



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACION

TESIS

TEMA:

Intervenciones de enfermería en lactantes con asfixia neonatal.

AUTORA:

Liliana Nicole Alava Alcívar.

TUTOR:

Dr. Xavier Basurto Zambrano.

PERIODO:

Periodo 2025-(2)



	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1
		Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la **Facultad Ciencias de la Salud** carrera de **Enfermería** de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **Liliana Nicole Alava Alcivar**, legalmente matriculado/a en la carrera de **Enfermería** período académico **2024 (1) -2024 (2)**, cumpliendo el total de 384 horas, correspondiente a la Cohorte que sustenta en el **2025 (2)** cuyo tema del proyecto es "**Intervención de enfermería en lactantes con asfixia neonatal**".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 27 de mayo de 2026.

Lo certifico,

Dr Basurto Zambrano Xavier Alberto.
Docente Tutor(a)
Área: Salud y Bienestar



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Queda constancia de que el presente proyecto de investigación con el tema:
“Intervención de enfermería en lactantes con asfixia neonatal”, es de exclusiva
responsabilidad y sumo compromiso de nuestra autoría.

Manta, mayo de 2026

Alava Alcívar Liliana Nicole

C.I. 1350994875



CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL, REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN

TEMA: "Intervención de enfermería en lactantes con asfixia neonatal"

TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mg. Fátima Figueroa Cañarte

Presidente del tribunal

Dr. Anchundia Alvia Dolores Alexandra

Miembro 1 Tribunal de Titulación

Mg. Guaranguay Chaves Carmen

Miembro 2 Tribunal de Titulación

LO CERTIFICA:

Lcda. Lastenia Cedeño Cobeña

Secretaría de la Carrera de Enfermería

DEDICATORIA.

La atención de la salud no se trata solo de curar los cuerpos, sino también de sanar las almas. -

Florence Nightingale

A mis queridos padres. Este logro académico es un reflejo del incansable esfuerzo que han invertido para brindarme una educación sólida, pero sobre todo a mi papá de corazón, quien sin tener ninguna responsabilidad sobre mí hizo cada sacrificio, cada día de trabajo duro y cada decisión que tomó en mi nombre siendo este el fundamento de mi éxito. Su dedicación y compromiso con mi educación son un regalo que valoro más allá de las palabras.

Esta tesis no es más que el testimonio de su sacrificio y amor, y me llena de orgullo honrarlos de esta manera. Gracias por ser los faros en mi vida, por iluminar el camino hacia el conocimiento y por inculcarme la importancia del trabajo duro y la educación. Los amo profundamente.

Al resto de mis familiares, bisabuela, abuelos, tíos y tías, quienes formaron parte de este recorrido académico, alentando y apoyando cada decisión y paso dado.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco profundamente a Dios, por ser mi guía e iluminar mi camino en cada paso. Mi gratitud a todas las personas que me han apoyado en este proceso.

Agradezco sinceramente a Manuel Zambrano, mi papá, por darme siempre un poco más de lo requerido por ser ejemplo de inspiración y perseverancia, su confianza en mis capacidades han sido el impulso para superar cada obstáculo.

A mamá, por su amor infinito y paciencia. Tu fe en mí han sido los principales pilares de mi vida.

A mis hermanos, Dayana, Mathias, Matthews, Angela y Adrián, que se convirtieron en mi motor e impulso para poder avanzar. Cada uno de ustedes ha dejado una huella inquebrantable en mi vida y me han llevado a convertir en la persona que soy el día de hoy.

A mis amigos más cercanos, Ambar, Cesar y Milenka, quienes en distancia y en cercanía me alentaron y aconsejaron. Cada risa compartida y gesto de apoyo ha sido un recordatorio de que no estaba sola en el proceso.

INDICE

Resumen.....	9
Introducción.	12
Justificación	14
Diseño teórico.	15
Objetivo General:	15
Objetivos específicos	15
CAPÍTULO I	17
Marco Teórico Referencial	17
I.1 Referentes conceptuales.....	17
I.1.1 Antecedentes históricos sobre los factores asociados a la intervención de enfermería en lactantes con asfixia neonatal.	17
I.1.2 Asfixia moderada	22
I.1.3 Asfixia severa.....	23
1.3 FACTORES DE RIESGO.....	23
1.3.1 Maternos.	23
1.6 TEORÍAS DE ENFERMERÍA	28
1.6.2 Jean Watson.....	29
1.6.3 Hildegart Peplau.	30
CAPITULO II	35
METODOLOGIA.....	35
2.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	35
2.1.1 Enfoque cualitativo: Documental.....	35
2.1.3 Técnica de análisis de datos.	36
2.1.4 Discusión.....	46
Conclusiones.	48
Recomendaciones.	50

Capítulo III.....	52
Diseño de la Propuesta.....	52
1.1 Propuesta.....	52
1.2 Objetivo general.....	52
3.3Objetivos específicos.....	52
1.4 Introducción.....	52
1.5 A quienes va dirigido el manual educativo.....	54
Introducción	57
Justificación	57
Objetivos:.....	58
Definición y clasificación clínica (Test de APGAR).....	58
.....	59
Factores de Riesgo Predominantes	59
Protocolo de Reanimación Neonatal Inicial	59
Cuidados Críticos y Neuroprotección en la UCI	59
.....	60
Orientación Familiar para el Cuidado Post-Alta.....	60
Conclusión	¡Error! Marcador no definido.
Recomendaciones	61
.....	62

Resumen

La asfixia neonatal se mantiene como una de las mayores amenazas para la supervivencia y el desarrollo a largo plazo de los recién nacidos, debido al severo impacto neurológico y sistémico que genera. Con el fin de analizar el papel del personal de enfermería en la estabilización de estos pacientes críticos, este estudio examina las intervenciones clave en la práctica clínica, que van desde la ejecución inmediata de maniobras de reanimación y el soporte ventilatorio, hasta el control estricto de la temperatura para mitigar la hipotermia y el monitoreo constante de signos vitales.

Para sustentar este trabajo, se examinó la evidencia clínica de 21 artículos científicos publicados entre 2018 y 2024 en repositorios de alto impacto como PubMed, Medline, Scielo, Lilacs y Elsevier. Los datos analizados exponen que la asfixia neonatal se vincula estrechamente a problemas maternos concretos —sobre todo la hipertensión y la diabetes gestacional—, además de contratiempos durante el parto como el trabajo de parto prolongado. El soporte nutricional adaptado a la realidad metabólica del neonato pasa a ser la prioridad en cuanto se supera la fase crítica inicial. Sin embargo, la estabilidad es una ilusión; no es momento de bajar la guardia. El control a pie de cuna tiene que intensificarse para ganarle el tirón a complicaciones fatales como el edema cerebral, la acidosis metabólica o las infecciones nosocomiales. El plan asistencial no puede quedarse solo en lo biológico. El alta médica no puede ser un simple trámite administrativo; es, quizás, el momento de mayor incertidumbre para unos padres que llevan días viendo a su bebé rodeado de cables y alarmas. Por eso, abrir un espacio de contención emocional y entrenamiento práctico no es una opción, es una obligación ética. Nuestro trabajo real no termina con el egreso; termina cuando la familia tiene la seguridad y la pericia técnica necesaria para cuidar a su hijo en casa sin miedo. Al final, los números no mienten: la mortalidad y las secuelas neurológicas se reducen drásticamente cuando logramos que enfermeros, neonatólogos y terapeutas dejemos de trabajar como islas y empecemos a funcionar como un equipo cohesionado.

Esto justifica por qué es urgente priorizar la formación continua del personal de salud y diseñar manuales educativos para la comunidad si se quiere cambiar el destino de estos pacientes.

PALABRAS CLAVES: Asfixia neonatal, Cuidados de Enfermería, Monitorización, Educación.

Abstract.

Neonatal asphyxia is a leading cause of neonatal morbidity and mortality, causing neurological and systemic damage that affects short- and long-term quality of life. This study investigates the nursing interventions implemented to stabilize and monitor infants affected by this critical condition. Key steps include immediate implementation of neonatal resuscitation protocols, use of respiratory assistance, continuous monitoring of parameters such as vital signs and oxygen saturation, and control of body temperature to prevent hypothermia.

In addition to providing adequate nutrition depending on the newborn's condition, treatment also includes prevention and treatment of associated complications such as metabolic acidosis, infection, and cerebral edema. The nurse also provides emotional and educational support to families, helping them provide the necessary care and supervision. Coordination with a multidisciplinary team including neonatologists and therapists is essential to ensure a unified and individualized approach. The results of the study show that timely nursing intervention based on updated clinical protocols can significantly reduce mortality and neurological sequelae in newborns with asphyxia. This highlights the importance of continuing to educate caregivers and implementing effective strategies to improve outcomes for these vulnerable patients.

KEY WORDS: Neonatal asphyxia, Nursing care, Monitoring.

Introducción.

La asfixia neonatal es una verdadera carrera contra el tiempo; una emergencia médica que pone en jaque el desarrollo biológico y el pronóstico de salud del recién nacido. Cuando el escenario se torna crítico, el equipo de enfermería se convierte en la primera línea de defensa para salvaguardar la vida del bebé. Su intervención es decisiva desde los primeros segundos a través de las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Sin embargo, la responsabilidad no termina ahí: el verdadero reto asistencial continúa a pie de cuna, manteniendo una vigilancia estricta y sin pausas dentro de la unidad de cuidados intensivos. Esta acción es determinante para reducir la aparición de secuelas neurológicas o sistémicas a largo plazo.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define este cuadro clínico como la falla del neonato al intentar iniciar o mantener una respiración espontánea y efectiva inmediatamente después del nacimiento. Este cuadro clínico se origina cuando se interrumpe de forma abrupta el flujo de sangre hacia el feto o bien cuando ocurren fallos críticos en el intercambio de gases, ya sea antes, durante o inmediatamente después del nacimiento. En el plano estrictamente clínico, el impacto en el organismo es devastador, siendo capaz de desencadenar una insuficiencia orgánica multisistémica, cuadros severos de acidosis metabólica, hipercapnia, hipoxemia de carácter progresivo, encefalopatía neonatal y, en las circunstancias más desfavorables, la muerte del paciente. Para poder estandarizar su abordaje y tratamiento, la gravedad de este trastorno clínico (dividido en leve, moderada o severa) se clasifica mediante los parámetros de la escala de APGAR, la cual se evalúa de forma obligatoria al primer minuto, a los cinco y a los diez minutos de vida.

Frente a un escenario tan complejo como este, el ejercicio diario de la enfermería demanda un enfoque asistencial que sea integral, sumamente dinámico y dotado de un alto nivel de especialización.

La intervención del profesional en esta área va mucho más allá de ejecutar un protocolo automatizado o mecánico; por el contrario, abarca desde la valoración clínica diagnóstica inicial en la misma sala de partos hasta la aplicación exacta de técnicas de reanimación cardiopulmonar y el soporte vital avanzado. En este sentido, el juicio clínico y el pensamiento crítico de la enfermera actúan como la primera línea de defensa para detectar señales prematuras de descompensación neurológica o respiratoria, lo que asegura una monitorización permanente de la evolución hemodinámica del recién nacido.

Tomando como punto de partida esta realidad, el presente trabajo de investigación profundiza en la evidencia científica contemporánea, logrando unificar y estructurar datos valiosos provenientes de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica que se encuentran vigentes. De este modo, el análisis se centra detalladamente en desglosar las competencias indispensables que debe poseer el equipo de enfermería: partiendo desde la estabilización clínica inmediata, pasando por el control minucioso de la ventilación mecánica y el soporte hemodinámico avanzado, hasta llegar a la estructuración de un plan de cuidados con un enfoque altamente sensible, enfocado por completo en el neurodesarrollo del bebé y en el acompañamiento constante a su núcleo familiar. Asimismo, se prioriza la identificación oportuna de los factores de riesgo prenatales e intraparto para anticipar la emergencia. El fin último de este trabajo es aportar datos sólidos que no solo enriquezcan el conocimiento académico en neonatología, sino que visibilicen el impacto directo que tiene una intervención de enfermería oportuna en la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes.

Justificación

Al momento de nacer el neonato produce cambios fisiológicos rápidos y complejos, generalmente esta transición ocurre sin problemas y sin necesidad de la intervención de los profesionales de la salud. Sin embargo, entre el 5% y 10% de los recién nacidos requiere algún grado de reanimación, que puede variar desde la estimulación mecánica a la ventilación. (Wall SN, 2009)

La mayoría de los recién nacidos con asfixia al nacer se recuperan rápidamente, pero un pequeño número puede desarrollar encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI). En el período neonatal mueren entre el 20% y el 30% de los bebés con EHI, y el 33% y el 50% de los que sobreviven tienen problemas permanentes del desarrollo neurológico, como parálisis cerebral y retraso mental.

La OMS estima que la tasa mundial de asfixia neonatal es de 10,8/1.000 nacidos vivos, esta cifra se incrementa en 44,7% en recién nacidos con peso menor de 1.500 g, con una tasa de letalidad cercana al 50%.

Diseño teórico.

Problema científico:

¿Cuáles son los factores de riesgo determinantes, las intervenciones realmente efectivas y las secuelas a largo plazo en lactantes que han desarrollado asfixia neonatal?

Objeto de estudio:

El proceso de atención de enfermería en la estabilización del recién nacido con asfixia neonatal.

Campo de acción:

Cuidado neonatal.

Objetivo General:

Analizar críticamente la literatura y evidencia científica vigente en torno a los factores de riesgo, el rol de las intervenciones de enfermería y las repercusiones clínicas vinculadas a la asfixia neonatal.

Objetivos específicos

- Determinar los principales factores de riesgos maternos, obstétricos, y neonatales asociados con la asfixia neonatal.
- Evaluar la efectividad de los protocolos de tratamientos actuales, eficacia y estrategias de reanimación neonatal en términos de tasa supervivencia.
- Desarrollar materiales educativos para cuidadores y padres sobre la prevención, identificación y manejo de la asfixia neonatal, con el objetivo de concientizar y mejorar los resultados.

Preguntas Científicas

- ¿De qué forma las diferentes técnicas de reanimación aplicadas al neonato condicionan su evolución clínica y su neurodesarrollo global a largo plazo tras haber padecido un evento de asfixia?
- ¿Cuál es el impacto real y medible que ejerce una atención de enfermería inmediata e integral sobre el desempeño cognitivo y psicomotor de aquellos lactantes con antecedentes de esta patología crítica?

Tareas Científicas

1. Fundamentar las bases teóricas y el comportamiento epidemiológico del estudio mediante el examen de los índices de incidencia, las condiciones de riesgo prenatales o durante el parto, y los cambios que muestra la asfixia neonatal en función del contexto geográfico y demográfico.
2. Llevar a cabo una revisión profunda y reflexiva de la producción científica actual relacionada con los parámetros diagnósticos modernos, las alternativas de tratamiento más avanzadas y los indicadores clínicos de pronóstico para el neonato asfíctico.
3. Organizar y validar bajo criterios metodológicos rigurosos aquellos instrumentos o escalas de evaluación clínica que auxilien al profesional de enfermería en el seguimiento continuo del recién nacido, tanto en el periodo crítico intrahospitalario como en las consultas de control ambulatorio.
4. Formular y someter a validación una propuesta educativa dirigida al personal de enfermería, con el fin de potenciar sus destrezas procedimentales dentro del área de partos y reducir la ocurrencia de fallas u omisiones técnicas al momento de ejecutar la reanimación cardiopulmonar avanzada en el neonato.

CAPÍTULO I

Marco Teórico Referencial

I.1 Referentes conceptuales

I.1.1 Antecedentes históricos sobre los factores asociados a la intervención de enfermería en lactantes con asfixia neonatal.

Históricamente, la asfixia perinatal ha representado un desafío crítico para la salud pública debido a su impacto directo en las tasas de morbilidad y mortalidad dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Desde una perspectiva clínica, este fenómeno se define como un *"síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular y acidosis"* (Rivera Miranda et al., 2018, p. 1144).

La instauración de este cuadro puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto, viéndose influenciada por factores maternos, placentarios y fetales. En recién nacidos a término o prematuros tardíos (de 35 semanas o más de gestación), la manifestación clínica más temprana suele ser la encefalopatía hipóxico-isquémica. Esta condición se evidencia a través de alteraciones en el patrón respiratorio, hipoactividad, ausencia de respuesta ante estímulos externos, llanto débil, trastornos del sueño y, con frecuencia, crisis convulsivas (Papazian, 2018).

A nivel global, las cifras de la Organización Mundial de la Salud (2020) reflejan la magnitud del problema: para el año 2012, el 80% de los decesos neonatales se concentraba en solo tres causas, destacando las complicaciones del parto —incluida la asfixia— junto a las infecciones y las anomalías congénitas. De los 2.6 millones de muertes neonatales que ocurren anualmente en el mundo, cerca de la mitad se registran dentro de las primeras 24 horas de vida, siendo la asfixia el

factor desencadenante en el 23% de los casos (Sánchez et al., 2018; Sánchez-Gavilanes & Nieto-Gómez, 2022).

La frecuencia con la que se presenta esta patología cambia notablemente según el nivel de complejidad de cada centro hospitalario y los criterios que se usen para su diagnóstico. En términos generales, se calcula que la afección impacta a entre el 0.2% y el 2% de los recién nacidos, evidenciando un comportamiento inversamente proporcional tanto al peso del bebé como a su edad gestacional. Si bien la mayor parte de los neonatos experimenta efectos inmediatos de carácter leve, cerca de un 0.4% llega a desarrollar una disfunción multiorgánica, mientras que un 0.1% sufre daño cerebral con secuelas neurológicas de por vida. Por otra parte, cuando se analizan hospitales de referencia especializados que reciben de forma constante a prematuros con menos de 36 semanas, la incidencia llega a dispararse hasta el 9%, registrando además tasas de mortalidad que se ubican entre el 20% y el 50%. Este panorama se vuelve todavía más crítico en recién nacidos de madres que cursaron con diabetes gestacional o trastornos hipertensivos del embarazo (toxemias), ya que estas patologías están ligadas directamente a la prematuridad y a la restricción del crecimiento intrauterino. Desde una perspectiva epidemiológica, se estima que el 90% de los episodios de asfixia tienen su origen en la etapa prenatal, dejando apenas el 10% restante para el periodo postnatal (Rojas, 2019).

Al aterrizar estas cifras en la realidad de Ecuador, los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020) señalaron que, de los 285.827 nacidos vivos reportados en 2019, ocurrieron 1.782 fallecimientos fetales; dentro de este grupo, la hipoxia intrauterina se consolidó como la segunda causa específica de muerte con un total de 647 casos. En esa misma línea, los informes del Ministerio de Salud Pública (2022) revelaron que a lo largo del primer cuatrimestre del año 2022 se contabilizaron 439 muertes neonatales en todo el país, detectando que el 20.5% de estas dolorosas pérdidas se debió directamente a cuadros de asfixia grave detectados al momento de nacer.

En ese mismo periodo, la provincia de El Oro registró trece fallecimientos distribuidos entre el Hospital del IESS de Machala (6 casos), el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague (4 casos) y el Hospital General Teófilo Dávila (3 casos).

Las consecuencias de este evento clínico se dividen en inmediatas y a largo plazo. A corto plazo, el neonato presenta puntuaciones bajas en el test de Apgar, depresión del estado de conciencia, convulsiones y una alta necesidad de maniobras de reanimación avanzadas en la sala de partos (Domínguez-Dieppa et al., 2021). Por otro lado, las secuelas crónicas abarcan un espectro variable que incluye desde retraso en el desarrollo psicomotor hasta miocardiopatías funcionales (Torres et al., 2019).

Para determinar qué tan grave es el cuadro de asfixia, el parámetro clínico de referencia sigue siendo la escala que diseñó Virginia Apgar en 1952. El objetivo central de esta herramienta es medir de forma rápida las condiciones vitales del recién nacido justo al primer minuto de vida, sirviendo como guía directa para decidir si hace falta arrancar de inmediato con el soporte ventilatorio. No obstante, no se puede pasar por alto que este puntaje suele verse alterado por diversos factores externos, tales como la edad gestacional del bebé, los fármacos administrados a la madre, las maniobras de reanimación que ya se estén ejecutando o el estado cardiorrespiratorio previo del paciente. Por este motivo, registrar una puntuación de Apgar baja al primer y quinto minuto no basta para confirmar, por sí sola, que ocurrió un episodio hipóxico agudo durante el parto. De hecho, cuando se trata de neonatos prematuros, la utilidad diagnóstica de la escala es bastante reducida; esto se debe a que aspectos como el tono de los músculos, el color de la piel y los reflejos al estímulo ya vienen mermados por la propia inmadurez de su organismo. Aun con estos condicionantes en contra, la escala se mantiene como un recurso válido y accesible para clasificar los niveles de severidad de la patología.

La asfixia neonatal severa (históricamente denominada "asfixia blanca") se consolida clínicamente ante una ausencia de esfuerzo respiratorio o jadeo, una frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos por minuto con tendencia al descenso, palidez generalizada, flacidez muscular total y un puntaje de Apgar de 0 a 3 al primer minuto de vida (Sánchez, 2016).

Por otra parte, la asfixia neonatal leve-moderada se caracteriza clínicamente por la incapacidad de establecer una ventilación normal durante el primer minuto de vida, a pesar de mantener una frecuencia cardíaca igual o superior a 100 latidos por minuto, conservar cierto tono muscular y manifestar alguna respuesta refleja frente a los estímulos táctiles.

Este escenario clínico suele desencadenar la encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), considerada la complicación sistémica más grave de este cuadro, con una incidencia estimada de 2.5 casos por cada 1.000 nacidos vivos (Iribarren et al., 2022). La forma en que evoluciona la EHI cambia drásticamente en cada paciente, pues abarca un abanico muy amplio de posibilidades: desde síntomas leves que se resuelven en poco tiempo hasta discapacidades neurológicas permanentes que ya no se pueden revertir (Valladares López & Méndez Pilco, 2018). Dentro de los problemas crónicos que surgen con mayor frecuencia a raíz de esto, se encuentran la parálisis cerebral infantil, problemas prolongados para alimentarse, crisis epilépticas, estrabismo, limitaciones físicas y cognitivas, sordera o hipoacusia, y trastornos neuropsicológicos de gran complejidad como la disartria (Vásquez Uyaguari et al., 2021).

Por otra parte, las secuelas en los órganos debido a la falta de oxígeno se distribuyen de manera distinta según el aparato o sistema que sufra el impacto. Si miramos el plano renal, hay un riesgo que va desde el 50% hasta el 72% de que el recién nacido presente una lesión renal aguda, una consecuencia directa de los cambios bruscos en la distribución del flujo de sangre. En cuanto al hígado, la probabilidad de que falle se ubica entre el 20% y el 80%, un daño que suele gatillarse por la falta de

una buena perfusión en los tejidos hepáticos. Finalmente, el aparato gastrointestinal sufre alteraciones en un 29% de las ocasiones; en este punto, la enterocolitis necrotizante se convierte en la enfermedad de mayor peso diagnóstico, provocada fundamentalmente por la falta de riego sanguíneo (isquemia) en el tubo digestivo.

Por último, las alteraciones miocárdicas se registran hasta en el 78% de los neonatos, manifestándose con especial severidad en aquellos pacientes que desarrollan una encefalopatía hipóxico-isquémica posterior al evento asfíctico (Iribarren et al., 2022).

En lo referente a los factores que elevan el riesgo de asfixia, sobresalen las patologías crónicas o gestacionales de la madre que comprometen la perfusión útero-placentaria. Entre ellas, la hipertensión arterial y la diabetes preexistentes, la anemia severa y la preeclampsia juegan un rol preponderante (Soria Acosta & Hernández Zambrano, 2022). A todas estas variables hay que añadir ciertos contratiempos obstétricos que resultan críticos durante el periparto. Entre ellos sobresale el trabajo de parto prolongado, un escenario que expone al feto a un estrés por falta de oxígeno de manera sostenida; asimismo, influyen el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, las posiciones fetales anómalas o distócicas y los eventos de circular de cordón al cuello (Rivera Miranda et al., 2018).

Debido a que arrastra índices muy altos de morbilidad y muerte, sumado al peligro latente de provocar lesiones cerebrales, la asfixia al nacer se consolida como un problema urgente dentro de la salud pública. Esta realidad hace que sea una obligación que todo el personal sanitario implicado en el área materno-neonatal cuente con destrezas avanzadas que permitan actuar sin perder un solo segundo. Viéndolo desde esta perspectiva, estructurar y aplicar cuidados de enfermería personalizados, constantes y organizados de forma sistemática se vuelve una pieza clave para lograr que el recién nacido tenga una evolución clínica favorable.

Con respecto a esto, autores como Sánchez Couto et al. (2019) recalcan lo importante que es definir diagnósticos de enfermería bien enfocados, ya que estos sirven como el cimiento para desplegar intervenciones que de verdad funcionen. Esta línea metodológica encaja con la postura de Soria Acosta y Hernández Zambrano (2022), quienes defienden que un plan de cuidados estandarizado representa el eje central para sacar adelante al neonato; este plan debe cubrir áreas vitales que van desde mejorar los niveles de oxigenación y garantizar el aporte nutricional, hasta vigilar estrechamente la eliminación. Además, si se incorporan modelos teóricos de enfermería con un enfoque humanizado, se logra dar un giro completo al significado de cuidar, logrando que la práctica clínica combine el rigor de la ciencia con una relación empática y profundamente terapéutica entre el profesional y el recién nacido (Utrilla Rojo et al., 2018; Carvajal & Sánchez Herrera, 2018).

1.2 CLASIFICACIÓN DE LA ASFIXIA

1.2.1 Asfixia Leve

En esta categoría, el recién nacido logra restablecer una dinámica respiratoria normal dentro de los primeros 30 segundos posteriores al nacimiento. Su frecuencia cardíaca se eleva por encima de los 100 latidos por minuto durante el primer minuto de evaluación, el tono muscular se muestra conservado, responde positivamente a los estímulos físicos y puede presentar una leve cianosis distal o cutánea aislada. Clínicamente, este estado se correlaciona con una puntuación en el test de Apgar de 7 a 9 puntos evaluado al quinto minuto de vida (Ministerio de Salud Pública, 2019).

1.2.2 Asfixia moderada

Después de aproximadamente 1 minuto, la respiración normal se vuelve ineficaz y la frecuencia cardíaca alcanza 100 o más latidos por minuto; también disminuye y se debilita el tono muscular.

Hipotónico, responde a la estimulación; cianosis en el color de la piel; Apgar a los 5 minutos: 5–7. (MSP 2019).

1.2.3 Asfixia severa

Esto ocurre cuando no hay respiraciones o solo hay respiraciones ocasionales, la frecuencia cardíaca es inferior a 100 latidos por minuto con un descenso constante; el color de la piel es pálido a azul; el tono muscular está flácido (no responde); y no hay respuesta a estímulos como pellizcar, o a nivel de los dedos o el brazo, lo que daría un puntaje Apgar a los 5 minutos de 0–5. Puede requerir oxígeno. (MSP 2019).

1.3 FACTORES DE RIESGO

El desarrollo de asfixia neonatal lleva consigo varios factores de riesgo que se desarrollarán a continuación:

1.3.1 Maternos.

Dentro de los factores que pueden desencadenar un cuadro de asfixia neonatal, los eventos hemorrágicos durante el tercer trimestre de gestación representan una amenaza severa para el bienestar fetal. Estas pérdidas sanguíneas suelen originarse por anomalías de la inserción placentaria o desprendimientos prematuros, así como por la rotura de vasa previa o el desencadenamiento de un parto pretérmino. Por otro lado, los procesos infecciosos se consolidan como otro factor de riesgo crítico en esta etapa; su peligrosidad radica en la capacidad que tienen para precipitar un nacimiento adelantado, una condición que eleva drásticamente la vulnerabilidad del neonato a sufrir falta de oxígeno al nacer. De este modo, cualquier cuadro infeccioso que no reciba un tratamiento oportuno y adecuado a lo largo del embarazo se convierte en un detonante altamente peligroso para la estabilidad perinatal.

Cuando una gestante desarrolla trastornos hipertensivos, el riesgo de enfrentar complicaciones graves se dispara, dejando una huella profunda en las estadísticas de morbilidad y mortalidad perinatal (Díaz et al., 2018). Pero la presión alta no es el único enemigo en el territorio. La anemia gestacional aparece como otro problema epidemiológico de peso, muy ligado a las realidades del día a día. El avance de esta condición hematológica está amarrado al entorno socioeconómico de la madre, a sus hábitos diarios y a esas creencias culturales que determinan, al final del día, cómo vive y maneja su propio embarazo.

La evidencia señala que el 52% de las mujeres embarazadas en países en desarrollo padece esta deficiencia hematológica, en contraste con el 23% registrado en naciones desarrolladas (Maradiaga, 2020, p. 11). Entre los factores causales más comunes destacan la desnutrición generalizada, la ingesta insuficiente de hierro en esta etapa biológica y la coexistencia de patologías endémicas como la malaria, la esquistosomiasis y la anquilostomiasis. Asimismo, los cuadros de intoxicación por sustancias o drogas durante la gestación revisten una gravedad extrema; en la madre pueden desencadenar depresión respiratoria, arritmias cardíacas, crisis convulsivas e incluso el coma, mientras que el paso de estas sustancias a través de la barrera placentaria compromete de forma directa la viabilidad fetal, predisponiendo al neonato a sufrir asfixia grave al nacer (Pascale, 2017).

1.3.2 Factores Obstétricos

La asfixia neonatal también se encuentra estrechamente vinculada a distocias mecánicas como la desproporción céfalo-pélvica, escenario donde las dimensiones del canal de parto son insuficientes para el diámetro de la presentación, o bien, el feto presenta macrosomía y no logra adaptarse a la pelvis materna. Durante el trabajo de parto, la presencia de líquido amniótico meconial constituye un signo de alerta fundamental para evaluar el bienestar fetal.

Aunque tradicionalmente se ha considerado un predictor rápido de hipoxia, su interpretación exige cautela debido a un porcentaje considerable de falsos positivos, ya que la expulsión de meconio puede responder simplemente a un proceso fisiológico normal asociado a la madurez gastrointestinal del feto a término (Fernández Borbón et al., 2020).

Por otro lado, la necesidad de recurrir a partos instrumentados (mediante el uso de fórceps o vacuum extractores) o a cesáreas de emergencia refleja la existencia de complicaciones intraparto. El uso de instrumentación se asocia con una mayor incidencia de traumatismos neonatales, utilizándose casi exclusivamente ante la sospecha firme de sufrimiento fetal agudo. De igual manera, la vía de alta quirúrgica funciona como un indicador indirecto de que el proceso fisiológico del parto sufrió una desviación crítica que puso en riesgo la oxigenación del recién nacido.

1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS

El espectro clínico de la asfixia neonatal es heterogéneo y varía sustancialmente en cada paciente, dependiendo de la duración, intensidad y frecuencia del insulto hipóxico. El cuadro clínico inicial se caracteriza por un compromiso respiratorio severo, manifestado como una marcada dificultad o la imposibilidad total para instaurar y sostener una ventilación espontánea en el momento del parto. En el plano sistémico, el recién nacido suele experimentar hipotensión arterial, variaciones agudas en el ritmo cardíaco (ya sea bradicardia o taquicardia) y un fallo en la tolerancia a la vía digestiva. Asimismo, el daño neurológico se hace evidente mediante la alteración del estado de vigilia, una disminución acentuada del tono muscular (flacidez generalizada) y la presencia de episodios convulsivos. En los casos más graves, pueden suscitarse hemorragias pulmonares y digestivas, así como un compromiso renal agudo que se manifiesta a través del retraso notable en la primera micción, oliguria o anuria (Colantonio et al., 2017).

1.5 TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico del neonato con asfixia se fundamenta en una serie de intervenciones críticas y secuenciales, cuyo propósito inmediato es lograr la estabilización hemodinámica y minimizar el riesgo de secuelas neurológicas permanentes.

1.5.1 Reanimación Neonatal

Este procedimiento comprende un conjunto de maniobras estandarizadas internacionalmente para asistir al recién nacido que experimenta apnea o depresión cardiorrespiratoria al nacimiento. Su ejecución oportuna es la estrategia principal para restaurar el intercambio gaseoso eficaz y optimizar la perfusión tisular.

1.5.2 Apertura de la Vía Aérea

Consiste en la aplicación de maniobras posicionales básicas, tales como la extensión moderada de la cabeza y la elevación del mentón (posición de olfateo) para asegurar la permeabilidad anatómica de la vía aérea. En caso de objetivarse obstrucción por líquido amniótico o secreciones en el árbol traqueobronquial, se procede a la aspiración cuidadosa. Si a pesar de estas medidas el esfuerzo respiratorio sigue siendo ineficaz, se inicia de inmediato la Ventilación con Presión Positiva (VPP), técnica que utiliza una máscara facial o un dispositivo avanzado para insuflar aire u oxígeno directamente a los pulmones, garantizando el intercambio de gases.

1.5.3 Soporte Respiratorio Avanzado

Cuando el recién nacido no muestra una respuesta clínica favorable a las maniobras iniciales de VPP, se requiere de un soporte ventilatorio de mayor complejidad. El empleo de CPAP constituye la estrategia de elección en el neonato con respiración espontánea, permitiendo el reclutamiento alveolar y evitando el colapso al final de la espiración mediante un abordaje no invasivo. No obstante,

el juicio clínico debe prevalecer sobre la dependencia absoluta del método; en escenarios de insuficiencia respiratoria severa o ante la ineficacia documentada del soporte previo, la prolongación de estas medidas resulta contraproducente. En tales casos, la transición a la intubación endotraqueal y ventilación mecánica invasiva no debe interpretarse como un fracaso del manejo inicial, sino como una intervención imperativa. Es la estrategia necesaria para asumir el control total de la mecánica ventilatoria cuando la fisiología del paciente supera su capacidad de compensación autónoma.

1.5.4 Nutrición e Hidratación

Durante los primeros días de vida, especialmente en neonatos que enfrentan fallas respiratorias severas, la vía enteral suele no ser factible debido al riesgo de isquemia intestinal. En estos escenarios críticos, la nutrición parenteral total se consolida como la estrategia de elección para administrar nutrientes esenciales de forma endovenosa. No obstante, conforme se evidencia una mejoría clínica y una estabilización hemodinámica, se debe planificar la transición gradual hacia la alimentación enteral mediante el uso de sondas orogástricas o nasogástricas. Este inicio de la nutrición trófica debe programarse meticulosamente, tomando como ejes reguladores el peso al nacer, la edad gestacional y la tolerancia metabólica del recién nacido (Benavides Quiroga et al., 2019).

1.5.5 Prevención de Complicaciones

La anticipación y prevención de eventos adversos representan un pilar central en la gestión del cuidado neonatal. El manejo del ambiente térmico neutral se efectúa estrictamente a través de incubadoras de doble pared o servocunas, una intervención vital para mitigar el estrés por frío en prematuros o neonatos con asfixia, en quienes la hipotermia no controlada incrementa el consumo de oxígeno y glucosa. En paralelo, se estructuran barreras epidemiológicas rigurosas para evitar infecciones intrahospitalarias. Esto incluye la administración oportuna de esquemas antibióticos

profilácticos ante factores de riesgo maternos bien delimitados, tales como la rotura prolongada de membranas superiores a 18 horas o la sospecha clínica de corioamnionitis.

1.5.6 Soporte Integral y de Seguimiento

Involucrar a los padres en todo este proceso no es opcional; resulta indispensable asegurarles una información clara, honesta y sin tecnicismos complejos sobre la evolución real de su hijo. Al mismo tiempo, se debe incentivar su colaboración directa en tareas asistenciales de baja complejidad. Una vez que el recién nacido alcanza la estabilidad clínica, es momento de introducir de forma precoz el apoyo de terapia física y ocupacional, enfocada en ofrecer estímulos motores y sensoriales perfectamente dosificados.

Así mismo, el control médico ambulatorio a largo plazo de estos pacientes se establece como una prioridad asistencial en la práctica cotidiana. Sostener este seguimiento continuo es fundamental, ya que representa la estrategia idónea para identificar de manera precoz cualquier retraso madurativo o secuela neurológica crónica. El progreso integral del niño se valora a través de estas evaluaciones interdisciplinarias periódicas; de este modo, ante la menor sospecha de una alteración en las pautas evolutivas normales, el equipo de salud puede instaurar de inmediato programas de estimulación temprana personalizados que optimicen la plasticidad cerebral y la recuperación del lactante.

1.6 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

A lo largo de su evolución epistemológica, la enfermería ha transitado desde una práctica puramente empírica y vocacional hacia una disciplina científica consolidada, fundamentada en principios metodológicos, éticos y de gestión. Actualmente, su rol es estructurante en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, posicionando al profesional como un pilar insustituible dentro de los equipos de atención sanitaria.

1.6.1 Virginia Henderson

Bajo la óptica teórica de Virginia Henderson, la función primordial del enfermero radica en asistir al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación; acciones que el propio sujeto realizaría de forma autónoma si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios (Guamán Granda, p. 51). Este modelo conceptual es la base filosófica para el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual articula de manera sistemática la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del cuidado.

En el contexto específico del neonato con asfixia perinatal, este pensamiento teórico cobra una relevancia inmediata. La intervención prioritaria del profesional se enfoca en suplir la total dependencia del recién nacido para restablecer un intercambio gaseoso efectivo y asegurar su estabilidad hemodinámica, asumiendo temporalmente el control de sus necesidades vitales hasta lograr su autonomía biológica.

1.6.2 Jean Watson

Según Jean Watson, la enfermería es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud, la mejoría de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado directo de las personas enfermas. Los enfermos necesitan cuidados integrales que promuevan la salud, el humanismo y la calidad de vida, teniendo en cuenta las diferencias que puede tener cada persona. (Cusinga Zotelo, Mejía Chapas y Obeso Ynfantes, pág. 35)

En casos de asfixia neonatal, esta teoría ayuda a los profesionales a dar un cuidado más compasivo y personalizado, lo que es crucial para el bienestar emocional del neonato y de sus padres.

1.6.3 Hildegart Peplau.

Por otro lado, Hildegard Peplau sostiene que la enfermería psicodinámica constituye un modelo interpersonal y terapéutico a través del cual se promueve un proceso de maduración, guiando al ser humano a canalizar sus experiencias en una vivencia constructiva tanto a nivel individual como colectivo (Orfith Ríos, p. 21). Frente a situaciones de alta complejidad y estrés emocional como la asfixia neonatal, los postulados de esta teoría ofrecen una guía indispensable para el profesional de enfermería. El modelo orienta la construcción de un sólido vínculo terapéutico con la familia, facilitando canales de comunicación efectivos, empáticos y continuos que ayuden a los padres a comprender el estado crítico del neonato, reduciendo la ansiedad y promoviendo el afrontamiento efectivo dentro de la unidad de cuidados intensivos.

1.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Quiroga, citado por Chicaiza Guanoquiza (2017), señala que la asistencia de enfermería al recién nacido con asfixia perinatal debe estructurarse bajo un enfoque integral que responda estrictamente a las necesidades biológicas inmediatas del paciente. Cuando la asfixia neonatal se presenta en el servicio, el recién nacido cae en un estado de vulnerabilidad extrema. Su estabilidad hemodinámica se tambalea, lo que pone en riesgo directo su desarrollo biológico y el alcance de sus futuros hitos de maduración. Ante una emergencia de este calibre, no hay espacio para la duda: la intervención rápida y decidida del equipo de enfermería es el factor que garantiza un cuidado integral, continuo y seguro para mantener con vida a estos neonatos críticos.

En este sentido, dicho profesional sanitario asume un protagonismo de primer orden en el quirófano o sala de partos, abarcando desde los minutos iniciales dedicados a la ejecución precisa de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, hasta la posterior etapa de monitorización y vigilancia intensiva continua, siendo ambos elementos pilares indispensables si se pretende afianzar una

recuperación óptima y proteger el bienestar integral del niño a largo plazo. Tomando como base los lineamientos oficiales y los consensos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, este cuadro patológico se conceptualiza fundamentalmente como la incapacidad manifiesta que presenta el producto de la concepción para iniciar por cuenta propia y sostener en el tiempo una ventilación eficaz, coordinada y espontánea justamente en el momento preciso del nacimiento.

Por lo tanto, la valoración inicial y el seguimiento constante se convierten en la guía definitiva para tomar decisiones terapéuticas sin perder tiempo. El pilar de una valoración minuciosa radica en monitorear palmo a palmo las constantes fisiológicas del recién nacido; aquí no hay espacio para negociar. En el terreno asistencial, esta premisa se traduce en el monitoreo estricto de la estabilidad hemodinámica —temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación—, sin descuidar el análisis evolutivo de los gases arteriales. Sin embargo, el centro de nuestra intervención es el cerebro. Su protección constituye la prioridad absoluta del manejo. Bajo este enfoque, la monitorización neurofisiológica mediante electroencefalograma convencional (EEG) o de amplitud integrada (EEGa) debe dejar de ser una opción técnica para consolidarse como un estándar obligatorio en el protocolo de la unidad. Con el futuro neurodesarrollo en juego, los descuidos no se pueden permitir. Cruzar estos datos clínicos y tecnológicos es lo que verdaderamente permite detectar a tiempo anomalías compatibles con una encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI).

Fuera del monitoreo electrónico, medir el lactato y el pH en la sangre del cordón umbilical nos da los datos definitivos para calcular el impacto real de la hipoxia intraparto y el nivel de acidosis metabólica del neonato. Asimismo, la puntuación de Apgar al primer y quinto minuto no ha perdido vigencia; sigue en pie como el termómetro inmediato en la sala de partos para decidir, sin dudar, si el paciente requiere maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

La atención integral de enfermería también exige examinar de forma permanente la perfusión tisular periférica, vigilando de cerca la coloración de la piel y midiendo el tiempo de llenado capilar. En esta misma línea, llevar un seguimiento riguroso de los parámetros de laboratorio, tales como la glucemia y los electrolitos en sangre (sodio, potasio y calcio), resulta vital. Controlar el equilibrio del sodio y el potasio junto a las cifras de creatinina es lo que permite vigilar la osmolaridad extracelular, el manejo de los líquidos y el estado de la función renal; de este modo, se evitan desajustes homeostáticos que, si se pasan por alto, pueden poner en serio peligro la vida del recién nacido.

La fragilidad cutánea del recién nacido crítico es un desafío diario en el servicio; la piel del neonato tiene una alta susceptibilidad a desarrollar lesiones por presión (LPP). Esta vulnerabilidad tisular se dispara ante escenarios específicos: la prematurez, la perfusión disminuida por inestabilidad hemodinámica grave, el uso de soporte inotrópico y la sedación profunda. Al combinarse, estos factores comprometen el flujo sanguíneo periférico. El resultado en la cuna es inmediato: la fricción y el roce continuo aceleran de forma drástica el daño y la pérdida de la integridad de la piel. Con el objetivo claro de mitigar este riesgo latente dentro de la unidad de cuidados intensivos, el personal de enfermería prioriza la ejecución de estrategias preventivas estrictas. Entre las intervenciones principales se destaca la planificación rigurosa de rotaciones y cambios de postura programados de forma sistemática en intervalos de cada dos a cuatro horas. Asimismo, estas acciones se complementan de manera técnica mediante la colocación y el uso de superficies de apoyo especializadas, las cuales actúan directamente disminuyendo las fuerzas de fricción y cizallamiento que suelen lesionar la delicada e inmadura dermis del lactante.

Mitigar la apoptosis cerebral y dar un giro favorable al pronóstico neurológico a largo plazo es el objetivo de la hipotermia terapéutica, considerada hoy el estándar asistencial en la UCIN. El control térmico estricto no es un procedimiento rutinario más; representa el verdadero eje operativo de la

neuroprotección neonatal. La justificación es contundente: tanto la hipertermia como las oscilaciones térmicas descontroladas actúan como catalizadores que aceleran el daño celular post-hipóxico de forma irreversible. Aquí, el éxito no es negociable y depende enteramente del factor tiempo. La instauración del protocolo clínico es un imperativo que debe concretarse, sin excepción, antes de cumplirse las primeras seis horas de vida. Superada esta ventana, el potencial neuroprotector se desploma y las lesiones secundarias en el tejido cerebral dejan de ser una amenaza para convertirse en un daño permanente. En neonatología, esta es una carrera contra el reloj donde no existen segundas oportunidades.

Controlar el estrés fisiológico y frenar el gasto metabólico en el cerebro del neonato exige implementar esquemas de sedación y analgesia efectivos. No es un lujo; es una necesidad terapéutica. Estos recién nacidos están inmersos en una UCIN llena de estímulos nocivos (ruido, alarmas, luces artificiales), por lo que una sedoanalgesia óptima funciona como un verdadero escudo protector para un tejido cerebral que busca recuperarse.

Pero el plan de cuidados no puede quedarse congelado en el manejo puramente biológico del bebé. El acompañamiento familiar no puede ser un componente accesorio del cuidado; es, en esencia, un imperativo ético. Desde el ejercicio de la enfermería, nuestro rol debe trascender la ejecución técnica para convertirnos en el canal que garantice a los padres información transparente y oportuna sobre el estado de su hijo. Traducir la complejidad clínica —el porqué de cada monitor, de cada cable, de cada fármaco— es la única vía para integrar a la familia en un proceso que, de otro modo, les resulta ajeno y devastador. Un plan de cuidados que se limita al manejo biológico del recién nacido es, a todas luces, un plan incompleto. La verdadera eficacia de nuestro quehacer se mide por la capacidad de humanizar la asistencia y empoderar a los padres durante la crisis. El equipo de enfermería, guiado por su compromiso ético y profesional, debe convertirse en el canal que asegure a los padres un flujo de

información claro, oportuno y veraz sobre el progreso clínico de su hijo. Desglosar el pronóstico y explicar la razón de ser de cada intervención terapéutica bajo una perspectiva de cuidado humanizado constituye el eje central para integrar eficazmente a los padres en esta etapa crítica.

CAPITULO II

METODOLOGIA.

2.1 DISEÑO METODOLOGICO.

La presente investigación se estructuró bajo un diseño de estudio de carácter descriptivo, retrospectivo, transversal y con un enfoque cualitativo no experimental. Este planteamiento metodológico parte fundamentalmente de una exhaustiva revisión bibliográfica y documental de artículos científicos de alto impacto alojados en bases de datos indexadas de reconocimiento global, tales como PubMed, Elsevier, Lilacs y SciELO. Levantar el sustento teórico y analítico de este trabajo exigió escarbar a fondo en los consensos internacionales y las políticas sanitarias vigentes. El filtro metodológico no fue aleatorio; nos alineamos con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la American Heart Association (AHA), aterrizando todo en el plano local bajo las reglas del Ministerio de Salud Pública (MSP). Hacer este cruce institucional fue lo que verdaderamente le dio peso al manual. Nos aseguró el acceso a una base científica sólida y a los datos cualitativos crudos que necesitábamos para justificar y poner en marcha cada línea de intervención.

La recolección de información se consolidó mediante una búsqueda sistemática de la literatura médica y de enfermería orientada a dar cumplimiento estricto a los objetivos planteados en este estudio, prescindiendo en su totalidad de la manipulación de variables o de la realización de tabulaciones y análisis estadísticos inferenciales complejos.

2.1.1 Enfoque cualitativo: Documental.

A través de la adopción de este enfoque, se viabiliza la obtención de un cuerpo de conocimiento profundo y estructurado, permitiendo descifrar de manera precisa el significado clínico y asistencial

del fenómeno objeto de estudio El escrutinio crítico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que se aplica a neonatos con asfixia en la UCIN, desde una perspectiva cualitativo-documental, exige una técnica de búsqueda y filtrado de información extremadamente rigurosa. Las intervenciones protocolizadas frente a una crisis perinatal no pueden evaluarse a ciegas. Cruzar la literatura científica con la práctica clínica real es la única vía para obtener herramientas analíticas de verdadero valor. Por esta razón, el estudio rompe el molde del típico trabajo académico. Su enfoque se centra en recopilar datos conceptuales y empíricos con un objetivo claro: examinar de frente el impacto de los planes de cuidados vigentes y determinar si están dando resultados o si el servicio exige cambios estructurales inmediatos.

2.1.2 Diseño de la investigación: Bibliográfica-descriptiva.

Permite al investigador o investigadores examinar a fondo la realidad del tema, utilizando métodos adecuados para la recolección de datos, con un fundamento científico a través de revistas, artículos científicos o plataformas que recopilan información de gran relevancia. Asimismo, resulta fundamental la descripción concisa y precisa de los aspectos pertinentes al tema abordado. Este es el motivo por el cual se ha elaborado este ejemplar de investigación, con el objetivo de estudiar una representación general del proceso de atención de enfermería en recién nacidos diagnosticados con asfixia neonatal, y especialmente de analizar los factores de riesgo y la elevada tasa de mortalidad asociada a este diagnóstico en neonatos, no solo en nuestro país sino a nivel global. De igual modo, esta investigación de carácter descriptivo contribuye a establecer una conexión más directa con el personal de enfermería en lo que respecta a sus intervenciones.

2.1.3 Técnica de análisis de datos.

Se logra demostrar que hay una versatilidad en la técnica utilizada para el análisis de todos los datos que se exponen en la investigación que es tipo cualitativa, en la que hay libre elección de que técnica se utiliza, ya que es decisión del autor en el momento de ejecutar su investigación, por lo tanto,

en la recopilación de datos se utiliza la técnica de estudios complejos de los datos documentales, lo que es una búsqueda absoluta nos permite encontrar información de distintas investigaciones con base científica y que sea comprobada plataformas digitales.

2.1 Análisis de Resultados de la Investigación Encontrada.

2.1.1 Artículos relacionados a la Atención de Enfermería en Lactantes con Asfixia Neonatal.

Tabla 1.

Análisis de resultados respecto a los artículos que aportaron información a la investigación.

Nº	Autor	Título	Base de Datos	Año de Publicación.	País de Publicación	Resumen.
1	Nuria Carreras, Miguel Alsina, Ana Alarcón, Gemma Arca Díaz.	Eficacia de la hipotermia pasiva y eventos adversos durante el transporte de recién nacidos asfixiados según la gravedad de la encefalopatía hipóxico-isquémica	Elsevier.	2018	España	Al trasladar a neonatos con EHI, la hipotermia pasiva pretende conservar la temperatura dentro del rango objetivo de 33.0 °C a 34.0 °C con el fin de proteger el cerebro. Los casos severos tienden a perder el control térmico, lo que incrementa el riesgo de hipotensión, arritmias, acidosis o descompensaciones agudas. En consecuencia, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de supervisar continuamente todo el trayecto del transporte para poder actuar de inmediato, estabilizar las variables hemodinámicas y aminorar las secuelas neurológicas.
2	Almeida, M. F. B., Kawakami, M. D., Moreira, L. M. O., Santos, R. M. V. D., Anchiet, L. M., & Guinsburg, R.	Muertes neonatales tempranas asociadas a asfixia perinatal en lactantes.	Elsevier.	2020	Brasil	A nivel global, la asfixia perinatal se consolida como una de las causas más críticas de mortalidad prematura en el recién nacido, golpeando con especial severidad a los países de medianos y bajos ingresos. La muerte neonatal temprana —ocurrida dentro de los primeros siete días de vida— a causa de esta patología constituye un desafío prioritario para la salud pública internacional, siendo la responsable directa de entre el 23% y el 25% de los decesos neonatales en todo el mundo.
3	Maradiaga, Dora Leticia.	Caracterización de recién nacidos con asfixia neonatal, ingresados a sala de neonatología en el Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí, El Paraíso, Honduras	Lilacs	2020	Nicaragua.	La realidad clínica y epidemiológica de la asfixia neonatal fue el eje de esta investigación, ejecutada en el Hospital Básico Gabriela Alvarado de Danlí, Honduras. Al representar una de las amenazas más críticas para la supervivencia infantil, el estudio auditó variables directas a pie de cuna: el test de Apgar, el peso al nacer, la edad gestacional, las complicaciones intrapartos y las limitaciones en el acceso real a cuidados intensivos.
4	Merchan Charcopa, P., & Hurtado Panchano, D.	Incidencia de asfixia neonatal por factores de riesgo maternos y placentarios en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Francisco de Icaza Bustamante.	Scielo.	2021	Ecuador.	El objetivo de este trabajo fue determinar la influencia de los factores materno-placentarios en la asfixia neonatal en la UCIN del Hospital Francisco de Icaza Bustamante. Se demostró que la preeclampsia, el desprendimiento placentario, los procesos infecciosos y las distocias del parto actúan como los principales determinantes clínicos, al provocar una privación abrupta de oxígeno al feto.



5	Rivera Miranda, María Antonia, Nadia Teresa Lara Latamblé, and Tania Baró Bouly.	Asfixia Al Nacer: Factores de Riesgo Materno y Su Repercusión En La Mortalidad Neonatal.	Elsevier.	2021	Cuba.	La asfixia perinatal es una causa mayor de morbilidad neonatal, originada por problemas en la gestación y el parto. Eventos como la preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones, hemorragias o partos prolongados cortan el flujo de oxígeno al feto, provocando acidosis severa y falla multiorgánica. Para evitar estos decesos prematuros, resulta indispensable mejorar el control prenatal y asegurar una vigilancia médica estricta durante el nacimiento.
6	Bekele, Gemechu Gelan ; Roga, Ephrem Yohannes ; Gonfa , Dajane Negesse ; Geda, Gonfa Moti .	Incidence and predictors of mortality among neonates admitted with birth asphyxia to neonatal intensive care unit of West Shewa Zone Public Hospitals	Medline.	2024	Reino Unido.	Los hallazgos vinculan la morbilidad y las secuelas graves con puntajes Apgar bajos, reanimación tardía, déficit de cuidados críticos y condiciones maternas como preeclampsia o distocias. Se concluye que reducir estas cifras exige optimizar el control prenatal, captar oportunamente los embarazos de alto riesgo y perfeccionar las maniobras de reanimación neonatal inmediatas.
7	Lic María Antonia Rivera Miranda, MSc Nadia Teresa Lara Latamblé, MSc Tania Baró Bouly	Asfixia al nacer: factores de riesgo materno y su repercusión en la mortalidad neonatal	Scielo.	2019	Cuba.	La asfixia perinatal se mantiene como un factor determinante en la mortalidad neonatal, fuertemente ligada a complicaciones maternas como la preeclampsia, infecciones, hemorragias anteparto, diabetes gestacional o partos prolongados y distócicos. Estos escenarios clínicos alteran directamente el intercambio de gases, provocando un déficit severo de oxígeno y acidosis metabólica que ponen en riesgo la supervivencia del recién nacido en sus primeras horas de vida. Para mitigar este impacto, resulta indispensable garantizar un control prenatal riguroso, abordar a tiempo las patologías de la madre y ejecutar maniobras de reanimación neonatal oportunas y eficaces en la sala de partos.
8	Práxedes Isabel Rincón-Socha, Lilia del Riesgo Prendes, Milciádez Ibáñez-Pinilla, Viviana Rodríguez-Torres	Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Méderi.	Scielo.	2020	Colombia.	La verdadera brecha está en la atención. La evidencia demuestra que las deficiencias en el monitoreo intraparto y el retraso en la asistencia neonatal inmediata constituyen las variables que elevan drásticamente la gravedad del cuadro en el servicio. Aquí, el factor tiempo es el que define el pronóstico.
9	<u>Magalhães, Alessandra Lourenço Caputo ; Monteiro, Denise Leite Maia ; Trajano, Alejandro José</u>	Proporción y factores asociados a un Apgar inferior a 7 en el 5º minuto de vida: de 1999 a 2019, ¿qué cambió?	Lilacs.	2023	Brasil.	Este estudio revisó los cambios en la cantidad de bebés que tenían un puntaje de Apgar menor a 7 al quinto minuto. Se comparó cómo cambió la situación entre 1999 y 2019. Los resultados muestran que hubo una disminución en la cantidad de bebés que nacieron con problemas al final de estas dos décadas. El estudio encontró que

	Baptista ; Souza, Flavio Monteiro					mejorar el control prenatal, actuar rápido en emergencias de las madres y mejorar las técnicas de reanimación en los bebés fueron fundamentales para mejorar los puntajes de Apgar en los últimos 20 años.
10	Rivera, T. S.	Desarrollo Psicomotor de Niños con Asfixia.	Lilacs	2022	España.	Aquellos que nacen con problemas tienen un gran riesgo de tener problemas de movimiento, de pensar y de hablar, además de problemas emocionales o sociales. Es muy importante que estos bebés reciban atención constante y sean enviados a terapia temprana y fisioterapia. Si se detectan y se tratan estos problemas de desarrollo pronto, puede cambiar mucho la vida del niño y hacer que sea mejor.
11	Rojas, C. A.	Asfixia perinatal vs. Depresión Neonatal.	Lilacs.	2019	Colombia.	La asfixia se produce por la falta de oxigenación al nacer, un evento crítico capaz de causar daño cerebral y fallas multiorgánicas. Esta condición se asocia directamente con altos índices de muerte neonatal, además de secuelas neurológicas crónicas y fallas en otros sistemas del organismo.
12	Tarkowska, Agata, Wanda Furmaga-Jabłońska, Jacek Bogucki, Janusz Kocki	Alzheimer's Disease Associated Presenilin 1 and 2 Genes Dysregulation in Neonatal Lymphocytes Following Perinatal Asphyxia.	Elsevier	2021	Reino Unido.	Este estudio ayudó a relacionar cómo la asfixia perinatal altera los genes presenilina 1 y 2 — asociados al Alzheimer— en los linfocitos de recién nacidos. Los registros indican que la escasez de oxígeno crea una posible conexión entre el daño neonatal y la posibilidad de neurodegeneración en la edad adulta.
13	Sanches Couto, Daniela, Ana Jacqueline Rodriguez Flores, Pâmela Roberta de Oliveira, Queli Lisiane Castro Pereira,	Cuidados Integrales de Enfermería En Un Lactante Con Encefalopatía Isquémica Hipóxica Relacionada Con La Asfixia Perinatal.	Medline.	2019	Cuba.	El protocolo obliga a coordinar el soporte ventilatorio, el control estricto de constantes vitales y la valoración neurológica continua, frenando en seco cualquier alteración metabólica o infecciosa. La celeridad del equipo multidisciplinar es lo que define el pronóstico del neonato. Este compromiso, sin embargo, excede las paredes del hospital; tras el alta, es obligatorio estructurar un seguimiento ambulatorio rígido para guiar la rehabilitación psicomotora.
14	Guaman Granda, Sandy Lizbeth.	Aplicación Del Pae Basado En La Teoría de Virginia Henderson En Un Neonato Con Asfixia Al Nacer.	Scielo.	2020	Ecuador.	Basado en el modelo de Virginia Henderson, el PAE busca restaurar la independencia del paciente cubriendo sus necesidades básicas. Las intervenciones clave incluyen el soporte ventilatorio, el control nutricional, la prevención de infecciones y el apoyo emocional a los padres en la UCIN. Su aplicación es fundamental para acelerar la recuperación y frenar las secuelas neurológicas.
15	Fernández Borbón, Hugo,	Líquido Meconial Su Asociación Con Las	PubMed	2019	Colombia.	Los hallazgos demuestran que el síndrome de aspiración de meconio (SAM) perjudica la pu

	Millellys Gutiérrez Pérez, and Milagro del Pilar Hidalgo	Alteraciones Del Test de Apgar, Hospital Ben Nacer Bachir.				ntuación al nacer, al causar una obstrucción en la vía aérea y afectar el suministro de oxígeno. Su identificación temprana en el área de partos es esencial para poner en marcha la reanimación neonatal, garantizar la ventilación y mejorar el pronóstico.
16	Cevallos Vásquez, Angie Johanna; Echeverría León, Bárbara Paulette; Loaiza Mora, María Luisa	Actuación de enfermería en la asfixia neonatal.	Scielo.	2023	Ecuador.	Hay que optimizar la ventilación, asegurar un ambiente térmico neutro y sostener el soporte metabólico bajo un estricto control de bioseguridad. La estrategia se consolida articulando el monitoreo neurológico continuo con la práctica médica y la contención emocional a una familia en crisis.
17	Florbarjof Yebetzy Rodríguez Duran; Elsa Vargas Rodríguez	Condiciones clínicas y cuidados de Enfermería en los pacientes con asfixia neonatal.	Elsevier.	2022	Venezuela.	la intervención de enfermería exige atacar tres frentes en simultáneo: soporte ventilatorio, oxigenoterapia dirigida y el control estricto del ambiente térmico neutro. El tiempo corre. No hay espacio para vacilar: la reanimación cardiopulmonar se activa ante el menor indicio de retroceso clínico, blindando el monitoreo continuo bajo rigurosas medidas de bioseguridad.
18	Mantilla Peña, Carla Micheld	Proceso de atención de enfermería en RN con asfixia neonatal por broncoaspiración.	Lilacs.	2020	Cuba.	El cuidado de enfermería abarca mantener el ambiente térmico neutral, vigilar la oximetría y el equilibrio ácido-base, y prevenir infecciones, coordinando las acciones con el equipo médico mientras se brinda apoyo empático a la familia.
19	Bastidas Mora, Solange Beatriz	Proceso de atención de enfermería en neonato con asfixia severa.	Elsevier.	2023	España.	El manejo del neonato con asfixia neonatal prioriza la estabilización hemodinámica controlando la respiración, oxigenación y perfusión. El protocolo abarca desde permeabilizar la vía aérea hasta aplicar ventilación con presión positiva (VPP) y oxigenoterapia dirigida. El cuidado se completa corrigiendo la acidosis, aplicando medidas de bioseguridad, coordinando con el médico y asistiendo de forma empática a los padres.
20	Gómez Martínez, Nairovys Masaquiza Jerez, Ana Francisca	Plan de cuidados de enfermería dirigido a neonato con depresión leve atendido en el hospital general Puyo.	PubMed.	2021	Colombia.	Las intervenciones de enfermería se centran mantener un ambiente tranquilo, controlar la temperatura corporal y vigilar la alimentación frente al estado de vigilancia del recién nacido. También se debe enseñar a los padres a reconocer los signos de mejoría o posibles complicaciones, animando al contacto piel a piel. La comunicación y vigilancia estrecha.
21	Cárdenas Días, M., Franco Paredes, G., & Riega López, P.	La mortalidad neonatal: un reto para el país y la universidad.	Lilacs.	2019	Cuba.	La mortalidad neonatal plantea un reto crítico a los sistemas sanitarios y a las instituciones académicas, siendo la asfixia perinatal, la prematuridad, las infecciones y las anomalías

						congénitas los principales causas. Para atenuar este impacto es preciso optimizar la atención integral (prenatal, intraparto y posnatal) y reforzar la educación continua en salud. En este escenario, las universidades desempeñan un rol estratégico al formar profesionales competentes, liderar investigaciones clínicas y coadyuvar en el diseño de políticas públicas basadas en la evidencia.
--	--	--	--	--	--	--

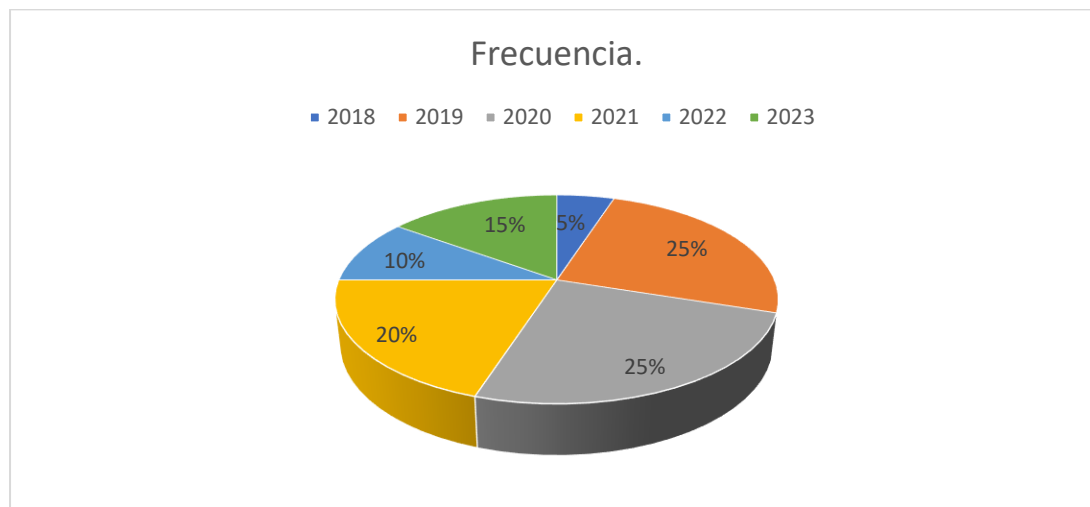
Tabla 1.

Contenido de artículos y bases de datos sobre la Atención de Enfermería en Lactantes con Asfixia Neonatal.

Bases de datos.	N°	Porcentaje.
<i>Elsevier.</i>	6	29%
<i>Lilacs.</i>	6	29%
<i>Scielo.</i>	5	24%
<i>Medline.</i>	2	10%
<i>PubMed.</i>	2	10%
Total.	21	100%

Gráfico 1.

Contenido de artículos y bases de datos sobre la Intervención de Enfermería en Lactantes Con Asfixia Neonatal.



Fuente: Base de datos indexadas.

Autor: Liliana Alava.

Análisis e interpretación: El mayor aporte y fuente de investigación es de Elsevier, y Lilacs, con un 29% debido a su alto prestigio en el ámbito académico lo que la convierte en una red de alto confiar. Por otra parte, tenemos a Scielo, con un 24%, MedLine, con un 10%, y PubMed con un 10%, estas plataformas, aunque no tan extensas como Elsevier, ayudan en esta investigación por su fácil accesibilidad y amplia bibliografía, pero igual de relevante en el ámbito de la salud pública.

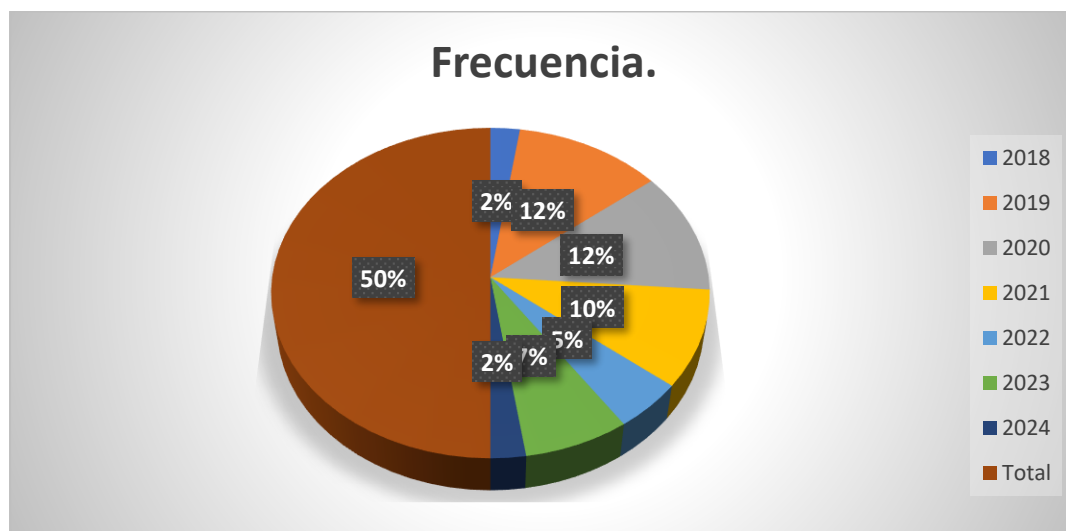
Tabla 2.

Contenido por años sobre la Intervención de Enfermería en Lactantes con Asfixia Neonatal.

<i>Años.</i>	<i>N°</i>	<i>Porcentaje.</i>
2018	1	4.8%
2019	5	23.8%
2020	5	23.8%
2021	4	19%
2022	2	9.5%
2023	3	14.3%
2024	1	4.8%
Total	21	100%

Gráfico 2.

Contenido por años sobre la Intervención de Enfermería en Lactantes con Asfixia Neonatal.



Fuente: Base de datos indexadas.

Autor: Liliana Alava.

Análisis e interpretación: La mayoría de las fuentes utilizadas fueron dentro de los años 2019 y 2020, con un 23.8%. Por otro lado, tenemos al año 2021, con un 19%, lo que refuerza la investigación con información actualizada. Así mismo, tenemos información del 2022 con un 9.5% y del 2023 con un 14.3%, lo que enfoca a una literatura de diversos años. Finalmente, se incorporaron artículos de 2018 (4,8%), mostrando que, aunque en menor medida, también se consideraron fuentes anteriores, lo que aporta una perspectiva más amplia y completa a lo largo del tiempo en la investigación.

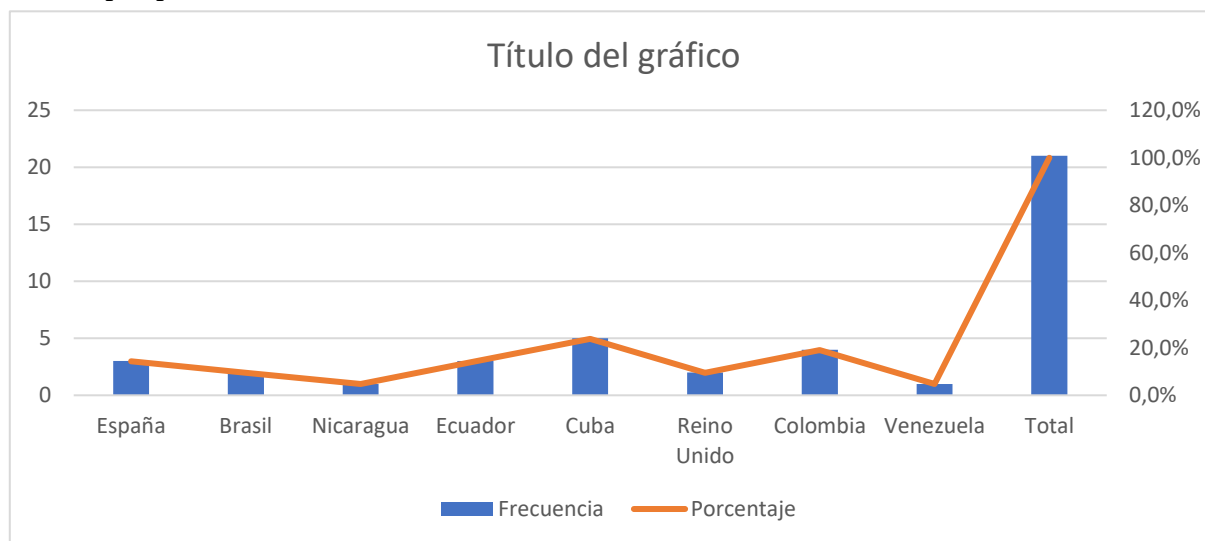
Tabla 3.

Contenido por países sobre la Intervención de Enfermería en Lactantes con Asfixia Neonatal.

Bases de datos.	N°	Porcentaje.
España.	3	14.3%
Brasil.	2	9.5%
Nicaragua.	1	4.8%
Ecuador.	3	14.3%
Cuba.	5	23.8%
Reino Unido	2	9,5%
Colombia	4	19%
Venezuela	1	4.8%
Total.	21	100%

Gráfico 3.

Contenido por países sobre la Intervención de Enfermería en Lactantes con asfixia neonatal.



Fuente: Base de datos indexadas

Autor: Liliana Alava.

Análisis e interpretación: El análisis de los datos muestra que en su mayoría los artículos leídos y extraídos fueron de Cuba contribuyendo con un 23.8% de los artículos, lo que corresponde a 5 publicaciones. Además, la relevancia de estas investigaciones refuerza la idea de que la ciencia cubana ha logrado posicionarse como una fuente confiable en la producción de literatura científica de calidad.

2.1.4 Discusión.

Un componente analítico central en la praxis de enfermería radica en la operativización inmediata de los protocolos de reanimación cardiopulmonar neonatal. Técnicas de soporte crítico como la ventilación con presión positiva (VPP) y la oxigenoterapia dirigida constituyen la primera línea de respuesta ante la detección del insulto hipóxico. Al respecto, la evidencia provista por Aranda y colaboradores (2015) corrobora que el personal de enfermería debidamente cualificado en estas competencias influye de manera directa en la reducción de las tasas de mortalidad neonatal y en la prevención de lesiones neurológicas irreversibles. La pericia del colectivo de enfermería para identificar precozmente las manifestaciones de la asfixia e intervenir con exactitud clínica durante los denominados "minutos de oro" constituye el pilar que define la restauración de la oxigenación celular y optimiza la viabilidad de una supervivencia libre de secuelas neurológicas. Bajo esta perspectiva, el seguimiento epidemiológico ininterrumpido dentro de los servicios de terapia intensiva neonatal se erige como una facultad autónoma del personal de enfermería, cuyo eje central es el registro y análisis minucioso de constantes biológicas críticas: la frecuencia cardíaca, el nivel de saturación por oximetría de pulso y el equilibrio térmico del neonato. Aquí la improvisación no existe. Frenar los daños secundarios y la hipotermia neonatal involuntaria exige un examen clínico protocolizado junto a la corrección inmediata de cualquier desvío hemodinámico o metabólico; así lo dictamina la evidencia de Papile y Baley (2019). Este enfoque sustenta un modelo asistencial donde la observación minuciosa a pie de cuna se fusiona con la monitorización de alta complejidad. El objetivo es uno solo.

Se debe garantizar un soporte terapéutico real mientras el recién nacido transita el complejo camino hacia la estabilidad fisiológica. Más allá de la esfera puramente biológica, el ejercicio de la enfermería integra de manera holística el soporte emocional y la capacitación dirigida a los progenitores. Las evidencias aportadas por Smith y colaboradores (2020) acentúan la trascendencia de que el equipo de enfermería traduzca la complejidad de los datos clínicos a un lenguaje accesible,

inteligible y oportuno para el núcleo familiar. Dicha intervención no solo mitiga significativamente el impacto del estrés familiar derivado del internamiento en condiciones críticas, sino que se instituye como un instrumento educativo angular; de este modo, se dota a los cuidadores de las destrezas necesarias para reconocer oportunamente los signos de alarma post-alta, salvaguardando la continuidad del bienestar del lactante en el entorno del hogar.

La estructuración de las intervenciones asistenciales a partir de pautas fundamentadas en la evidencia científica se constituye, de este modo, en una directriz prioritaria para encarar el reto de la asfixia perinatal. En sintonía con este planteamiento, los hallazgos publicados por López y su grupo (2020) evidencian que los servicios de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que mantienen un apego estricto a los lineamientos internacionales que logran consolidar resultados clínicos marcadamente superiores respecto a las tasas de supervivencia y a la atenuación de comorbilidades.

Este hecho ratifica la exigencia de que enfermería mantenga una actualización profesional continua, blindando la práctica asistencial con fundamentos científicos y desterrando las conductas empíricas. No obstante, la producción científica también expone las brechas operativas y las asimetrías que configuran la realidad de los servicios sanitarios contemporáneos. Estudios desarrollados por Díaz y colaboradores (2018) colocan en evidencia las limitaciones estructurales supeditadas al déficit de recursos tecnológicos y a la distribución inequitativa del personal especialista, una problemática que adquiere un carácter más agudo en las regiones periféricas o rurales. Estas disparidades institucionales y geográficas actúan como un freno directo que restringe el alcance potencial y la eficacia del cuidado de enfermería.

Por esta razón, resulta urgente robustecer la infraestructura de los hospitales y descentralizar los cursos de capacitación avanzada, asegurando con ello que la atención neonatal sea verdaderamente equitativa, rápida y eficiente en cualquiera de los niveles asistenciales.

Conclusiones.

El pronóstico de supervivencia del neonato se decide en minutos; por eso enfermería necesita asumir un rol estratégico inmediato en la prevención y el diagnóstico precoz de la asfixia perinatal. No hay margen de espera. Al revisar los factores de riesgo con mayor peso epidemiológico, el mapa clínico se divide de forma brusca. Primero golpean las afecciones maternas como la preeclampsia, la diabetes gestacional y los focos infecciosos. Pero el verdadero caos en la sala de partos llega con las distocias mecánicas intraparto. Un expulsivo que se prolonga o un DPPNI imprevisto desatan las situaciones de mayor tensión y exigencia técnica para el personal. La lectura oportuna de estas alertas por el equipo multidisciplinario es el elemento catalizador para anticipar las maniobras profilácticas y garantizar la logística y equipamiento crítico dentro de la sala de expulsión.

Con respecto a los algoritmos actuales de reanimación y estabilización neonatal, la literatura corrobora su alto impacto en los indicadores de supervivencia, eficacia que adquiere un carácter decisivo cuando el despliegue protocolar se ejecuta con precisión milimétrica durante el primer minuto de vida extrauterina, universalmente denominado el "minuto de oro". Iniciar sin demora el soporte ventilatorio y cardiovascular bajo las últimas directrices internacionales, a la par de un control estricto de los signos vitales, es lo que realmente frena el avance de los daños secundarios crónicos. Aquí la prioridad absoluta es blindar el tejido nervioso contra secuelas neurológicas de carácter irreversible.

Paralelamente, diseñar y entregar herramientas técnico-educativas a los padres y cuidadores directos, cambia por completo el panorama post-alta. Este recurso va mucho más allá de un simple folleto; es la herramienta práctica para que la familia aprenda a identificar, sin dudar, las señales de alarma en el hogar. Educar de esta manera tiende un puente de comunicación real y directo entre el servicio de neonatología y la casa. El objetivo de fondo es que la comunidad entienda que un control prenatal riguroso es la primera línea de defensa para evitar que la asfixia neonatal siquiera aparezca.

Al final del día, la gestión del cuidado de enfermería demuestra su verdadero impacto cuando combina tres pilares: la capacitación continua en el servicio, protocolos respaldados por evidencia científica y un rol activo en la educación sanitaria comunitaria.

Esos son los pilares reales para cambiar el pronóstico y rescatar el futuro neurocognitivo y psicomotor del lactante que sobrevivió a una asfixia perinatal.

Uleam

Recomendaciones.

La reanimación neonatal durante el 'minuto de oro' no admite improvisación; es el momento crítico donde la pericia del equipo define el futuro del paciente. Mantener la capacitación como algo opcional es un error conceptual que debemos erradicar. La actualización constante y la simulación clínica de alta fidelidad tienen que pasar a ser, por fin, el eje sobre el cual gire toda la docencia del servicio. Basta del aprendizaje basado en el empirismo o el 'ver qué pasa' en la guardia. La verdadera transformación institucional exige que el entrenamiento deje de ser una recomendación para convertirse en un mandato operativo, blindado por la evidencia científica más actual. No buscamos simplemente tecnificar un procedimiento; apuntamos a consolidar una cultura de excelencia donde la seguridad del neonato sea, en cada guardia, el estándar innegociable. El entrenamiento de enfermería exige precisión milimétrica. En este eslabón crítico de la atención, la falta de destreza técnica se traduce de forma directa en daño cerebral irreversible. Solo mediante esta estandarización técnica se erradicarán de la práctica diaria las conductas basadas en la costumbre, consolidando un entorno asistencial seguro para el recién nacido.

De igual forma, las administraciones hospitalarias tienen la obligación de ajustar la gestión de sus recursos. Esto implica asegurar un mantenimiento predictivo y correctivo real del equipamiento biomédico, tanto en las salas de parto como en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Eliminar de una vez por todas las fallas estructurales en monitores, ventiladores mecánicos y cunas de termorregulación es un paso obligatorio. Si el equipamiento falla o no está disponible, es imposible que las maniobras asistenciales se ejecuten con la rapidez y precisión que un recién nacido en estado crítico necesita para sobrevivir.

Por otra parte, la investigación clínica y epidemiológica local no puede quedarse en segundo plano. Necesitamos estudiar a fondo cómo impactan las patologías maternas y las distocias del parto directamente en nuestra población. Construir registros institucionales que sean verdaderamente

fidedignos nos dará la base para diseñar estrategias preventivas a la medida y sistemas de alerta temprana que respondan a nuestra realidad demográfica real.

El personal de enfermería se convierte en educador, organizando talleres prácticos obligatorios con los padres antes del egreso. El objetivo es directo: asegurar que la familia regrese a casa sabiendo identificar con total seguridad los signos de alarma en el hogar, blindando así el cuidado continuo y el desarrollo psicomotor del lactante.

Capítulo III.

Diseño de la Propuesta.

1.1 Propuesta.

Desarrollo de un manual educativo para la intervención de enfermería eficaz en neonatos con asfixia.

1.2 Objetivo general.

Explicar el reconocimiento temprano de la asfixia neonatal y las intervenciones apropiadas siguiendo protocolos basados en evidencia para garantizar la supervivencia y la salud neonatal.

3.3Objetivos específicos.

1. Desarrollar destreza clínica para reconocer precozmente los signos y síntomas de asfixia neonatal, observando detenidamente las primeras horas de vida y aplicando criterios diagnósticos fundamentados en evidencia.
2. Fomentar la capacidad de comunicarse eficazmente y ofrecer apoyo emocional a los progenitores, transmitiendo información comprensible y fidedigna sobre el estado del recién nacido, las terapias empleadas y las secuelas potenciales.
3. Impulsar la mejora constante de la calidad asistencial a través de la revisión periódica de los procedimientos de intervención y los desenlaces del manejo de la asfixia neonatal, detectando vías para optimizar la atención y alentar el perfeccionamiento profesional incesante.

1.4 Introducción.

A nivel global, la asfixia neonatal (o hipoxia perinatal) sigue al frente de las causas de muerte y enfermedad en recién nacidos. El problema real empieza cuando el bebé sufre una falta severa de oxígeno y acumula dióxido de carbono en su organismo. Esto puede pasar en cualquier momento:

antes del parto, durante el expulsivo o justo al nacer. ¿Las consecuencias? El espectro es enorme. Puede quedar en un susto transitorio o terminar en lesiones cerebrales para toda la vida, e incluso el fallecimiento del neonato. Todo depende de qué tan grave haya sido la falta de aire y de los minutos que haya durado el insulto isquémico.

Si queremos frenar el daño en cascada que destruye los órganos del bebé, la respuesta médica y metabólica tiene que ser inmediata. No hay tiempo que perder. Por eso, el personal de salud que recibe al recién nacido y los equipos de atención prehospitalaria son el eslabón más crítico; ellos son la primera línea de defensa ante esta emergencia obstétrica. Reanimar con base en la evidencia científica actual y monitorizar estrictamente cada función vital son los dos pilares innegociables. Bajo este criterio, el presente manual se estructuró como una herramienta técnica para el equipo de salud. Su diseño va directo a la práctica: detección oportuna del compromiso hipóxico, ejecución de maniobras en los "minutos de oro" y cuidado posreanimación.

Es verdad que la tecnología biomédica avanza y mejora los indicadores de supervivencia, pero el conformismo es un riesgo latente. Fortalecer la respuesta de quienes enfrentan la emergencia es una obligación de todos los días. Por eso, este recurso va más allá del manejo clínico estricto de la asfixia; está diseñado para transformar la práctica profesional alineándola con la investigación, el marco legal y la ética.

Fundamentación del manual educativo.

El margen de error debe ser cero cuando se habla de asfixia neonatal; no es un asunto secundario, sino un problema crítico de salud pública. Mejorar las competencias técnicas del personal de enfermería es una prioridad para garantizar la seguridad del paciente en el sistema de salud. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son tajantes: cerca de un millón de recién nacidos mueren al año por complicaciones asociadas a este cuadro.

Cero improvisación; bajo esa premisa se construyen las directrices de este manual. Su sustento se alinea estrictamente con la evidencia científica y los consensos internacionales vigentes, tomando como eje las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Programa de Reanimación Neonatal (PRN). El cumplimiento de las normativas globales de seguridad y calidad hospitalaria queda garantizado en cada maniobra con este anclaje. En cuanto al diseño, el texto se adaptó estrictamente a los principios de la andragogía y al enfoque basado en competencias. La meta aquí es netamente práctica. Queda descartada la memorización pasiva de la teoría; el objetivo real apunta al desarrollo de destrezas psicomotoras y un juicio clínico analítico rápido. Esa agilidad mental es lo que verdaderamente salva vidas cuando la tensión asistencial se dispara en el servicio.

El rigor en el cuidado neonatal trasciende la técnica; es, en su esencia, un ejercicio profundamente ético. La destreza manual carece de sentido si no se ancla en los principios de beneficencia y no maleficencia ejercidos, pues nuestra intervención es la traducción práctica de una responsabilidad bioética. No obstante, la ética exige coherencia clínica: unificar criterios no es solo una meta, es una necesidad urgente. Solo mediante la estandarización podemos desterrar la improvisación y asegurar que cada acción de enfermería deje de ser una respuesta basada en la costumbre para transformarse en un estándar de cuidado respaldado.

En la práctica diaria, este documento funciona como una herramienta didáctica integral para potenciar la docencia en servicio, la capacitación continua y la mejora progresiva de los indicadores de calidad en neonatología.

1.5 A quienes va dirigido el manual educativo.

Este manual se pensó, en primer lugar, para el personal de enfermería —tanto generales como especialistas— que pasa sus jornadas en las áreas críticas y de hospitalización neonatal. Su aplicación

es una herramienta viva para el día a día en salas de partos, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y cualquier servicio de la red de atención perinatal.

Pero el alcance de la guía va más allá de la práctica hospitalaria directa:

-  **Estudiantes de enfermería:** Se convierte en un apoyo didáctico durante su formación académica, ayudándoles a asimilar de forma clara y sin rodeos teóricos las destrezas críticas para cuidar al recién nacido.
-  **Educadores e instructores de salud:** Este manual ayuda en las planificaciones de talleres de alta fidelidad y programas de actualización continua en reanimación neonatal. La estructura técnica permite estandarizar los procesos de enseñanza a nivel hospitalario.
-  **Padres y cuidadores primarios:** Representan el pilar fundamental tras el alta. El manual les permite reconocer precozmente signos de alerta para la rehospitalización inmediata y garantiza la continuidad del cuidado en la comunidad.

1.7. Estructura del manual.

-  Portada
-  Introducción
-  Objetivos
-  Desarrollo
-  Conclusión
-  Recomendación
-  Bibliografía

Manual de enfermería

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LACTANTES CON ASFIXIA NEONATAL.

Autora: Liliana Nicole Alava Alcívar

Tutor: Dr. Xavier Basurto Zambrano

INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LACTANTES CON ASFIXIA NEONATAL

INTRODUCCION

La asfixia neonatal constituye una de las principales razones de morbilidad y mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en todo el mundo. Esta condición, que se define por la interrupción o notable reducción del intercambio gaseoso al nacer, provoca hipoxemia, hipercapnia y acidosis tisular, lo que compromete la estabilidad sistémica y neurológica del neonato. Este manual educativo se presenta como un recurso científico y pedagógico diseñado para uniformar las acciones del personal de enfermería y, al mismo tiempo, guiar de manera clara y accesible a los padres y cuidadores en el manejo posterior al alta. Mediante este manual, se pretende combinar el cuidado clínico avanzado con el monitoreo integral en el hogar para mejorar la calidad de vida de los neonatos impactados.

JUSTIFICACION

El nacimiento constituye una de las transiciones fisiológicas más complejas en el ciclo vital humano. Si bien la mayor parte de los neonatos logra adaptarse de manera espontánea y segura, entre el 5% y el 10% de los recién nacidos necesita algún tipo de reanimación o soporte ventilatorio en la sala de partos. Cuando este proceso de adaptación falla y se desencadena la asfixia perinatal, el impacto clínico llega a ser devastador. De hecho, se calcula que entre el 20% y el 30% de los neonatos que presentan encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) mueren durante las primeras semanas de vida.

A esto se suma que una proporción considerable de los sobrevivientes queda con secuelas neurológicas crónicas, entre las que destacan la parálisis cerebral y un retraso psicomotor severo. El problema supera por mucho cualquier tasa de mortalidad hospitalaria. Ante esta realidad, enfermería no tiene espacio para la improvisación en la recepción del paciente ni en la UCIN. La teoría archivada no salva vidas. La exigencia actual va orientada a implementar manuales operativos que se traduzcan en herramientas unificadas, con una adaptación a las carencias de nuestra infraestructura asistencial y un respaldo absoluto en la evidencia científica vigente. Esta homogeneidad en el conocimiento es la herramienta definitiva para eliminar la variabilidad en la práctica, optimizando los tiempos de reacción y la precisión técnica frente al evento crítico. Así mismo, considerando que las manifestaciones neurológicas suelen evolucionar a largo plazo, se vuelve indispensable capacitar a las familias para que logren identificar signos de alarma en casa y ejecuten pautas oportunas de estimulación temprana.

OBJETIVOS:

Objetivo General

Explicar el reconocimiento temprano de la asfixia neonatal y las intervenciones apropiadas siguiendo protocolos basados en evidencia para garantizar la supervivencia y la salud neonatal.

Objetivos Específicos

Desarrollar destreza clínica para reconocer precozmente los signos y síntomas de asfixia neonatal, observando detenidamente las primeras horas de vida y aplicando criterios diagnósticos fundamentados en evidencia.

Fomentar la capacidad de comunicarse eficazmente y ofrecer apoyo emocional a los progenitores, transmitiendo información comprensible y fidedigna sobre el estado del recién nacido, las terapias empleadas y las secuelas potenciales

Impulsar la mejora constante de la calidad asistencial a través de la revisión periódica de los procedimientos de intervención y los desenlaces del manejo de la asfixia neonatal, detectando vías para optimizar la atención y alentar el perfeccionamiento profesional incesante.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN CLÍNICA (TEST DE APGAR Y SARNAT)

La asfixia neonatal se determina a través de la puntuación de Apgar en el primer minuto y a los 5 minutos tras el nacimiento, examinando la frecuencia cardíaca, la respiración, el tono muscular, los reflejos y la coloración. Se categoriza clínicamente según los siguientes criterios:

Clasificación de la Asfixia	Puntuación Apgar	Manifestaciones y Manejo Inicial
● Asfixia Leve	7 a 9 puntos	El neonato restablece su respiración en los primeros 30 segundos. Responde favorablemente a la estimulación táctil básica y oxigenación libre.
● Asfixia Moderada	5 a 7 puntos	La ventilación se establece cerca del primer minuto. Se observa hipoactividad, tono muscular débil y cianosis central generalizada.
● Asfixia Severa	0 a 5 puntos	Ausencia de esfuerzo respiratorio (apnea o jadeo). Bradicardia severa (menos de 100 lpm), palidez, flacidez total y nula respuesta a estímulos.

Una vez estabilizado el paciente, la valoración neurológica se vuelve el pilar fundamental para determinar el plan de tratamiento. Para ello, se utiliza la escala de Sarnat, la cual permite identificar el grado de encefalopatía y activar la neuroprotección temprana.

Estadio	Nivel de Conciencia	Tono Muscular	Reflejos	Convulsiones	Acción de Enfermería
Sarnat I (Leve)	Hiperalerta	Normal	Hiperreflexia	Ausentes	Vigilancia estrecha
Sarnat II (Moderado)	Letárgico	Hipotonía	Disminuidos	Presentes	Iniciar Neuroprotección
Sarnat III (Severo)	Coma / Estupor	Flacidez	Ausentes	Frecuentes	Soporte vital avanzado

Factores de Riesgo Predominantes

La literatura científica evidencia que la asfixia no es un hecho aislado, sino el resultado de condiciones perinatales particulares:

Factores maternos: enfermedades como la preeclampsia y la hipertensión gestacional modifican el flujo sanguíneo placentario. La anemia grave restringe el suministro de oxígeno al feto, mientras que las infecciones no tratadas provocan el malestar fetal intrauterino.

Factores obstétricos: un trabajo de parto prolongado somete al neonato a largos períodos de hipoxia e isquemia. En cambio, la existencia de líquido amniótico meconial eleva el riesgo de broncoaspiración, bloqueando mecánicamente la vía aérea en el momento del nacimiento.

Protocolo de Reanimación Neonatal Inicial

Apertura de la Vía Aérea: Colocar al neonato con el cuello ligeramente extendido (posición de olfateo) y llevar a cabo la aspiración de secreciones o líquido meconial si hay obstrucción en la vía aérea.

Ventilación con Presión Positiva (VPP): Si el recién nacido está en apnea o su ritmo cardíaco es inferior a 100 lpm, se debe comenzar la VPP utilizando bolsa y máscara de inmediato para garantizar el intercambio gaseoso en los pulmones.

Cuidados Críticos y Neuroprotección en la UCI

Hipotermia Terapéutica: Es el tratamiento de referencia para el manejo de la encefalopatía hipóxico-isquémica de grado moderado o severo. Se debe comenzar obligatoriamente en las primeras 6 horas tras el nacimiento, disminuyendo la temperatura corporal de manera controlada a 33.5°C para detener la serie de muerte celular cerebral.





Soporte Nutricional y Metabólico: Mantener al recién nacido en reposo gástrico absoluto por el riesgo de enterocolitis necrotizante debido a la hipoperfusión intestinal. Se proporciona nutrición parenteral mediante infusión intravenosa y se lleva a cabo un estricto monitoreo de electrolitos (sodio, potasio, creatinina) y glucosa.

Prevención de Lesiones Posturales: Vigilar constantemente los lugares de presión. A causa del uso de sedoanalgesia e inotrópicos, el neonato presenta un gran riesgo de úlceras, por lo que es necesario llevar a cabo cambios posturales de forma cuidadosa cada 2 a 4 horas.

Orientación Familiar para el Cuidado Post-Alta

Vigilancia de signos de alarma en el hogar: La capacitación minuciosa de los padres y cuidadores es una intervención prioritaria para asegurar la detección oportuna de manifestaciones críticas en el recién nacido. En el hogar, la familia debe vigilar la aparición de conductas anormales como rigidez en el cuerpo, temblores continuos o movimientos involuntarios que sugieran convulsiones. Asimismo, en el plano respiratorio y circulatorio, se debe enseñar a identificar el hundimiento de las costillas al respirar (retracción intercostal), la presencia de un tono morado o azulado en la región perioral (cianosis) y la dificultad o incapacidad absoluta para succionar y alimentarse. Debido a que cualquiera de estas alteraciones constituye una emergencia médica real, la instrucción clara hacia la familia debe ser trasladar de inmediato al lactante al servicio de urgencias más cercano.

Estimulación Temprana: Promover la adaptabilidad cerebral a través de caricias suaves en las extremidades, movimiento pasivo y estímulos visuales/auditivos con voces nítidas y objetos de fuerte contraste.





CONCLUSION

La acción adecuada, organizada y uniforme del equipo de enfermería en los primeros minutos de vida (la "hora dorada") es el elemento clave para disminuir la mortalidad y aliviar la gravedad del daño multiorgánico en el recién nacido afectado por asfixia.

La implementación de protocolos avanzados fundamentados en la evidencia científica, particularmente el inicio de la hipotermia terapéutica durante las primeras seis horas de vida muestra una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de secuelas neurológicas permanentes y parálisis cerebral. La recuperación integral del neonato no termina con el alta hospitalaria; la preparación de la familia sobre los signos de alarma y las técnicas de estimulación psicomotora temprana en casa es fundamental para asegurar su adecuado desarrollo a largo plazo.

RECOMENDACIONES

Para las Instituciones de Salud: Institucionalizar programas de capacitación continua y simulacros periódicos de alta fidelidad en reanimación cardiopulmonar neonatal dirigidos prioritariamente al personal de enfermería. Esta estrategia garantiza la consolidación de competencias técnicas y destrezas psicomotoras indispensables para activar una respuesta inmediata, estandarizada y eficaz ante situaciones de compromiso vital en el recién nacido. Para el Personal de Enfermería: Operativizar de manera sistemática el Proceso de Atención de Enfermería fundamentado en el modelo conceptual de las catorce necesidades de Virginia Henderson. Este enfoque metodológico permite estructurar planes de cuidados integrales que prioricen la monitorización hemodinámica avanzada, las medidas de neuroprotección celular y el soporte metabólico-nutricional estricto durante la fase crítica del neonato. Para el Seguimiento Comunitario y la Red de Salud: Fortalecer los mecanismos de contrarreferencia a través del aseguramiento de turnos prioritarios en la consulta externa y la planificación de visitas domiciliarias programadas post-alta. Es mandatorio garantizar que el lactante con antecedentes de asfixia perinatal reciba un control interdisciplinario longitudinal (enlazando pediatría, neurología pediátrica y estimulación temprana/fisioterapia) durante la primera infancia, orientado a evaluar el desarrollo psicomotor y mitigar de forma oportuna posibles secuelas rezagadas.



BIBLIOGRAFIA

- Bastidas Mora, S. B. (2023). Proceso de atención de enfermería en neonato con asfixia severa. *Revista Enfermería Elsevier*, 14(2), 45-52.
- Carreras, N., Alsina, M., Alarcón, A., & Arca Díaz, G. (2018). Eficacia de la hipotermia pasiva y eventos adversos durante el transporte de recién nacidos asfixiados según la gravedad de la encefalopatía hipóxico-isquémica. *Anales de Pediatría (Elsevier)*, 89(6), 332-341.
- Cevallos Vásquez, A. J., Echeverría León, B. P., & Loaiza Mora, M. L. (2023). Actuación de enfermería en la asfixia neonatal. *Revista Científica Scielo*, 8(1), 112-125.
- Guaman Granda, S. L. (2020). Aplicación Del Pae Basado En La Teoría de Virginia Henderson En Un Neonato Con Asfixia Al Nacer. *Revista Científica de Enfermería Scielo*, 5(2), 48-56.
- Mantilla Peña, C. M. (2020). Proceso de atención de enfermería en RN con asfixia neonatal por broncoaspiración. *Lilacs - Biblioteca Virtual en Salud*, 12(3), 201-210.
- Merchan Charcopa, P., & Hurtado Panchano, D. (2021). Incidencia de asfixia neonatal por factores de riesgo maternos y placentarios en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Francisco de Icaza Bustamante. *Revista Scielo Ecuador*, 19(2), 78-85.

Rivera Miranda, M. A., Lara Latamblé, N. T., & Baró Bouly, T. (2021). Asfixia Al Nacer: Factores de Riesgo Materno y Su Repercusión En La Mortalidad Neonatal. *Revista Cubana de Pediatría (Elsevier)*, 93(4), 1144-1155.

BIBLIOGRAFIA.

Correa Coba, Dwany. 2018. “TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2017.” Universidad Nacional de Cajamarca.

Cusinga Zotelo, Flor de María, FriendlyElizabeth Mejía Chapas, and Lina Maribe Obeso Ynfantes. 2017. “Aplicación de La Teoría de Enfermería de Jean Watson y La Calidad Del Cuidado Enfermero de La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica Del Instituto Nacional de Salud Del Niño,.” Universidas Peruana Union, Lima. Perú.

Aranda, J. V., & Moffat, M. (2015). Neonatal Resuscitation and Care. Elsevier.

Papile, L. A., & Baley, J. E. (2019). Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. McGraw-Hill.

World Health Organization (WHO). (2018). Neonatal Asphyxia: Causes, Prevention and Management. WHO.

Hug, Lucia, Sinae Lee, Yang Liu, Anupam Mishra, David Sharrow, Danzhen You, Bochen Cao, Jessica Ho, Kathleen Louise Strong World Bank Group Emi Suzuki, Kirill Andreev, Lina Bassarsky, Victor Gaigbe-Togbe, Patrick Gerland, Danan Gu, Sara Hertog, Nan Li, Thomas Spoorenberg, Philipp Ueffing, Mark Wheldon, Guiomar Bay, Helena Cruz Castanheira, Leontine Alkema, Robert Black, Johns Hopkins, Michel Guillot, Kenneth Hill, Jon Pedersen, and Jon Wakefield. 2020. “London School of Hygiene & Tropical Medicine Trevor Croft, The Demographic and Health Surveys (DHS) Program, ICF.”

INEC. 2016. “Estadísticas Vitales.” Maradiaga, L. (2020).
CARACTERIZACIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON ASFIXIA NEONATAL,
ATENDIDOS EN HOSPITAL BÁSICO GABRIELA ALVARADO, DANLÍ EL
PARAÍSO HONDURAS, 2018. CIES UNAN Managua, 72.

Maridueña Sancan, R., & Lucas Bermudez, J. (2019). Complicaciones y secuelas
en asfixia neonatal en el Hospital Francisco de Icaza Bustamante en el Período 2015-
2017. Trabajo de titulación presentado como requisito para optar por el título de médico,
70.

PLACENTARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL FRANCISO DE ICAZA BUSTAMANTE. UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE MEDICINA,
61.

Ministerio de Salud Pública. 2019. “Encefalopatía Hipóxica Isquémica Del
Recién Nacido.” 69.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. 2019. “Encefalopatía
Hipóxica Isquémica Del Recién Nacido. Guía de Práctica Clínica (GPC).” 1–69.

Moldenhauer, Julie. 2021. “Abnormal Position and Presentation of the Fetus -
Women’s Health Issues - Merck Manuals Consumer Version.” Manual Merck. Retrieved
September 17, 2021 (<https://www.merckmanuals.com/home/women-s-healthissues/complications-of-labor-and-delivery/abnormal-position-and-presentationof-the-fetus>.)

Rivera Miranda, María Antonia, Nadia Teresa Lara Latamblé, and Tania Baró Bouly. 2018. "Asfixia Al Nacer: Factores de Riesgo Materno y Su Repercusión En La Mortalidad Neonatal." *Revista Información Científica*, 97(5).

Robles Espinoza, A., Rubio Jurado, B., De la Rosa Galván, E., & Nava Zavala, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Medigraphic*, 125.

Romero, F., E. Herles, A. Lino, F. Rojas, M. Flores, V. Flores, and E. L. Gutiérrez. 2016. "Factores Asociados a Asfixia Perinatal En Un Hospital de Callao, Perú." *ELSEIVER. Perinatología y Reproducción Humana* 30(2):51–56.

Sanches Couto, Daniela, Ana Jacqueline Rodriguez Flores, Pâmela Roberta de Oliveira, Queli Lisiane Castro Pereira, Daniela Sanches Couto, Ana Jacqueline Rodriguez Flores, Pâmela Roberta de Oliveira, and Queli Lisiane Castro Pereira. 2019. "Cuidados Integrales de Enfermería En Un Lactante Con Encefalopatía Isquémica Hipóxica Relacionada Con La Asfixia Perinatal." *Enfermería: Cuidados Humanizados* 8(2):34–50.

Tarkowska, Agata, Wanda Furmaga-Jabłońska, Jacek Bogucki, Janusz Kocki, and Ryszard Pluta. 2021. "Alzheimer's Disease Associated Presenilin 1 and 2 Genes Dysregulation in Neonatal Lymphocytes Following Perinatal Asphyxia." *International Journal of Molecular Sciences* 22(10):22.

UNICEF. 2017. "Levels and Trends in Child Mortality Report 2017 | UNICEF." Retrieved August 1, 2021 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trendschild-mortality-report-2017>).

ANEXOS

Evidencia de tutoría:



Certificado de plagio:



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | ULEAM-ECU

TESIS LILIANA ALAVA_ASFIXIA NEONATAL (1)

ID : 8c065fa47f2e37ea446f7a2b2ddadbaf5d1d947



10%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : TESIS LILIANA ALAVA_ASFIXIA NEONATAL (1).txt

Tamaño del archivo original : 903,36 kB

Número de palabras : 13.472

Número de caracteres : 89880

Depositante : XAVIER BASURTO ZAMBRANO

Fecha de depósito : 5 de junio de 2026

Tipo de carga : interface

fecha de fin de análisis : 5 de junio de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

3%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA

8%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos

0%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Textos entre comillas

<1%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.