda Mario Héctor, Martínez Casanova Rubén, Ángeles Labra Alejandro Ramón, Duck Hernández Elías, Baig Tirado Laura, Moguel Hernández Alejandro et al. Prevalencia en el Hospital Español de México de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en neonatos pretérmino sintomáticos. *Acta méd. Grupo Ángeles* [revista en la Internet]. 2020 Mar [citado 2024 Oct 11]; 18(1):28-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187072032020000100028&lng=es.
41. R. Enaud, E. Dobremez, T. Lamireau, Reflujo gastroesofágico en el niño, *EMC - Tratado de Medicina*, Volume 26, Issue 2, 2022, Pages 1-11, ISSN 1636-5410, [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)46461-0](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46461-0).

SOBRE OS ORGANIZADORES

Guillermo Julián González-Pérez- Sociólogo, Demógrafo y Doctor en Ciencias de la Salud. Orientación socio-médica. Profesor-Investigador Titular "C" y responsable del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano" en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1993 del Sistema Nacional de Investigadores de México auspiciado por CONAHCYT (actualmente Nivel III) y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias desde 2002. Ha publicado más de 100 artículos científicos en revistas indizadas del campo de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, diversos libros como autor, editor o coordinador y dirigido más de 50 tesis de posgrado.

María Guadalupe Vega-López- Licenciada en Trabajo Social; Maestra en Salud Pública; Maestra en Sociología y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica. Profesora-Investigadora Titular "C" y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1999 del Sistema Nacional de Investigadores de México (actualmente Nivel II); integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano". Ha publicado más de 60 artículos científicos en revistas indizadas del área de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, así como diversos libros como autora y coordinadora, de carácter internacional. Es revisora en varias revistas científicas de carácter internacional.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Años de esperanza de vida perdidos 137, 138, 139, 140, 142

B

Bienestar psicológico 41, 47

C

Causalidad 28, 29, 30

Causas de muerte 112, 125, 137, 138, 139, 140, 142, 144, 145, 147

Ciudad de México 8, 59, 60, 66, 67, 68, 127

Condiciones de Vida y Salud Mental 59, 61, 67

Covid-19 58, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144, 146

Cuestionario COVYSMAM-LJ 59, 60, 62, 67

Cuidados centrados na pessoa 90, 101, 104

Cuidados Intensivos 1, 13, 39

D

Demanda atencional 21, 22

Depressão 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 69, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 81

Dificultad respiratoria 1, 3, 4, 7, 10, 11

Doença renal crónica 69, 70, 83, 85, 88

Dupla-tarefa 21

E

Educación médica 41, 43, 48, 49

Enfermagem 51, 53, 54, 55, 56, 87, 102, 103

Esperanza de vida 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147

Esperanza de Vida al Nacer 110, 112, 116, 117, 138, 146

Estrategias de Salud Globales 28, 29, 30

Estructura y alcances 59

Estudantes de profissões da saúde 51, 52, 53, 57

Estudiantes de medicina 40, 41, 42, 43, 47, 49, 50

Exceso de defunciones 110, 116, 117, 120, 123

F

Farmacorresistencia Microbiana 28, 29, 30

Fibrilação auricular 90, 91, 92, 93

H

Hemodiálise 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88

I

Idosos 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Impacto Agregado y Salud Pública 28, 29

Impacto da doença 69, 82

Incerteza 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Infraestructura hospitalaria 110, 123, 124, 125

Integración 44, 48, 59, 60, 61

Intervenções 22, 25, 51, 53, 54, 57, 72, 78, 79, 80, 81, 82, 93, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104

L

Literacia em saúde 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

M

México 8, 13, 38, 39, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 127, 129, 130, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147

Mortalidad 9, 12, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 112, 115, 116, 117, 119, 125, 126, 138, 139, 140, 146, 147

Mujeres médicas 127

P

Pacientes 8, 10, 12, 17, 30, 37, 38, 45, 46, 63, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 95, 120, 128, 130, 131, 132, 146

Pandemia 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 139, 141, 146

Parceiros 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82

Patriarcado 127, 133

Prematurez 1, 17

Presión académica 41, 42, 43

Prevalência 51, 52, 54, 56, 63, 75, 91, 92, 95

Prevenção de quedas 21, 25, 26

Prevenção 15, 19, 27, 28, 29, 34, 37, 123, 130

Q

Qualidade de vida 22, 27, 52, 69, 71, 79, 83, 90, 91, 98, 99, 101

R

Recién nacido 1, 2, 3, 4, 11, 17

S

Salud 1, 20, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 110, 111, 112, 118, 121, 122, 123, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 146, 147

Salud Mental 43, 45, 48, 49, 50, 52, 58, 59, 61, 63, 65, 66, 67, 134

Saúde mental 51, 53, 54, 56, 57, 91, 98

SiNaDef 110, 111, 112, 113, 115, 120

T

Tensión académica 41, 44

Toxoplasma gondii 15, 16, 17, 19

Toxoplasmosis 15, 16, 17, 18, 19, 20

Trabajo 13, 14, 15, 19, 20, 48, 61, 66, 111, 112, 113, 123, 127, 128, 130, 131, 133, 134, 135

V

Violencia estructural 127, 128, 130

Z

Zoonosis 15, 16, 20

