

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PEDIATRÍA

SUPERVISOR DE LA PROPUESTA DE TESIS DE MAESTRÍA:

Magister Lourdes Cedeño De Gracia



UNACHI
Hombre y cultura para el porvenir

Universidad Autónoma de Chiriquí

PRESENTA:

Xochilt Jhoci Abrego González

Yania Betzaida Andrade

TESIS

**CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA Y SÍNDROME DE DISTRES
RESPIRATORIO NEONATAL**

Noviembre, 2025

HOJA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Lourdes Cedeño

Asesor

Brenda Colindre

Lector

Victoria Sanchez

Lector

DECLARACIÓN JURADA

David, 10 de noviembre de 2025

Doctores

Coordinadora del Programa de Maestría en Pediatría

Universidad Autónoma de Chiriquí

Respetados Sres.

Reciba un cordial saludo y mis mejores deseos. A través de la presente, hago constar que la Licenciada Xochilt Jhoci Abrego González con cédula de identidad 9-733-2494 y la Licenciada Yania Betzaida Andrade con cédula de identidad 8-848-803, han realizado y aprobado con éxito su Tesis de Maestría en Pediatría, titulada **Conocimiento de Enfermería y Síndrome De Distrés Respiratorio Neonatal**.

Por lo antes mencionado, como asesor y evaluador del trabajo de tesis considero que los postulantes a Magister Xochilt Jhoci Abrego González y Yania Betzaida Andrade junto con todo el trabajo científico han cumplido con los requisitos exigidos por el reglamento de la Universidad Autónoma de Chiriquí. Adicional, puedo asegurar que los postulantes se encuentran en la capacidad de sustentar la explicación teórica de su investigación.

En espera de una respuesta satisfactoria y positiva a nuestra solicitud, me despido.

Atentamente



Magister Lourdes Cedeño De Gracia

AGRADECIMIENTO

Ante todo, agradecemos a Dios todopoderoso, por mantenernos sanos, por su gracia y su inmenso amor.

Infinitas palabras de agradecimientos a nuestros padres, hijos y cónyuges por su comprensión durante la elaboración de esta tesis.

Reconociendo su valiosa colaboración y conocimiento, extendemos nuestro agradecimiento a nuestra asesora, la profesora Lourdes Cedeño, por su tiempo, orientación y comprensión.

Agradecemos al personal administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chiriquí por su inestimable apoyo.

Xochilt Abrego

Yania Andrade

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación, que representa un valioso logro profesional, principalmente a Dios, que nos ha permitido llegar hasta aquí, tanto en los buenos momentos como en las difíciles circunstancias.

A nuestros padres, hijos y cónyuges, que nos han brindado su apoyo incondicional y son nuestra fuente de inspiración para seguir adelante.

Xochilt Abrego

Yania Andrade

CONTENIDO

HOJA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	ii
DECLARACIÓN JURADA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv
CAPÍTULO I.....	16
I. MARCO INTRODUCTORIO.....	16
I.1. ANTECEDENTES.....	17
<i>I.1.1. Antecedentes del problema.....</i>	<i>17</i>
I.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
<i>I.2.1. Planteamiento del Problema.....</i>	<i>21</i>
<i>I.2.2. Formulación.....</i>	<i>24</i>
<i>I.2.3. Hipótesis.....</i>	<i>25</i>
I.3. LIMITACIÓN Y DELIMITACIÓN.....	26
<i>I.3.1. Limitaciones.....</i>	<i>26</i>
<i>I.3.2. Delimitación del problema.....</i>	<i>27</i>
I.4. JUSTIFICACIÓN.....	28
<i>I.4.1. Importancia, beneficios, impacto, viabilidad.....</i>	<i>28</i>
<i>I.4.2. Aporte.....</i>	<i>30</i>
I.5. OBJETIVOS.....	32
<i>1.5.1. Objetivo General.....</i>	<i>32</i>
<i>1.5.2. Objetivos Específicos.....</i>	<i>32</i>

CAPÍTULO II.....	34
II. MARCO TEÓRICO.....	34
II.1 ANTECEDENTES HISTÓRICO.....	35
II.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	37
II.3. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	43
II.3.1. <i>Bases Filosóficas y de Gestión del Cuidado de Enfermería</i>	43
II.3.1.1. Enfermería como Ciencia Práctica Humanística.....	43
II.3.1.2. Teoría Transcultural de Madeleine Leininger.....	44
II.3.1.3. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.....	47
II.3.1.4. El Sistema Social y las Directrices Globales de Salud.....	48
II.3.2. <i>Fundamentos Teóricos del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal</i>	49
II.3.2.1. Definición del SDRN.....	49
II.3.2.2. Fisiopatología y Características del SDRN.....	50
II.3.2.3. Factores de Riesgo del SDRN y Complicaciones más frecuentes	50
II.3.3. <i>Intervenciones de Enfermería y Práctica Basada en Evidencia</i>	55
II.3.3.1. Premisas Clave del Cuidado de Enfermería en el SDRN.....	55
II.3.3.2. Requisitos de Competencia y Entorno Especializado.....	56
II.3.4. <i>Estructura y Estándares de Protocolización</i>	57
II.4. FUNDAMENTOS LEGALES.....	57
CAPÍTULO III.....	59
III MARCO METODOLÓGICO.....	59
III.1. <i>Tipo de Estudio</i>	60
III.2. <i>Diseño de Investigación</i>	61
III.3. <i>Unidad de análisis y Fuentes de Información</i>	62
III.3.1. Criterios de Selección Documental.....	62
III.3.2 Muestra documental.....	63
III.4. <i>Técnicas e Instrumento para la recolección de datos</i>	66
III.4.1 Técnicas para la recolección de datos.....	66
III.4.2 Instrumentos para la recolección de datos.....	69
III.5. <i>Categorías de análisis</i>	69

<i>III.6. Procedimiento para la Tabulación y Análisis de información</i>	70
CAPÍTULO IV	71
IV RESULTADOS	71
<i>IV.1. Aspectos generales</i>	72
<i>IV.2. Análisis de Resultados</i>	73
CAPÍTULO V	89
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
CAPÍTULO VI	89
V PROPUESTA	94
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	103

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. <i>Muestra de los estudios seleccionados</i>	64
Cuadro 2. <i>Tipología metodológica de los estudios seleccionados</i>	67
Cuadro 3. <i>Definición y fisiopatología del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN)</i>	75
Cuadro 4. <i>Reconocimiento de los signos clínicos del SDRN</i>	76
Cuadro 5. <i>Valoración y monitoreo de parámetros vitales del SDRN</i>	77
Cuadro 6. <i>Cuidados básicos y vigilancia del neonato del SDRN</i>	78
Cuadro 7. <i>Elementos claves de los protocolos de atención para el SDRN</i>	79
Cuadro 8. <i>Factores de riesgo maternos del SDRN</i>	81
Cuadro 9. <i>Guías clínicas integradas en los estudios</i>	85
Cuadro 10. <i>Análisis y discusión de las brechas en conocimientos y práctica identificadas</i>	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Tipología de los documentos seleccionados.....</i>	72
Tabla 2. <i>Contribución de los estudios por objetivo específico.....</i>	73
Table 3. <i>Conocimientos esenciales.....</i>	74
Tabla 4. <i>Factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes.....</i>	80
Tabla 5. <i>Estructura y componentes de protocolos.....</i>	82
Tabla 6. <i>Elementos claves de los protocolos de atención para el SDRN.....</i>	85
Tabla 7. <i>Brechas en conocimientos y práctica identificadas.....</i>	87

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. <i>Tipología de los documentos seleccionados.....</i>	72
Gráfica 2. <i>Contribución de los estudios por objetivo específico.....</i>	73
Gráfica 3. <i>Conocimientos esenciales.....</i>	74
Gráfica 4. <i>Factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes... ..</i>	80
Gráfica 5. <i>Estructura y componentes de protocolos.....</i>	83
Gráfica 6. <i>Elementos claves de los protocolos de atención para el SDRN.....</i>	86
Gráfica 7. <i>Brechas en conocimientos y práctica identificadas.....</i>	87

RESUMEN

El estudio se realizó con el objetivo principal de analizar el conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN) a partir de la evidencia científica para la elaboración de una propuesta de protocolo de atención de enfermería aplicable a las Salas de neonatología. La metodología utilizada es de enfoque mixta específicamente en el diseño exploratorio secuencial derivativo (DEXPLOS), su naturaleza descriptiva, el estudio incorpora un componente de alcance explicativo. Esto se evidencia en la fase de análisis cualitativo en la identificación de los conocimientos esenciales de los profesionales de enfermería sobre las características clínicas basadas en la evidencia del manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal. La selección de los documentos se guio por los principios de la revisión integrativa de manera sistemática. La muestra documental corresponde a (10) estudios que cumplieron con los criterios de inclusión definidos. En los resultados se determinó que el conocimiento esencial de enfermería sobre el SDRN se centra en la valoración integral y continua del neonato, así como en la identificación y respuesta temprana a signos clínicos específicos. Basada en la evidencia científica se agrupó un conjunto de conocimientos para el diseño de un protocolo de atención de enfermería para recién nacidos con SDRN.

Palabras claves: Atención de enfermería, conocimiento, protocolo, Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal.

ABSTRACT

The study was conducted with the primary objective of analyzing fundamental nursing knowledge about Neonatal Respiratory Distress Syndrome (RNDS) based on scientific evidence to develop a proposed nursing care protocol applicable to the neonatology wards. The methodology employed a mixed-methods approach, specifically the sequential derivative exploratory design (DEXPLOS). While descriptive in nature, the study incorporates an explanatory component. This is evident in the qualitative analysis phase, which identified essential nursing knowledge regarding the evidence-based clinical characteristics of RNDS management. Document selection was guided by the principles of integrative review in a systematic manner. The sample consisted of ten (10) studies that met the defined inclusion criteria. The results indicate that essential nursing knowledge about RNDS focuses on the comprehensive and continuous assessment of the newborn, as well as the early identification of and response to specific clinical signs. Based on scientific evidence, a set of knowledge was compiled for the design of a nursing care protocol for newborns with SDRN.

Keywords: knowledge, protocol, Neonatal Respiratory Distress Syndrome. Nursing care,

INTRODUCCIÓN

Se estudia esta patología desafiante y usualmente presentada en las salas de neonatología. Su origen, vinculado primariamente a la falta de madurez pulmonar, por lo que exige una comprensión profunda e intervención temprana para mitigar sus graves consecuencias. En este contexto, la capacitación continua del profesional en el área de enfermería es un aspecto que debe abordarse, ya que la conducción adecuada no solo influye directamente en el neonato y su supervivencia, sino que también optimiza el uso de los recursos hospitalarios disponibles.

En los actuales momentos, la evolución tecnológica ha transformado los cuidados y la atención en las últimas décadas. Como ejemplo, lo que antes era una monitorización intermitente de signos vitales, ahora es un seguimiento seguro y continuo, posibilitado por el uso de ordenadores y otras tecnologías, permitiendo mediciones más exactas y fiables que son cruciales para el cuidado del neonato crítico. Este estudio surge de un requerimiento apremiante en las salas de neonatología en lo referente a la identificación, manejo y atención integral del neonato con SDR, incluyendo las complejidades de la monitorización avanzada.

A pesar de los desafíos inherentes al sistema de salud pública panameño, marcados por limitaciones en infraestructura y tecnología, al analizar la práctica de enfermería una vez que se profundice en la fisiopatología y las características clínicas del SDRN, se centrará la atención en la capacitación del personal, basada en la evidencia científica más reciente sobre el manejo de esta patología particularmente en neonatos.

Al indagar sobre conocimientos y habilidades prácticas, se espera contribuir principalmente a la mejora del servicio de atención y, consecuentemente, reducir la

morbilidad y mortalidad asociada al SDR en la población neonatal. En este sentido, analizar el conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN) a partir de la evidencia científica para la elaboración de una propuesta de protocolo de atención de enfermería aplicable a las salas de neonatología, constituye el pilar fundamental de esta investigación.

En este orden de ideas, el trabajo se estructuró en seis capítulos:

El primer capítulo presenta el marco introductorio, describiendo los antecedentes históricos y de investigación, el problema, la hipótesis y el alcance del estudio.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, incluyendo los fundamentos filosóficos de la enfermería, las teorías aplicadas y los aspectos fundamentales relacionados con el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN).

El tercer capítulo aborda el marco metodológico, describiendo el tipo y diseño del estudio, las fuentes y los criterios para la selección de documentos, así como las técnicas e instrumentos para la recolección y el análisis de datos.

El cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos, los cuales se analizan en detalle en relación con los objetivos planteados.

El quinto capítulo contiene conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, el sexto capítulo presenta protocolo de cuidados de enfermería propuesto para pacientes con SDRN, basado en la evidencia y los resultados del estudio, seguido de la bibliografía.

CAPÍTULO I

I. MARCO INTRODUCTORIO

I.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes del problema

El SDR neonatal es una afección cuya gravedad demanda un tratamiento urgente y oportuno, con un monitoreo cuidadoso de los signos vitales del paciente, prestando especial atención a los cambios y alteraciones que indiquen la evolución y progresión de la enfermedad. Además, deben considerarse las complicaciones que pueden derivar en un estado crítico y, en última instancia, la muerte (Cidraque et al., 2024).

Esta enfermedad es considerada de gran relevancia clínica, fue definida luego de varias décadas de estudios y avances importantes en investigaciones científicamente comprobadas, determinándose que en su origen existe un déficit mecánico de la acción ventilatoria o un déficit de oxígeno en la sangre, la combinación de estos factores desencadena síndrome de distrés respiratorio que puede como ha sucedido, ser fatal (Pinargote et al., 2022, p.481).

En pacientes neonatales, el equipo de enfermería que ofrece el cuidado requerido, el cual debe ser integral, por lo que la atención brindada por este personal, quien debe estar debidamente capacitado, es fundamental, siendo su impacto directo en cuanto a la evolución del paciente y está vinculada a una atención eficiente y eficaz, contribuyendo a una recuperación y mejoría con mayor rapidez, al proporcionar adecuadamente seguimiento del progreso clínico del paciente (Alcalá et al., 2024).

Paralelamente, las insuficiencias en el manejo del SDR neonatal ha impulsado la creación de guías clínicas específicas, utilizando el agente tensoactivo (surfactante)

pulmonar exógeno así como la ventilación mecánica invasiva como el procedimiento típico durante más de treinta años; no obstante, los avances recientes y la creciente sistematización de la ventilación no invasiva han modificado este enfoque, marcando un cambio en la experiencia hospitalaria actual para atender esta patología (Morales et al., 2016, p.168).

Cabe destacar el surgimiento de escalas para evaluar la respiración de un paciente, siendo la escala de Silverman y Anderson (1956) más utilizada y útil, como herramientas fundamentales que permiten identificar el problema a tiempo, medir su gravedad y observar la respuesta del paciente al cuidado, además de monitorear siempre alerta porque la salud del paciente puede deteriorarse de manera sutil, y una supervisión insuficiente podría llevarlo rápidamente a la fatiga extrema o incluso a un paro respiratorio, siendo por esto que la gasometría arterial se considera el método más fiable en el diagnóstico y evolución ante el estrés (Cheng et al., 2018, p. 4).

En los procesos patológicos del SDR Neonatal se comprende a nivel molecular como una afección respiratoria causada debido a falta de un agente tensoactivo pulmonar. Esta mezcla vital de grasas y proteínas impide el cierre de los alvéolos. La carencia se debe a la debilidad en el desarrollo o insuficiencia de neumocitos tipo II, es decir, células productoras del agente tensoactivo pulmonar. El fallo de estos componentes altera gravemente el intercambio de oxígeno, siendo esta la base molecular y las serias consecuencias del SDRN en el recién nacido (Rodríguez et al., 2024).

Al examinar diversos artículos vinculados con los términos de búsqueda de la investigación se seleccionaron algunos estudios previos. A continuación, se exponen los de mayor relevancia, siguiendo un criterio temporal:

Elías et al., (2020) realizaron un estudio en Guantánamo, Cuba, para abordar la escasez de información respecto a neonatos con SDRN y la dificultad para estimar su riesgo de mortalidad, específicamente sobre los factores relacionados con la mortalidad de esta condición. Su objetivo fue el diseño y validación de una escala de puntuación respecto a las variables de predicción de defunción en neonatos afectados en una sede de hospital Dr. Agostinho Neto, la metodología fue de análisis cuantitativo, con el universo de estudio 163 ingresos de neonatos en la UCIN con este caso de patología, se analizó un total de 52 variables sociodemográficas y escalas de gravedad en neonatos con distrés respiratorio de la UCIN de dicho hospital, el estudio logró la validación exitosamente del modelo predictivo, demostrando su elevada capacidad, aportando específicamente un instrumento inédito de estratificación de riesgo.

García et al., (2021), en su estudio presentado sobre los riesgos del Síndrome en neonatos al nacer, abordando el tema con el objetivo de diseñar una guía para especialistas y para el profesional que abarca el cuidado en el nacimiento de infantes con síndrome de distrés respiratorio a término o prematuros, su metodología consistió en una revisión de tipo documental que analizó las investigaciones existentes, entre los principales resultados, se destaca que el manejo del SDR requiere de una estricta coordinación interdisciplinaria que involucre médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, nutricionistas y farmacéuticos, con objetivos claros de atención desde el nacimiento. Como aporte a este estudio se destaca su sistematización de teoría fundamental para comprender las mejores prácticas en atención neonatal.

Otro estudio destacado llevado a cabo por Cárdenas (2020) en Nicaragua investigó el patrón clínico de la enfermedad (SDR) en 132 sujetos al nacer en un centro hospitalario de Managua. Este estudio descriptivo, transversal y observacional recolectó datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes a través de la revisión de sus expedientes. Los hallazgos revelaron que las principales causas de síndrome de distrés respiratorio en los recién nacidos fueron la neumonía y el síndrome de adaptación pulmonar. En cuanto al manejo terapéutico, el (81.8%) de los casos de neonatos fueron tratados con CPAP, mientras que el 10.6% (14 neonatos) requirieron ventilación mecánica. El estudio concluyó que el perfil clínico y la respuesta al tratamiento del SDR en esta población son corresponden con pautas médicas internacional, sugiriendo la importancia de continuar investigando sobre este tema.

Por su parte, Astudillo et al., (2021) centraron su investigación en pacientes pediátricos con el objetivo de presentar una guía para cuidados en el ámbito de enfermería que gestiona a nivel neonatal, utilizando una ruta que integra herramientas de evaluación (TEP) y el modelo ABCDE. Esta guía, orienta a los sujetos que se desempeñan en enfermería pediátrica (pacientes de 1 mes a 15 años) con insuficiencia respiratoria aguda, busca facilitar una evaluación y prevenir complicaciones, subrayando su función principal en la optimización de la atención efectiva, el instrumento principal es la ruta de enfermería, en conclusión, que busca optimizar la atención y prevenir complicaciones en pacientes pediátricos con insuficiencia respiratoria aguda.

Un estudio realizado en un hospital de Concha, Ecuador, Santos y Pineda (2022) principalmente analizaron la presencia y evolución en el SDRA en casos de ingreso de alta

urgencia, en su análisis se incluyó una muestra de 49 madres de neonatos prematuros, recolectando datos sociodemográficos, factores de riesgo maternos y características neonatales (género, edad gestacional, vía de nacimiento y peso). Entre sus hallazgos, se destacó que la mayoría de las madres provenían de estratos socioeconómicos bajos, con limitada escolaridad y empleo. Este estudio, por tanto, de manera relevante aporta nociones importantes sobre condiciones maternas más prevalentes vinculadas a las complicaciones neonatales.

I.2. Formulación del problema

I.2.1. Planteamiento del Problema

Según estadísticas publicadas por la prestigiosa OMS, 2,5 millones de bebés murieron durante el primer mes de vida; el 40% de estas muertes ocurrieron el primer día y más del 70% en los primeros siete días. En los países del continente americano, específicamente en la zona del Mar Caribe, aproximadamente el 50% de la mortalidad se produce en niños en etapa neonatal, ya que ocurre en un período no mayor a 28 días (Organización Mundial de la Salud, 2017, citado por Santos y Pineda, 2022, p. 9).

La supervivencia infantil al nacer es una preocupación debido a la vulnerabilidad, según información de que aproximadamente dos millones de casos murieron en esta etapa en el año 2022. Estas estadísticas subrayan la necesidad vital de brindar atención adecuada tanto a los recién nacidos como a las madres, ofreciendo servicios de salud de calidad en unidades de atención materno infantil (Organización Mundial de la Salud, 2024, p. 1).

Según Pinargote et al., (2022), esta enfermedad respiratoria tiene una alta prevalencia en los infantes a los pocos días de nacidos, por lo que su condición es de gran preocupación, ya que es una de las situaciones que generalmente se presenta en el contexto de la salud en los niños que nacen en condiciones de prematuros, debido a que sus pulmones necesitan madurar completamente y por tanto deben cuidarse especialmente.

El concepto de distrés en el contexto médico, particularmente en el sistema respiratorio, posee una trayectoria histórica claramente establecida durante la historia y evolución de la medicina, pero fue en el siglo XX que se conceptualizó como la patología que representa un riesgo de muerte o de daño a órganos vitales por lo que requiere intervención inmediata para revertir la situación del paciente, caracterizado en 1967 por Ashbaugh y Petty, quienes delinearon sus manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos y aspectos histopatológicos, introduciendo así el término de Distrés (Bustamante et al., 2020, p.2).

En el año 1994, la Conferencia de Consenso Americano-Europeo (AECC) estableció la primera definición estandarizada para el SDRA y la Lesión Pulmonar Aguda (LPA). Esta incluyó el comienzo súbito, infiltrados bilaterales en las radiografías de tórax y una relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ específica, un parámetro esencial para evaluar la oxigenación. Más tarde, en 2012, se introdujo la Definición de Berlín, actualmente en uso. Esta revisión tuvo como meta superar las limitaciones de la AECC, buscando refinar el diagnóstico del SDRA y promover activamente la implementación de estrategias de ventilación protectora, lo que representó un avance crucial en la gestión de esta compleja condición respiratoria (Carrillo et al., 2018).

Moreno et al., (2020) detallan la evolución del SDRA, descrito en 1967 como lesión pulmonar con hipoxemia. El estudio LUNGSAFE (2014) reveló una incidencia del 10.4% en UCIs y una mortalidad hospitalaria del 40%, superior a lo previsto por Berlín y directamente relacionada con la severidad. La patología, a menudo subdiagnosticada, progresa en fases y sus criterios han evolucionado del AECC (1994) a los actuales de Berlín (2012), buscando un mejor manejo.

En todo el mundo se atienden hasta 13 recién nacidos por cada 100.000 habitantes, con un aumento del 30% en los últimos años. Estas cantidades se refiere a la frecuencia con la que aparecen nuevos casos de la enfermedad en bebés durante sus primeros 28 días de vida. Es preocupante el aumento significativo de afectadas, llegando a este porcentaje, que se produce en un contexto de avance científico y de tratamientos que han evolucionado, sigue siendo una enfermedad altamente letal que condiciona el entorno sanitario tras la maternidad (Loor et al., 2022, p. 95)

Los datos de la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2024) sobre los orígenes importantes de la mortalidad neonatal que describen (prematuridad, asfixia, infecciones) son precisamente las condiciones que desencadenan el distrés en el recién nacido, y los factores de riesgo que mencionan son indicadores claros de que un recién nacido está experimentando distrés y necesita atención urgente. La OMS subraya la necesidad de una atención y disposición especializada para reducir estas muertes.

En los niños cuyo nacimiento se produce de forma prematura, “el síndrome de distrés respiratorio o enfermedad de la membrana hialina constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatales, por lo que el Distrés como enfermedad afecta a los

infantes hasta que hace que fallezcan, es una patología neonatal común y grave cuanto menor es la edad gestacional, el problema a nivel de las cavidades pulmonares tras cada respiración, la derivación se describe como una respiración difícil y poco eficiente (Mera et al., 2021, p.135).

I.2.2. Formulación:

La intervención de enfermería es primordial y constante en esta patología del SDRN en las salas de neonatología. A pesar de los protocolos, valoraciones clínicas y la pericia profesional en enfermería son fundamentales para adaptar el soporte ventilatorio y el cuidado a cada caso, exigiendo supervisión ininterrumpida. La detección y el manejo temprano de complicaciones asociadas a la prematuridad y comorbilidades, responsabilidad clave de enfermería, impactan significativamente el pronóstico de estos pacientes.

¿Cuál es el conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN) a partir de la evidencia científica para la elaboración de una propuesta de protocolo de atención de enfermería aplicable a las salas de neonatología?

A partir del análisis del problema central, emergen los siguientes subproblemas de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos esenciales de los profesionales de enfermería sobre las características clínicas del manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal?

¿Qué conocimiento poseen los profesionales de enfermería respecto a los factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes asociadas al Síndrome de Distrés Respiratorio?

¿Cuáles son los elementos claves para estructurar protocolos de atención para el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal, conforme a guías clínicas de referencia nacional e internacional?

¿Cómo diseñar una propuesta de Protocolo de Atención de Enfermería, que integre el conocimiento fundamental y las mejores prácticas, para su uso potencial en las salas de neonatología?

1.2.3. Hipótesis:

El sistema de hipótesis que se someterá a comprobación se presenta en los siguientes términos:

Hipótesis alternativa (Hi): El análisis sistemático del conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN), sustentado en la evidencia científica, es suficiente para elaborar de una propuesta de protocolo de atención pertinente y aplicable a las salas de neonatología.

Hipótesis nula (Ho): El análisis sistemático del conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN), sustentado en la

evidencia científica, no es suficiente para la elaboración de una propuesta de protocolo de atención pertinente y aplicable a las salas de neonatología.

1.3. Limitación y Delimitación

1.3.1. Limitaciones:

Las restricciones en la realización de la investigación, precisan la limitación en el alcance, que se ve directamente afectada porque es limitado el tiempo debido al ajustado período para las formalidades de los permisos para la recolección de datos. Otro reto es el escaso sustento bibliográfico a nivel nacional, así como la limitada cantidad de estudios internacionales sobre el tema, lo que dificulta la comparación de resultados y por el tamaño de la muestra documental. Finalmente, el corto período de tiempo de análisis (2020-2025), si bien garantiza la actualidad, condiciona la cantidad total de fuentes disponibles para un análisis exhaustivo.

1.3.2. Delimitación del problema

La investigación en su delimitación de contenido temático se circunscribe al conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN). Específicamente sobre conocimientos esenciales, conocimientos de factores de riesgo y sobre estructura de protocolos de atención.

La delimitación metodológica se limita a la revisión sistemática e integrativa de la literatura, se excluyó la recolección de datos con el personal o cualquiera recolección de datos primarios en las salas de neonatología.

Por lo tanto, se delimita como una investigación de tipo documental de revisión integrativa de la literatura, con el propósito principal de analizar el conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN) a partir de la evidencia científica para la elaboración de una propuesta de protocolo de atención de enfermería aplicable a las salas de neonatología.

La investigación se centra en el período comprendido entre los años 2020 y 2025, el estudio documental con una exploración de las investigaciones publicadas de fuentes científicas de sistemas de gestión académica, con el fin de asegurar la vigencia de los resultados sobre el conocimiento actual del tema y de las mejores prácticas clínicas.

1.4. Justificación

1.4.1. Importancia, beneficios, impacto, viabilidad

Importancia:

El síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN) es la afectación patológica pulmonar potencialmente mortal más común en bebés prematuros. Su estudio es importante porque se encuentra entre las principales afectaciones de salud grave y muerte en neonatos. Estos bebés nacen con pulmones inmaduros y presentan debilidades o deficiencias físicas o funcionales que les impiden respirar adecuadamente y los ponen en alto riesgo.

Específicamente, en el ámbito de la enfermería se busca apoyar al personal que labora en las salas de neonatología para que aumenten sus conocimientos sobre el síndrome de distrés respiratorio neonatal, brindando un protocolo de atención adecuado. Esto permitirá que la atención sea más eficiente, apropiada y eficaz, minimizando complicaciones y previniendo la mortalidad neonatal.

Beneficios:

Este estudio aportará conocimientos valiosos al personal de enfermería de las salas de neonatología, facilitando la identificación temprana de las características clínicas del síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR) y optimizando la atención neonatal. El personal tendrá acceso a herramientas educativas específicas para el diagnóstico y manejo del síndrome, lo que redundará en un mejor pronóstico de salud para los recién nacidos, un manejo más eficaz del SDR y una mayor calidad asistencial.

Impacto:

Impacto académico científico: Este estudio representa una contribución de nociones específicas sobre protocolos para una patología frecuente, sobre la cual no existen estudios ni datos locales documentados. Fortalecerá el conocimiento del personal, además esta investigación sentará las bases para la recopilación sistemática de información y futuras investigaciones, facilitando una mejor comprensión epidemiológica y el manejo clínico de este síndrome dentro de las salas de neonatología.

Impacto económico: Contribuirá la investigación con valiosas nociones aplicables para mejorar la atención a los pacientes neonatos con distrés respiratorio. Esto se logrará mediante el aporte de un protocolo de atención para el síndrome de distrés respiratorio, en las salas se traducirá en menores costos, siendo fundamental para evitar complicaciones que, de otro modo, prolongarían la estancia hospitalaria de los pacientes y, consecuentemente, generarían mayores gastos.

Viabilidad: La factibilidad de este estudio se fundamenta en la aprobación y respaldo institucional del personal de docencia y jefatura de enfermería. lo que permitirá que los resultados de la investigación sean implementados de manera práctica para capacitar y actualizar al personal de enfermería, promoviendo así la mejora continua en su conocimiento sobre el tema.

1.4.2. Aporte

El aporte que se pretende en esta investigación será una guía de protocolo para la atención de pacientes con síndrome de distrés respiratorio neonatal. La creación de este protocolo de intervención garantizará que el personal de enfermería se concentre en cada paso necesario, asegurándose de no omitir ningún criterio que pueda perjudicar la salud del paciente. Esto minimizará el riesgo de errores por desconocimiento. En otras palabras, el protocolo presentado al personal de enfermería les proporcionará una base sólida para desarrollar su capacidad y les ayudará a ser más eficientes y eficaces, y a responder mejor ante situaciones similares.

Novedad: Esta investigación presenta un protocolo de atención de autoaprendizaje que integra conceptos científicos y lineamientos de atención de referencia del Hospital Infantil José Renan Esquivel con su normatividad, beneficiando a todos los pacientes atendidos en las salas de neonatología, al aplicar por primera vez el protocolo diseñado.

Generalización: El aporte del protocolo de atención puede ser aplicable para todos los pacientes neonatos, ya que estaría al alcance de todos los funcionarios de enfermería.

Validez: El protocolo es un instrumento que ayudará a ampliar los conocimientos del personal de enfermería respecto al síndrome de distrés respiratorio neonatal. Será válido al estar basado en los lineamientos y normas del hospital del niño, sometido además a la revisión de expertos para garantizar que contribuya a brindar una mejor atención a los pacientes.

Factibilidad: Este estudio puede llevarse a cabo, es factible, se sustenta en normas establecidas por el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel de Panamá.

Pertinencia: Es importante que las autoridades aprueben la realización de este estudio ya que el síndrome de distrés respiratorio afecta a un gran número de recién nacidos, estas normas y guías ayudarán a capacitar el personal para una atención oportuna y cuidado de los pacientes que así lo necesitan.

Aplicabilidad: El propósito del protocolo será específicamente presentarlo para que sea valorado e implementado una vez validado para el manejo de pacientes con síndrome de distrés respiratorio y capacitar al personal en su correcta aplicación.

Originalidad: Es innovador ya que en particular los docentes en enfermería no cuentan con un protocolo de atención por lo tanto el personal lo desconoce. Nuestra finalidad es realizar capacitación, para tener un personal que brinde una atención de calidad y oportuna.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Analizar el conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN) a partir de la evidencia científica para la elaboración de una propuesta de protocolo de atención de enfermería aplicable a las salas de neonatología.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar a partir de la literatura los conocimientos esenciales de los profesionales de enfermería sobre las características clínicas basadas en la evidencia del manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal.
- Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los factores de riesgo materno-fetales y neonatales basadas en la literatura asociada al manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal.

- Estructurar los elementos claves de los protocolos de atención para el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal, conforme a guías clínicas de referencia nacional e internacional.
- Diseñar una propuesta de Protocolo de Atención de Enfermería, que integre el conocimiento fundamental y las mejores prácticas, para su uso potencial en las salas de neonatología.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes histórico.

2.2. Antecedentes investigativos

Se revisaron artículos vinculados con los descriptores de investigación en diferentes portales científicos y, tras aplicar la lectura crítica CASPE, se seleccionó los artículos que se describen a continuación:

En un primer estudio, Ruiz (2024) presentó en España acerca de los cuidados de enfermería en el distrés, enfatiza en adaptaciones al ambiente, el enfoque principal debe ser ajustar el entorno de la UCIN con el propósito de reducir consecuencias negativas y favorecer la adaptación del neonato prematuro en esta unidad de cuidados, una metodología de análisis documental, los resultados indicaron que el 51% de los neonatos con la técnica de ventilación CPAP. Asimismo, en cuanto a las medidas generales, las investigaciones revisadas reportaron que el uso de nutrición parenteral total (NPT) mostró un aumento significativo, alcanzando el 74.7% con protocolos de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y el monitoreo constante del estado respiratorio siguiendo las pautas de normas europeas.

Del Amo (2021) analizó el tema en España mediante una investigación cualitativa que analizó las implicaciones del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal neonatal, sus características y perfil de cuidado en el área de enfermería, la participación de padres en su cuidado y vigilancia en los procesos de la medicación, además promueve la oxigenación. Concluyendo que los pacientes con este síndrome requieren un procedimiento de atención que combine el tratamiento con fármacos y la atención de pautas en la enfermería,

considerando el esquema respiratorio, además de las dificultades propias de la prematuridad, y que deben integrar a los padres en el cuidado de sus hijos.

El estudio de Palacios y Ochoa (2020) en Ecuador incluyó elementos del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal neonatal y los factores que lo alteran, lo cual tiene un alto impacto en la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos, pero también genera altos costos materiales, recursos laborales y personal profesional en el área, lo que se traduce en hospitalizaciones prolongadas. En este contexto, se enfatiza las necesidades personales de los profesionales, basándose en sus esfuerzos por detectar tempranamente los factores de riesgo, siguiendo una función de enfermería proactiva que abarca desde la evaluación integral y la educación de las futuras madres para promover la adherencia a la atención prenatal y un parto óptimo, hasta la intervención durante todo el proceso de atención.

La propuesta de Palacios y Ochoa (2020) resalta la visión holística que la enfermería puede aportar a la salud reproductiva. Al considerar la promoción del parto natural, el fortalecimiento de la atención obstétrica y el adecuado equipamiento neonatal, se subraya el compromiso de la disciplina de poner en implementación oportuna las estrategias preventivas a lo largo de todo el continuo de la maternidad. Esto posiciona a los profesionales de enfermería en un rol estratégico para influir positivamente en los resultados neonatales, mitigando la necesidad de intervenciones complejas y reduciendo la morbilidad asociada al SDR desde sus raíces.

El estudio realizado por Alejo (2020) en Bolivia es un antecedente investigativo de particular relevancia para el campo de la enfermería, específicamente en el contexto del SDR, por varias razones: La investigación tuvo como objetivo determinar el correcto

desempeño práctico de los sujetos de enfermería proporcionados en el servicio de urgencias, específicamente en la especialización de tratamientos y cuidados. Su relevancia radica en que evaluó directamente la práctica de enfermería, identificando características del personal, como que un 50% tenía menos de un año de experiencia, lo cual es crucial para la experticia en el manejo de casos complejos.

Además, el estudio reveló evolución positiva general del paciente y la bioseguridad en el contexto del SDR, donde las calificaciones estuvieron por debajo del 50%. Aunque se observó cumplimiento en los pasos iniciales y finales de los procedimientos, se identificaron deficiencias en aspectos específicos del cuidado general, como la lubricación de la piel. Estas conclusiones son vitales, ya que llevaron a recomendar la elaboración de planes y programas de formación dirigidos en particular las enfermeras del área para desempeñarse en estas insuficiencias de conocimiento y verificar prácticas esenciales, lo que subraya la importancia de optimizar los procedimientos de cuidados.

Ríos et al., (2019) presentaron un artículo sobre la atención de mujeres embarazadas indígenas de un grupo étnico, de tiempo de 32 semanas o más y en edad adulta. El estudio encontró que las mujeres embarazadas de esta etnia presentan un inicio tardío de los controles prenatales, debido a dificultades en la prestación de servicios o el acceso a la atención médica, problemas económicos y resistencia a la realización de pruebas de laboratorio y la toma de citología cervical por temor, ya que no tienen clara su importancia. Los resultados del estudio también muestran que las mujeres embarazadas indígenas mantienen algunas tradiciones, recurriendo a parteras para casos específicos de problemas durante el embarazo.

Esta teoría es aplicable al estudio como un aporte, ya que conocer las prácticas, creencias culturales y religiosas de las mujeres embarazadas nos permite identificar posibles problemas en ellas y, de esta manera, poder ayudar con su atención y prevenir aquellos factores que pueden afectar al feto y causar partos prematuros, que es uno de los principales factores del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal neonatal.

Arnao (2022) desarrolló un estudio de caso clínico único en un hospital de Lima, centrado en la aplicación de un proceso formal en el ámbito de la enfermería pediátrica con niños prematuros que presentan complicaciones del síndrome de distrés y daño hialino. Este síndrome se define como una patología que afecta a los recién nacidos debido a la inmadurez del desarrollo pulmonar, por lo que el objetivo integral de la atención de enfermería es promover la recuperación del paciente. Para la evaluación, se utilizó la guía de patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando seis patrones alterados que guiaron el diagnóstico y la planificación de la atención.

Durante la fase de diagnóstico, se establecieron seis diagnósticos formales, y la planificación y ejecución de las intervenciones se basaron en la taxonomía NIC validada, implementando con éxito la mayoría de las actividades del programa. La evaluación final mostró una mejora significativa en los indicadores de salud neonatal, reflejada en evaluaciones positivas tras las intervenciones. Este estudio demuestra que la estructuración de los procedimientos de enfermería contribuye eficazmente a la recuperación progresiva de los recién nacidos prematuros con Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal, permitiendo una atención integral de sus necesidades específicas y optimizando los

resultados clínicos. Por lo tanto, se enfatiza la enfermería como un pilar esencial en el manejo de los recién nacidos con esta afección.

Así mismo, Costales (2024) realizado en Perú, que analizó retrospectivamente 189 historias de casos clínicos de síndrome de distrés respiratorio, se relaciona directamente con la enfermería en varios aspectos clave. En primer lugar, al identificar que la generalidad de casos fueron precoces tardíos (entre 34 a 36 semanas), alto porcentaje de cesáreas, niños de bajo peso en el nacimiento, por lo que en enfermería el profesional capacitado, es el que está preparado para brindar atención especializada a esta población vulnerable, adaptando las intervenciones a sus características clínicas específicas. Además, el hallazgo de que solo un pequeño porcentaje recibió tratamiento completo con maduración pulmonar prenatal resalta la importancia del rol preventivo y educativo de enfermería en la atención materna, promoviendo la adherencia a protocolos que optimizan la salud neonatal.

En la práctica clínica, la enfermería es fundamental para la vigilancia continua del neonato, la administración adecuada de terapias respiratorias y el manejo de complicaciones derivadas del SDR, especialmente en prematuros vulnerables de riesgos identificados en este estudio. Asimismo, el personal de enfermería contribuye a la coordinación interdisciplinaria para asegurar que los neonatos reciban tratamientos oportunos y completos, incluyendo la administración de surfactante y soporte ventilatorio. Por tanto, este estudio apoya a la formación y protocolos de enfermería para mejorar la cobertura y calidad de las intervenciones preventivas y terapéuticas en la atención materno-neonatal.

Saritama et al., (2023) evaluaron que una formación adecuada para que el personal de enfermería pueda realizar una valoración clínica precisa y aplicar intervenciones

oportunas que mejoren la evolución clínica y disminuyan la mortalidad neonatal. Esto subraya la necesidad de fortalecer la educación y capacitación en cuidados respiratorios neonatales así como la actualización de sus nociones en el cuidado de los pacientes con este síndrome.

Sandoval (2018) realiza una revisión exhaustiva sobre esta patología (Distrés) en neonatos, destacando la evolución en el conocimiento de su fisiopatología y los avances terapéuticos que han mejorado la supervivencia neonatal. Este conocimiento es esencial para el personal de enfermería, ya que fundamenta las intervenciones clínicas dirigidas al manejo respiratorio, la monitorización continua y la prevención de complicaciones en neonatos afectados. Además, resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario donde la enfermería juega un rol clave en la atención integral y en la educación a las familias para mejorar los resultados en salud neonatal.

2.3. Fundamento teórico

II.3.1. Bases Filosóficas y de Gestión del Cuidado de Enfermería

II.3.1.1. Enfermería como Ciencia Práctica Humanística

Enfermería desde la perspectiva principal de la ciencia práctica humanística, es la dualidad de elementos esenciales para ofrecer una atención verdaderamente humanizada. Para lograrlo, el personal de enfermería debe combinar sus habilidades, destrezas y conocimientos científicos, siempre conscientes de que trabajan con individuos que merecen

afecto, amor, dedicación y comprensión y todo el compromiso que apoye los valores y principios de la atención humanizada (Gutiérrez y Gallard, 2020, p.133).

La psicología es clave para el las salud emocional del neonato y su familia. Por eso, la colaboración entre la psicología y la enfermería en la atención neonatal es esencial para reducir el malestar y fomentar dicho bienestar. Es necesario que el personal de enfermería, logre iniciar un diálogo efectivo con los familiares para entender sus inquietudes y esperanzas, lo que permitirá una atención más completa y sensible (Chinchay, 2016).

II.3.1.2. Teoría Transcultural de Madeleine Leininger

El referente teórico del estudio se centra en varias teorías que a grandes rasgos, se inicia con la descripción de una teoría o perspectiva que resalta la importancia de la cultura en la salud y los cuidados, la teoría transcultural, que se distingue por su relación con el Modelo del Sol Naciente, que describe a las personas profundamente ligadas a su origen cultural y a su estructura social, y esto moldea su forma de ver el mundo, su percepción de la enfermedad y lo que consideran un buen cuidado. La teoría transcultural fue desarrollada principalmente por la enfermera Madeleine Leininger, sostiene que la cultura de una persona es fundamental para entender su salud y sus necesidades de cuidado. No se puede brindar una atención efectiva si se ignora el trasfondo cultural del paciente. (Ríos et al., 2019, p. 11).

Este enfoque examina varios componentes clave de la vida de un individuo y su comunidad. Se analiza la cultura, prestando atención a las costumbres y tradiciones; las creencias, para entender los valores y hábitos personales; y la familia, con el fin de conocer

la estructura que rodea al paciente. Además, se consideran factores socioeconómicos críticos como la economía, evaluando indicadores de desempleo o pobreza, y la educación, analizando la falta de orientación o el analfabetismo. La información sobre todos estos aspectos se recopila sistemáticamente a través de la observación, la encuesta y el diálogo, permitiendo al profesional de enfermería obtener una visión integral para el cuidado (Sánchez et al., 2017, p. 39).

La teoría de Leininger tiene consistencia teórica y capacidad de contribuir a la práctica, la ciencia y la profesión de enfermería en diferentes contextos de trabajo para lograr un cuidado guiado cultural y congruentemente, por lo que basó la teoría transcultural en su experiencia como enfermera, e incluso profundizó sus estudios de antropología para perfeccionarla, su valioso aporte permitió posible explicar y predecir un fenómeno relacionado con la competencia cultural en el proceso de atención, traduciendo así el conocimiento teórico (Silva et al., 2023).

Refiere Betancurth et al., (2023) que “Leininger rescata el respeto por los saberes populares a través de una valoración clínica y coherente con la cultura” (p.3). Se enfatiza la importancia de las prácticas y los conocimientos culturales, así como del diálogo grupal; su incorporación a la práctica enfermera se considera un aspecto indispensable de los sistemas de atención de enfermería. Para brindar una atención verdaderamente humana y eficaz, el profesional debe escuchar al paciente para adaptar la atención y las prácticas asistenciales de forma que sean coherentes con sus valores y cultura, a la vez que cumplen los objetivos médicos.

Premisas

Derivado de la revisión de aspectos fundamentales que destaca la Teoría de la Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger se precisan de Mairal et al., (2021), que la interacción entre cuidado, cultura y salud, son la base de sus premisas:

El cuidado centra la acción de la enfermería, fundamental para el bienestar, la salud, la supervivencia y para enfrentar enfermedades, discapacidades o muerte.

Las expresiones, patrones y prácticas de cuidado son culturalmente diversas, es decir, varían según las distintas culturas, aunque también existen aspectos universales en el cuidado.

La cultura influye internamente condicionando la percepción personal, los sujetos experimentan y reaccionan ante la salud y la enfermedad, así como en sus necesidades y expectativas de cuidado.

Para brindar cuidados de enfermería efectivos y significativos, es indispensable que estos sean culturalmente congruentes, respetando y adaptándose a las concepciones y prácticas socioculturales del paciente.

El ser humano debe ser considerado como un ente integral inseparable de su cultura, estructura social y cosmovisión, aspecto visualizado en el “Modelo del Sol Naciente” de Leininger.

La teoría fundamenta la práctica enfermera en el conocimiento etnológico y antropológico, promoviendo el uso de métodos cualitativos para entender el contexto cultural y proporcionar cuidados adecuados y respetuosos.

Estas premisas subrayan la necesidad de que la enfermería trascienda el modelo biomédico tradicional, incorporando un enfoque holístico y culturalmente sensible, pensando en optimizar la salud y bienestar del paciente.

II.3.1.3. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

- La teoría del déficit de autocuidado

Según Naranjo et al., (2017) “establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem” (p.4). Esta perspectiva teórica, el cuidado se organiza en una jerarquía que depende del nivel de autonomía del individuo, se parte de que los infantes tienen una dependencia total para de forma individual y autónoma gestionar y desempeñarse a realizar las actividades diarias en sus necesidades básicas. Esta falta de habilidad traslada por completo la responsabilidad a los padres o a la persona a cargo, quienes actúan como los principales agentes de cuidado.

La intervención de un profesional de enfermería solo es necesaria en una situación específica: cuando la capacidad de los cuidadores se ve desbordada por las exigencias del cuidado del niño. Es entonces cuando el equipo de enfermería interviene para cubrir la

carencia de autocuidado que ni el niño ni sus padres pueden abordar por sí solos. En el campo de la salud el personal debe estar preparados para actuar con ética profesional y demostrar, en la práctica, la mejor aplicación de la tecnología, independientemente de los resultados (De Arco y Suarez, 2018).

Entre las premisas se sintetizan en: La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem establece que el autocuidado es una habilidad aprendida y necesaria para mantenerse saludable. Normalmente, el individuo es responsables de su propio cuidado, pero cuando una enfermedad u otra condición limita esa capacidad y las demandas de autocuidado superan lo que pueden hacer, surge un déficit que requiere la intervención de enfermería (Naranjo, 2017).

II.3.1.4. El Sistema Social y las Directrices Globales de Salud

En el estudio se conforma se abordan conceptos y teorías fundamentales sobre el distrés neonatal y su cuidado por el personal de enfermería, partiendo de la interacción del sistema social y los diversos componentes que influye directamente en el cuidado de salud, incluyendo el neonatal, donde el entorno familiar y social del recién nacido con riesgo psicosocial requiere un seguimiento continuo y multidisciplinar.

Según Moreno (2019), en las ciencias sociales, un sistema social implica una coexistencia formalmente estructurada. Siempre existe un orden mínimo, y los individuos actúan y tienen conductas apropiadas internamente en el ámbito del sistema social, que cada persona percibe con distinta claridad. El sistema social se encarga de observar el desarrollo

del sujeto en los diferentes períodos de su vida, reconociendo la importancia de la cultura, los ritos y los cultos en la formación de cada persona (p.11).

Para la Organización Mundial de la Salud el sistema engloba todas las organizaciones, así como instituciones que comprende un conjunto de entidades públicas de la salud, privadas e informales. Sus ocupaciones primordiales se centran en la prestación de cuidados y atención de emergencia, administración y la gestión económica a través de la infraestructura local existente para brindar atención médica. El objetivo es prevenir enfermedades y proporcionar atención clínica a la población (Paredes, 2016, p.1).

En este contexto, la educación es esencial para capacitar al personal de enfermería y empoderar a las familias, enseñándoles sobre el cuidado y cuándo buscar atención. Las organizaciones del campo de la salud deben efectuar actividades formativas para estimular el crecimiento de su personal, de modo que puedan satisfacer las demandas de los avances técnicos y, principalmente, servir a los seres humanos en su vocación de crear, crecer, producir y disfrutar del trabajo (Ríos y Mosca, 2021).

La promoción de la salud materna y neonatal en la atención posnatal debe priorizar la calidad sobre la cobertura, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el enfoque de derechos humanos. Promueve una experiencia posnatal positiva, donde las madres, los recién nacidos y las familias reciben información y apoyo de calidad por parte de profesionales capacitados, dentro de un sistema de salud que respeta sus especificidades culturales y proporciona los recursos adecuados. Las directrices actuales ofrecen directrices integrales para una atención posnatal rutinaria, esencial y de calidad,

aplicables en cualquier entorno y con cualquier recurso (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2022).

II.3.2. Fundamentos Teóricos del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal

II.3.2.1. Definición del SDRN

El Síndrome de distrés respiratorio se trata de la condición o afección causada por varios factores que resulta en una respiración defectuosa, comprometiendo la forma en que el cuerpo absorbe oxígeno y expulsa dióxido de carbono, describiendo una patología neonatal (Mera et al., 2021, p.144).

II.3.2.2. Fisiopatología y Características del SDRN

En cuanto a la inmadurez del centro respiratorio, según Barrantes et al., (2023), “se encuentra directamente vinculado a la inmadurez del desarrollo en la producción de factor surfactante” (p.2). En el contexto de la práctica enfermera, comprender la inmadurez del centro respiratorio es crucial para una monitorización eficaz y la implementación de intervenciones adecuadas. Esto incluye la observación cuidadosa del patrón respiratorio, la detección temprana de apneas, el manejo térmico, el posicionamiento óptimo y la minimización de estímulos estresantes, todo ello con el objetivo de apoyar la función respiratoria hasta que el centro madure lo suficiente.

II.3.2.3. Factores de Riesgo del SDRN y Complicaciones más frecuentes

Específicamente, en se presentan los factores de riesgo maternos y neonatales

- Prematuridad:

Según Herrigues y Morrissey (2014, citado por García et al., 2021) señala “se observa en bebés nacidos antes de 37 a 39 semanas. Cuanto menos desarrollados estén los pulmones, mayor será la probabilidad de presentar el síndrome” (p.174). Indica que el síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR) es menos frecuente en recién nacidos a término, es decir, aquellos nacidos a las 39 semanas de gestación.

Por su parte, Cárdenas (2020) refiere que “se observa principalmente en bebés prematuros debido a una deficiencia de surfactante en los pulmones” (p.8). El SDRN es más frecuente en recién nacidos prematuros, ya que el sistema de producción de surfactante se desarrolla por completo alrededor de las 34-36 semanas de gestación; por lo tanto, el desarrollo del neonato aún no está completo y, en este nivel de maduración pulmonar, representa una debilidad.

Santos y Pineda (2022) describen que “principalmente se presenta en aquellos niños cuyos pulmones no se han desarrollado totalmente por falta de una sustancia llamada surfactante, la cual permite que los pulmones se inflen con aire e impide que los alveolos colapsen” (p.9). Esta función se ve afectada y desencadena complicaciones que llegan a provocar el colapso de los alvéolos, lo que conlleva patologías asociadas.

- Bajo peso al nacer

Según Palacios y Ochoa (2020) “el peso bajo es un factor que ha sido ampliamente asociado a la presencia de SDR, sin embargo considerando que tanto el exceso como la deficiencia notoria en el peso pueden generar dificultad respiratoria” (p.5). Por lo tanto, constituye otro factor de riesgo debido a las complicaciones metabólicas y fisiológicas asociadas con esta condición de deficiencias en la función respiratoria debido a la inmadurez estructural del pulmón, lo que conduce a una deficiencia de surfactante.

- Parto por cesárea

Cárdenas (2023) señala como un hecho relevante que la cesárea programada relaciona su riesgo de síndrome de dificultad respiratoria neonatal con una incidencia mayor que la de los partos normales; esto significa que el trabajo que se realiza en el trabajo de parto con la adaptación del neonato a la vida extrauterina mediada por un conjunto de sustancias adaptativas se reemplaza por un nivel de sufrimiento relativo al parto por cesárea.

- Madre diabética / descontrol metabólico

Astudillo et al., (2021) señala “enfermedades crónicas: procesos asmáticos, diabetes, cardiopatías congénitas, enfermedades renales, fibrosis quística entre otras” (p.170). En concreto, los autores refieren a la diabetes en la madre como un factor de riesgo no modificables.

Por lo tanto, es presentada como un factor de riesgo, condicionante para parto prematuro, siendo la tasa en este sentido mayor, se ubica en cinco veces más alta que las madres embarazadas sin diabetes. Lo que se debe establecer en estos casos es llevar un

control prenatal adecuado de lo contrario se puede producir un retraso en la maduración pulmonar (Rodríguez, et al., 2022, p.1).

- Rotura prematura de membranas (RPM)

Según Vargas et al., (2024) “los factores de riesgo adicionales relacionados con RPM pretérmino son similares a los observados con el parto prematuro espontáneo” (p.60). Lo que puede explicarse como una relación estrechamente directa con la prematuridad y correspondientemente los riesgos de presentar síndrome de distrés respiratorio neonatal aumenta por esta condición.

- Infección perinatal/sepsis

Salcedo (2019) señala que “las infecciones prenatales son las que padeciéndolas la madre (clínica o subclínicamente) durante el embarazo, se transmiten al embrión o al feto por vía transplacentaria” (p.1). Entre las infecciones que afectan a los recién nacidos se encuentran las de las vías respiratorias superiores, que pueden evolucionar a sepsis neonatal (infección sistémica).

- Embarazo múltiple

El Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona (2021) refiere “complicaciones fetales - asociadas a la prematuridad: es la complicación más frecuente de las gestaciones múltiples. es debida a diversos mecanismos fisiopatológicos entre ellos la sobredistensión uterina” (p.2). Por lo expuesto se determina como un factor de riesgo asociado a la

prematuridad y en correspondencia a la patología del síndrome de distrés respiratorio neonatal.

- Preeclampsia e hipertensión

Carrión et al., (2022) señala que “La hipertensión gestacional se define como la hipertensión de nueva aparición sin proteinuria después de las 20 semanas de gestación que desaparece antes de las 12 semanas posparto (3, 26, 33).” (p.245). Esta definición describe que no solo representa un riesgo para la madre, sino que también puede transmitirse al bebé, ya que puede provocar inmadurez y todas las complicaciones asociadas al síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

- Antecedentes familiares

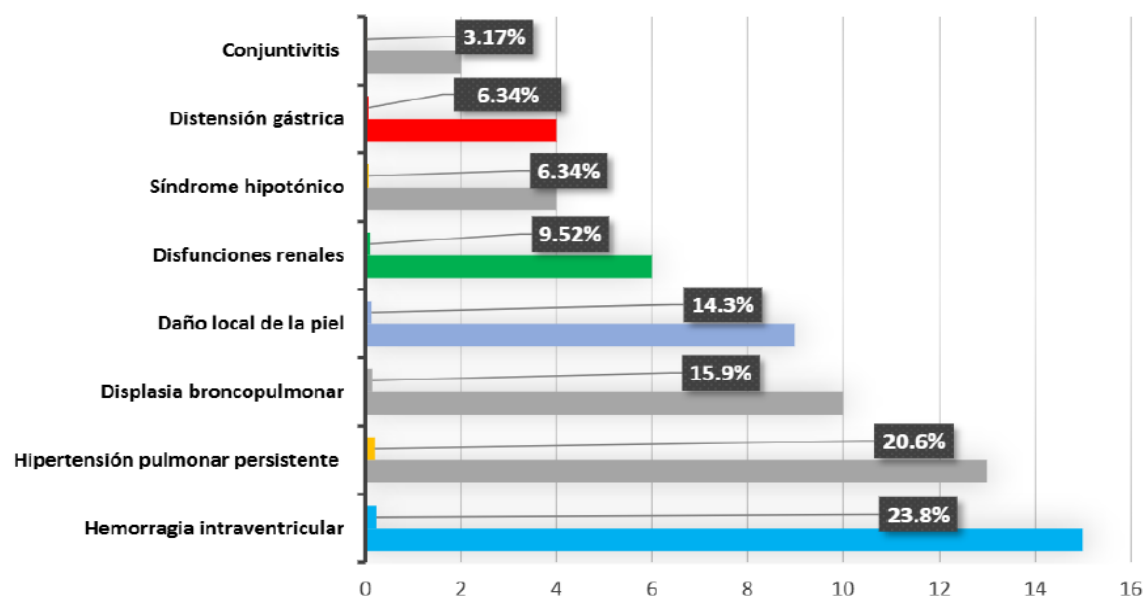
Rollán (2023) afirma que la prematuridad es el principal factor de riesgo, pero existen otros como los antecedentes familiares. Por lo tanto, en la consulta se pregunta si algún hermano fue prematuro y si ha habido algún caso de esta patología en la familia, ya que existe riesgo de que aparezca el síndrome y ponga en peligro la vida del recién nacido si no se trata adecuadamente, puesto que presentará dificultades respiratorias.

Una vez revisado algunos factores de riesgo se tiene que las complicaciones del síndrome de dificultad respiratoria neonatal son “la hemorragia intraventricular, la lesión de la sustancia blanca periventricular, el neumotórax a tensión, la displasia

broncopulmonar, la sepsis y la muerte del recién nacido. Las complicaciones intracraneales se han vinculado a hipoxemia, hipercarbia, hipotensión, fluctuaciones de la tensión” (Lattari, 2024, p.1)

Las complicaciones más frecuentes presentadas en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), según el Estudio de Santos y Pineda (2022):

Figura 1. Complicaciones presentadas en neonatos con SDRA



Fuente: Santos y Pineda (2022), tomado de Historias Clínicas, p.16.

Estas complicaciones son consecuencia del factor de riesgo de la prematuridad en sí misma y de las intervenciones necesarias para tratar el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), como la ventilación con presión positiva. Cabe destacar que la hemorragia intraventricular y la persistencia del conducto arterioso son complicaciones relacionadas con el SDR en lactantes con muy bajo peso al nacer.

II.3.3. Intervenciones de Enfermería y Práctica Basada en Evidencia

II.3.3.1. Premisas Clave del Cuidado de Enfermería en el SDRN

Las premisas básicas de la enfermería respecto al síndrome de distrés respiratorio neonatal se centran en ofrecer un cuidado general, particularizado y apoyado en la evaluación continua del neonato para favorecer la recuperación, especialmente en casos de distrés respiratorio. Entre las premisas más importantes destacan:

Premisa 1: Valoración integral y continua del neonato: La enfermería debe realizar una evaluación detallada de los signos fisiológicos y conductuales del recién nacido para identificar signos de estrés o desorganización que puedan agravar el distrés (García et al., 2021).

Premisa 2: Intervenciones orientadas al neurodesarrollo: Se aplican cuidados que promueven la organización conductual del neonato, tales como la reducción de estímulos ambientales, el anidamiento (posicionamiento que brinda confort), y la minimización de procedimientos dolorosos o estresantes (Cárdenas, 2020).

Premisa 3: Cuidado individualizado basado en diagnósticos estandarizados: Taxonomías NANDA, NOC y NIC para elaborar planes de cuidados personalizados que atiendan problemas específicos de dificultad para la respiración, termorregulación alterada y de succión deficiente (García et al., 2021).

Premisa 4: Manejo adecuado del soporte respiratorio: Se debe asegurar la correcta administración y monitoreo de terapias como CPAP, oxigenoterapia y otros soportes

ventilatorios para mantener saturaciones adecuadas y evitar complicaciones (Palacios & Ochoa, 2020).

Premisa 5: Atención centrada en la familia: Fomentar la participación y presencia de los padres durante la hospitalización, proporcionando educación y apoyo emocional para mejorar el bienestar del neonato y la familia (Alejo, 2021).

Premisa 6: Prevención de complicaciones y promoción del confort: Incluye control del dolor, sostenimiento de temperatura del cuerpo, prevención de infecciones y manejo del estrés para optimizar la evolución clínica del neonato (Palacios y Ochoa, 2020).

II.3.3.2. Requisitos de Competencia y Entorno Especializado

Según el Centro de Investigación y Desarrollo (CID) (2023) “es fundamental que los cuidados de enfermería en neonatos con patología sean realizados por profesionales de la salud capacitados y en un entorno especializado como la unidad de cuidados intensivos neonatales” (p.7). La enfermería pediátrica se especializa en esta atención, abordando las diversas patologías de los neonatos y, según los requerimientos específicos de cada sujeto, en conjunto una labor profesional en el área del personal adscrito a la salud para brindar una atención que involucre su salud de manera general a los neonatos patológicos.

II.3.4. Estructura y Estándares de Protocolización

- Estandarización del Conocimiento mediante Protocolos

Es importante conocer cómo el protocolo de atención garantiza la aplicación del conocimiento fundamental y reduce la variabilidad clínica. Según Bautista (2024) “en el ámbito de la salud, la variabilidad de la práctica clínica se ha convertido en un desafío significativo que impacta tanto en la calidad de la atención como en los costos del sistema” (p.1). Esta variabilidad no solo afecta a los resultados de salud, sino que también pone en peligro la sostenibilidad financiera de los proveedores y, en última instancia, del sistema de salud.

2.4. Fundamentos legales:

La relevancia de esta investigación en el ámbito jurídico se fundamenta en el cumplimiento de la normativa de la República de Panamá que sienta las bases para la investigación, con base en el marco constitucional, las leyes y decretos nacionales, así como en los principios éticos y de investigación. El apego a este marco legal garantizará que el paciente reciba el trato correcto.

En el marco constitucional, en vista que la Constitución de la República de Panamá dispone bases de derechos ciudadanos en el país. En este estudio, es importante garantizar el derecho de lo concerniente al campo de la salud, especialmente en niños y recién nacidos vinculados a la investigación. El Título tercero, Capítulo segundo, referente a la Familia, señala que la familia debe ser protegida por el Estado, así como a los menores, estableciendo programas e implementando apoyos como poblaciones vulnerables.

La legislación nacional e internacional, en el Artículo 105 de la Constitución panameña, y en particular en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, considera los principios establecidos por instrumentos internacionales que reconocen la necesidad de protección especial para la infancia, como se estableció en Ginebra en el año de 1924 y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959.

Este fundamento se utiliza en leyes y decretos nacionales, como la Ley General de Salud de Panamá, que establece la responsabilidad del Ministerio de Salud (MINSA), brindando apoyo legal a la investigación. Además de las leyes generales, se deben considerar regulaciones más específicas.

Es necesario considerar las leyes o decretos de derechos infantiles y la maternidad, emitidos por el MINSA o la Caja de Seguro Social (CSS), que incluyen directrices para la atención neonatal directamente relacionada con el Síndrome de Distrés Respiratorio.

CAPÍTULO III

III. MARCO METODOLÓGICO

III.1. Tipo de Estudio

La investigación según su enfoque es mixta porque el método en el tratamiento de los datos y su análisis, es cualitativo y cuantitativo “permitiendo combinar aspectos de diferentes tipos de estudios para extraer los resultados más informativos” (George, 2022, p.1). En la investigación cualitativa se describen sucesos complejos, la misma ayuda a comprender los sucesos y permite interpretarlos buscando soluciones. La investigación cuantitativa es secuencial y el análisis se realiza por medio del procesamiento estadísticos por lo que se obtienen valores numéricos.

Según Arias (2023) “el análisis de contenido cuantitativo convierte los elementos de un texto en datos numéricos, el análisis de contenido cualitativo profundiza en los significados, identifica patrones y acepta el carácter subjetivo propio del paradigma interpretativo” (p.17). Se realiza una combinación de métodos de análisis de contenido el producto se presenta en tablas y cuadros descriptivos.

Este estudio se enmarca dentro de una metodología de investigación mixta, específicamente en el diseño exploratorio secuencial derivativo (DEXPLOS). En la primera fase, se recopila y analiza información cualitativa sobre las variables: conocimientos de enfermería y Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal. Esto pone de manifiesto la importancia de que el personal de enfermería comprenda el manejo de los recién nacidos con esta afección, dada su creciente prevalencia e impacto. En la segunda fase, se tabulan y analizan datos cuantitativos mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes). Simultáneamente, se realiza un análisis temático cualitativo. La integración final de los

resultados permitirá la triangulación, facilitando la comprensión holística. Estas fases en su totalidad no independientes; la primera guía informa y da forma a la segunda. destacando la naturaleza secuencial y complementaria del diseño.

III.2. Diseño de Investigación

Esta investigación posee un alcance que destaca en un nivel descriptivo, debido a su propósito inicial que implica analizar el conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN) a partir de la evidencia científica para la elaboración de una propuesta de protocolo de atención de enfermería aplicable a las salas de neonatología. La investigación descriptiva "se encarga de puntualizar las características de la población que está estudiando" (Guevara, et al., 2020, p.166), permitiendo presentar los datos recopilados y analizados, enfatizando en las características específicas relacionadas con el conocimiento de enfermería.

Además de su naturaleza descriptiva, el estudio incorpora un componente de alcance explicativo. Esto se evidencia en la fase de análisis cualitativo en la identificación de los conocimientos esenciales de los profesionales de enfermería sobre las características clínicas basadas en la evidencia del manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal. Al explorar la literatura científica, el estudio exponene el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes basadas en la literatura asociada al manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal. Esta comprensión profunda servirá de base para diseñar recomendaciones concretas y justificadas de orientación del cuidado de enfermería, buscando no sólo describir la

situación sino también contribuir a la comprensión de las dinámicas que explican la situación actual y cómo se pueden optimizar.

Así mismo, el alcance es retrospectivo, en el trabajo de investigación la búsqueda y análisis de datos reportados de años anteriores al presente, como estudios originales, revisión narrativa, revisión sistemática, se ubica entre los años 2020 y 2025; la temática central en torno al tema del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN), facilitando el análisis de la información documental disponible (Cidraque, 2021, p.339).

III.3. Unidad de análisis y Fuentes de Información

III.3.1. Criterios de Selección Documental

La selección de los documentos se guio por los principios de la revisión integrativa de manera sistemática por los siguientes criterios de inclusión: fecha de publicación o temporalidad, se ubica entre los años 2020 y 2025; la temática central en torno al tema del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN); el tipo de documentos de la literatura científica, específicamente estudios de investigación originales (cualitativos, cuantitativos), revisiones sistemáticas, estudios de caso o proceso clínico aplicado, trabajos revisados de investigación académica.

Se descartan los documentos de acuerdo a los criterios de exclusión siguientes: estudios con fecha de publicación fuera del rango 2020 – 2025, la temática central se centre en patologías respiratorias que no sean específicamente en el tema del Síndrome de Distrés

Respiratorio Neonatal (SDRN), artículos o literatura no revisada o validada por la comunidad científica que impide la verificación de la calidad.

III.3.2 Muestra documental

La muestra documental corresponde a (10) estudios que cumplieron con los criterios de inclusión definidos. La selección se realizó intencional priorizando artículos científicos de los últimos 5 años que describen datos para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, la búsqueda centrada en fuentes de revistas académicas y bases de datos reconocidas como Scopus, Web of Science, PubMed, o Google Scholar, asegurando el nivel adecuado de la evidencia.

Se resalta que la información se obtuvo de fuentes pertinentes para este estudio, se utilizan fuentes de información secundarias a través de una revisión bibliográfica para contextualizar los hallazgos. La búsqueda se realizará en los sistemas para almacenar y gestionar información académica como PubMed, entre otras como Scielo y Google Academic, empleando descriptores (DeCS/MeSH) y palabras clave como "Síndrome de Distrés Respiratorio," "recién nacido," "neonatal," "factores de riesgo," y "manejo clínico." El gestor de referencias bibliográficas Zotero será utilizado para organizar la información obtenida.

Cuadro 1. Muestra de los estudios seleccionados.

N°	Autor(es)	Año	Título	Objetivo	Metodología
1	Elías, K., Columbié R., Frómata R.	2020	Factores relacionados con la mortalidad en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN).	Diseñar una escala predictiva de la probabilidad de muerte en recién nacidos afectados en el Hospital Dr. Agostinho Neto.	Análisis cuantitativo, con un universo de 163 recién nacidos ingresados en la UCIN.
2	García, M., Medranda, K., Faubla, M., & Delgado, E.	2021	Riesgos del Síndrome de Distrés Respiratorio en Recién Nacidos	Diseñar una guía para especialistas y personal involucrado en la atención al nacimiento de infantes con síndrome de distrés respiratorio.	Revisión sistemática documental, análisis de literatura científica.
3	Cárdenas, W.	2020	Comportamiento clínico y terapéutico del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDR) en recién nacidos.	Determinar el comportamiento clínico y terapéutico del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en pacientes recién nacidos atendidos en el hospital Fernando Vélaz Paiz en el período comprendido de Enero 2019 a Diciembre 2020	Estudio descriptivo, transversal y observacional. Recolección de datos mediante la revisión de expedientes. en 132 recién nacidos
4	Astudillo M., Díaz S., Álvarez M., Castillo E., Betancourt M., Pillajo K.	2021	Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias.	Establecer cuidados de enfermería al paciente pediátrico que presenta insuficiencia respiratoria aguda, a través de herramientas que permitan una valoración inicial, evaluación primaria, secundaria y medidas específicas de atención clínica para	Propuesta de una ruta de enfermería que integra el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) y el modelo ABCDE.

				evitar complicaciones en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias del HECAM	
5	Santos, E. & Pineda, A.	2022	Evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo en los neonatos del área de cuidados intensivos del hospital “delfina torres de concha”.	Analizar la evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) en neonatos pretérminos del área de cuidados intensivos del Hospital General Delfina Torres de Concha.	Estudio cuantitativo, de corte transversal y alcance descriptivo. La muestra probabilística de por 49 madres de neonatos prematuros.
6	Ruiz, E.	2024	Síndrome distrés respiratorio en neonatos pretérminos: una mirada desde los cuidados de enfermería.	Realizar una revisión bibliográfica con síndrome distrés respiratorio en neonatos pretérminos en el ámbito español ante la evidencia clínica disponible entre los años 2014 al 2022.	Revisión bibliográfica sistemática s Scoping Review y la estructura del modelo internacional PRISMA.
7	Del Amo, M.	2021	Atención sanitaria al recién nacido con Síndrome de Distrés Respiratorio	Analizar las implicaciones del SDR, sus tipos, el tratamiento farmacológico, los cuidados de enfermería y la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos.	Revisión bibliográfica de artículos encontrados en bases de datos de ciencias de la salud entre 2019 y 2020.
8	Palacios, J. & Ochoa, T.	2020	Factores asociados a síndrome de dificultad Respiratoria del Recién Nacido del Hospital José Carrasco Arteaga.	Determinar los factores asociados al Síndrome de Dificultad Respiratoria de los recién nacidos en el Hospital “José Carrasco Arteaga” en el año 2018.	Estudio de casos y controles con una relación de 1:2;

			Estudio de casos y controles		
9	Alejo, Z.	2021	Calidad de cuidados de enfermería en Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, Hospital Obrero, Enero - marzo 2017.	Determinar la calidad de cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en el servicio de Emergencia sala de Reanimación, la Caja Nacional de Salud del Hospital Obrero.	Estudio Prospectivo Transversal, la muestra de 20 licenciadas en enfermería.
10	Arnao, C., & Vargas, C.	2022	Proceso de enfermería a recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio enfermedad de membrana hialina del servicio de Neonatología de un hospital de Lima, 2021	Gestionar el proceso de atención en enfermería a un recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio con enfermedad de membrana hialina	Estudio fue de caso clínico único, de enfoque cualitativo; el sujeto de estudio fue un recién nacido prematuro.

Fuente: Elaboración propia (2025).

III.4. Técnicas e Instrumento para la recolección de datos

III.4.1 Técnicas para la recolección de datos

- **La observación documental:**

La observación documental será la técnica principal en la revisión exhaustiva, es una técnica de investigación cualitativa documental basado en el manejo de estudios empíricos sobre un determinado tema. La finalidad es extraer de manera estructurada todos

los datos relevantes relacionados con el Síndrome de Distrés Respiratorio en neonatos, así como otros indicadores de interés (Arias, 2023, p.13).

Cuadro 2. Tipología metodológica de los estudios seleccionados.

Estudios	Tipología Metodológica
Estudios originales cuantitativos/observacionales	
Elias-Armas KS et al. (2020) <i>Factores relacionados con la mortalidad por síndrome de distrés respiratorio neonatal</i>	Análisis cuantitativo, cohorte hospitalaria.
Cárdenas, W. (2020). <i>Comportamiento clínico y terapéutico del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en recién nacidos atendidos en el hospital Fernando Vélez Paiz, enero 2019 a diciembre 2020</i>	Descriptivo, transversal, revisión de expedientes, cohorte hospitalaria.
Santos Zambrano, J. & Pineda Caicedo, A. (2022) <i>Evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo en los neonatos del área de cuidados intensivos del hospital “delfina torres de concha”.</i>	Estudio observacional, evolución clínica en UCI.
Palacios, J. & Ochoa, T. (2020). <i>Respiratoria del Recién Nacido del Hospital José Carrasco Arteaga. Estudio de casos y controles</i>	Estudio de casos y controles con análisis estadístico.
Alejo, Z. (2021). <i>Calidad de cuidados de enfermería en Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, Hospital Obrero, 2017.</i>	Estudio de calidad de cuidados, enfoque cuantitativo en hospital.
Revisiones sistemáticas/documentales	
García Lago, M.G. et al. (2021). <i>Riesgos del Síndrome de Distrés Respiratorio en Recién Nacidos</i>	Revisión sistemática documental
Ruiz, E. (2024). <i>Síndrome distrés respiratorio en neonatos pretérminos: una mirada desde los cuidados de enfermería.</i>	Revisión bibliográfica universitaria
Del Amo, M. (2021). <i>Atención sanitaria al recién nacido con Síndrome de Distrés Respiratorio</i>	Revisión documental, Trabajo Fin de Grado
Estudios de caso/proceso clínico aplicado	
Astudillo MJ et al. (2021). <i>Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias.</i>	Proceso de cuidados en caso clínico pediátrico (enfoque aplicado).
Arnao Ramos, C.F. & Vargas Valdizán, C.L.S. (2022). <i>Proceso de enfermería a recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio y enfermedad de</i>	Proceso de enfermería en caso clínico neonatal específico.

<i>membrana hialina del servicio de Neonatología de un hospital de Lima, 2021</i>	
---	--

Fuente: Elaboración propia (2025).

- **Análisis Documental:**

El análisis documental “permite profundizar sobre el objeto de estudio y aporta para que se desarrolle bajo un principio de un compromiso investigativo. Además, aporta elementos para que este tipo de estudios se realicen con la rigurosidad científica necesaria” (Martínez et al., p.80). Se aplicará para el estudio de documentos seleccionados de la literatura científica revisada y que complementen la información sobre el manejo de enfermería en el Síndrome de Distrés Respiratorio.

- **Revisión Bibliográfica:**

La técnica de revisión bibliográfica será utilizada para la contextualización de los hallazgos y como soporte para el diseño y estructuración de una guía de atención de enfermería. Se realizará una búsqueda sistemática en bases de datos académicas (PubMed, Google Scholar, SciELO) empleando descriptores y palabras clave pertinentes al Síndrome de Distrés Respiratorio neonatal, sus factores de riesgo y el manejo de enfermería.

- **Triangulación de fuentes documentales**

El enfoque cualitativo con triangulación de fuentes documentales, según Gutiérrez et al. (2025) “consiste en complementar los hallazgos de un enfoque con los de otros, de modo que las conclusiones se basen en supuestos diferentes” (p.744). Por lo tanto, el

análisis documental debe incluir la evidencia la cual sirve de fundamento teórico y para el análisis en la fase de resultados.

III.4.2 Instrumento para la recolección de datos

El instrumento para la recolección de datos utilizado es:

- **Instrumento de registro documental:**

Específicamente se elaboran fichas de investigación o de trabajo “Son instrumentos de investigación documental para organizar el contenido bibliográfico, hemerográfico o electrónico que es necesario citar, transcribir, comentar” (Carbajal, 2020, p.28). Se estructuraron los elementos de en un formato que organiza la información revisada y procesada mediante el análisis de citas, la interpretación, las comparaciones y la paráfrasis de argumentos.

III.5. Categorías de análisis

Las categorías son las siguientes unidades de investigación que orientan el análisis e interpretación documental dentro del marco cualitativo.:

- **Conocimiento de Enfermería**

Definición conceptual: Según Muñoz (2020) “El proceso de conocimiento personal, se refiere a un proceso de autoconocimiento consiente; requiere que la persona esté en contacto

con quien es y entienda que esto afecta su comportamiento, actitudes y valores tanto positiva como negativamente” (p.15).

Definición operacional: Se definen tres elementos centrales en la medición de esta variable: la formación, la práctica y la investigación, así como el conocimiento ético en valores, normas y principios.

- **Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN)**

Definición conceptual: Mera et al., (2021) “un síndrome de causa variada en el cual hay una respiración anormal con alteración del intercambio gaseoso, la oxigenación y la eliminación del anhídrido carbónico” (p.144).

Definición operacional: Las premisas básicas de la enfermería respecto al síndrome de distrés respiratorio neonatal se centran en las dimensiones del cuidado general, particularizado y apoyado en la evaluación continua del neonato para favorecer la recuperación, especialmente en casos de distrés respiratorio.

III.6. Procedimiento para la Tabulación y Análisis de información

Los datos recopilados de las fuentes de información seleccionada en la investigación son de naturaleza documental, son fuentes secundarias que se analizaron y sometieron a un análisis integrativo y sistemático. Inicialmente la información documental se estructura para su codificación, de allí la recolección de datos, se agrupan para el cálculo y procesamiento estadístico para obtener frecuencias y porcentajes, estos resultados derivados del análisis mediante la categorización y síntesis que dan lugar a los hallazgos que se muestran en tablas y gráficas, sobre la evidencia científica- Estos datos se conectan para proporcionar una

comprensión integral del Síndrome de Distrés Respiratorio y su manejo, lo cual será esencial para aportar un protocolo de atención de enfermería.

CAPÍTULO IV

IV. RESULTADOS

IV.1. Aspectos generales

La muestra conformada de diez estudios que cumplieron los criterios establecidos para la inclusión, su publicación se ubica entre los años 2020 y 2024, lo que da una garantía de actualización del tema en torno al síndrome de distrés respiratorio neonatal. Cabe destacar, el tipo de documentos seleccionados de la literatura científica revisada es variada, incluye los siguientes estudios:

Tabla 1. Tipología de los documentos seleccionados.

Tipología	Número de estudios (Fa)	% (Fr)
Estudios originales cuantitativos/observacionales	5	50%
Revisiones sistemáticas/documentales	3	30%
Estudios de caso/proceso clínico aplicado	2	20%
Total	10	100%

Fuente: elaboración propia (2025).

En cuanto a la tipología de enfoques, en el abordaje del síndrome de distrés respiratorio neonatal, el 50% representa estudios originales cuantitativos/observacionales, el 30% revisiones sistemáticas/documentales y el 20% estudios de caso/proceso clínico aplicado. La variedad metodológica se manifiesta desde análisis estadísticos en cohortes hospitalarias hasta la sistematización de cuidados de enfermería.

Gráfica 1. Tipología de los documentos seleccionados.



Fuente: Tabla 1

IV.2. Análisis de Resultados

Tabla 2. Contribución de los estudios por objetivo específico.

Objetivo específico	Descripción del Objetivo específico sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN)	Estudios que contribuyen (Cuadro 1)	Nº Estudios (Fa)	% (Fr)
OE1	Conocimientos esenciales	3, 6, 7	3	30%
OE2	Conocimientos de Factores de Riesgo	2, 3, 5, 8	4	40%
OE3	Estructura de Protocolos	2, 4, 10	3	30%
OE4	Diseñar una propuesta de Protocolo	Todos	10	100%

Fuente: Elaboración propia (2025).

Respecto a la contribución de los estudios por objetivo específico, el 40% contribuye al cumplimiento del objetivo específico 1 sobre los conocimientos esenciales de los profesionales de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN), el 30% acerca de los conocimientos de factores de riesgo y el 30% sobre la estructura de protocolos.

Gráfica 2. Contribución de los estudios por objetivo específico.



Fuente: Tabla 2.

La investigación cuenta con fuentes documentales que proporcionan información sólida, lo que valida el rigor científico y garantiza el cumplimiento de los objetivos, desde el conocimiento esencial sobre el Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal (SDRN) hasta la contribución de datos para el diseño de un protocolo específico.

A partir de la literatura que fundamenta los conocimientos esenciales de los profesionales de enfermería sobre las características clínicas basadas en la evidencia del manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal, se presenta la información:

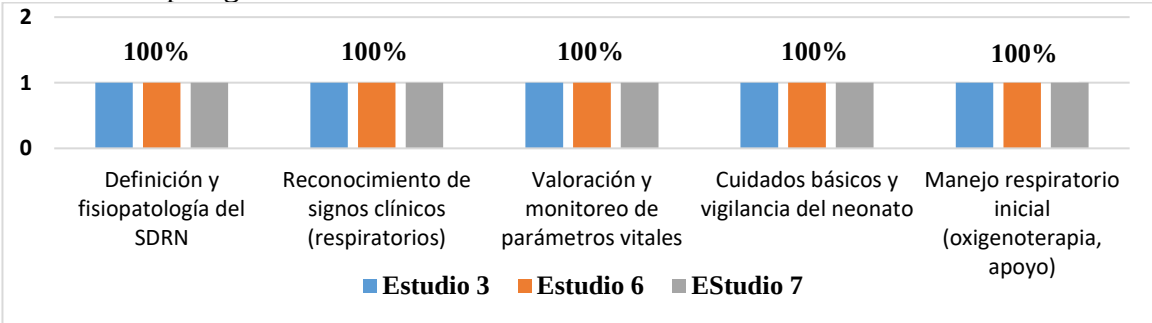
Tabla 3. Conocimientos esenciales

Conocimientos esenciales del SDRN	Estudio 3 Cárdenas (2020)		Estudio 6 Ruiz (2024)		Estudio 7 Del Amo (2020)		Total	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Definición y fisiopatología del SDRN	1	20%	1	20%	1	20%	3	100%
Reconocimiento de signos clínicos (respiratorios)	1	20%	1	20%	1	20%	3	100%
Valoración y monitoreo de parámetros vitales	1	20%	1	20%	1	20%	3	100%
Cuidados básicos y vigilancia del neonato	1	20%	1	20%	1	20%	3	100%
Manejo respiratorio inicial (oxigenoterapia, apoyo)	1	20%	1	20%	1	20%	3	100%
Total	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%

Fuente: Estudio de Cárdenas (2020), Ruiz (2024), Del Amo (2020 y Alejo (2020).

En relación con el síndrome de distrés respiratorio neonatal, el estudio 3 de Cárdenas (2020), el estudio 6 de Ruiz (2024) y el estudio 7 de Del Amo (2020) muestran el 100% del conocimiento esencial sobre las características clínicas del manejo de este síndrome, lo que confirma la sólida base del análisis documental.

Gráfica 3. Tipología de los documentos seleccionados.



Fuente: Tabla 3

Los estudios agrupados para este objetivo muestran un conocimiento de la definición y fisiopatología del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN):

Cuadro 3: Definición y fisiopatología del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN)

Estudio consultado	Definición del SDRN	Fisiopatología del SDRN	Nivel de Evidencia (I=mayor, IV=menor)
Estudio 3 Cárdenas (2020)	Es una enfermedad respiratoria compleja frecuente en recién nacidos prematuros.	Se centra en una deficiencia de surfactante que provoca un colapso alveolar generalizado.	Nivel II Estudio cohortes/revisión
Estudio 6 Ruiz (2024)	Enfermedad de la membrana hialina causado por la inmadurez pulmonar afectando a los recién nacidos pretérminos o prematuros.	La falta de surfactante, reduce tensión superficial alveolar, causa cianosis central, signos de dificultad respiratoria progresiva, hipoxemia y edema pulmonar.	Nivel II Estudio de Revisión sistemática
Estudio 7 Del Amo (2020)	Cuadro de dificultad respiratoria, afecta a los neonatos, por la inmadurez funcional, morfológica o bioquímica de los pulmones	Deficiencia de surfactante y la inmadurez pulmonar provocan una alteración del intercambio gaseoso. El tipo I por la prematuridad y el tipo II por el sufrimiento fetal, siendo el tipo I el más frecuente.	Nivel III Estudio de Revisión narrativa

Fuente: Estudio de Cárdenas (2020), Ruiz (2024) y Del Amo (2020).

Basado en la evidencia de nivel II y III, los autores coinciden en definir el síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN) como una enfermedad respiratoria compleja, frecuente en recién nacidos prematuros. Respecto a la Fisiopatología del SDRN hay un consenso en que se produce porque la inmadurez pulmonar impide producir suficiente surfactante, y sin esta sustancia, los alvéolos no pueden mantenerse expandidos y se colapsan, causando así, hipoxemia y signos de dificultad respiratoria.

Los estudios agrupados para el objetivo 1 muestran, en relación con el reconocimiento de los signos clínicos (respiratorios) del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN):

Cuadro 4: Reconocimiento de los signos clínicos del SDRN.

Estudio consultado	Reconocimiento de los signos clínicos (respiratorios) descritos del SDRN.	Nivel de Evidencia (I=mayor, IV=menor)
Estudio 3 Cárdenas (2020)	Taquipnea y retracciones, aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdominal.	Nivel II Estudio cohortes/revisión
Estudio 6 Ruiz (2024)	Presenta cianosis central, signos de dificultad respiratoria progresiva, hipoxemia y edema pulmonar.	Nivel II Estudio de Revisión sistemática
Estudio 7 Del Amo (2020)	▪ Taquipnea: más frecuente. ▪ Aleteo nasal ▪ Tiraje costal ▪ Quejido espiratorio ▪ Cianosis ▪ Apnea ▪ Taquicardia ▪ Estridor inspiratorio	Nivel III Estudio de Revisión narrativa

Fuente: Estudio de Cárdenas (2020), Ruiz (2024) y Del Amo (2020).

Basado en la evidencia de nivel II y III, los autores coinciden en que los principales signos respiratorios de la RSDN son: taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) , aumento del esfuerzo muscular respiratorio (retracciones), aleteo nasal, cianosis, pausas respiratorias (apnea) y quejidos respiratorios. Se tienen otros signos clínicos menos frecuentes como la taquicardia y el estridor, pero los mencionados son los considerados

como criterios diagnósticos principales en el síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDRN).

Así mismo, los estudios agrupados para el objetivo 1 muestran, en relación a la valoración y monitoreo de parámetros vitales del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN):

Cuadro 5: Valoración y monitoreo de parámetros vitales del SDRN.

Estudio consultado	Parámetros vitales monitoreados	Observaciones clave	Nivel de Evidencia (I=mayor, IV=menor)
Estudio 3 Cárdenas (2020)	Saturación de O2 entre 85-95% Frecuencia respiratoria Temperatura	Es importante valorar y monitorear los signos de insuficiencia respiratoria y el mantenimiento de la homeostasis	Nivel II Estudio cohortes/revisión
Estudio 6 Ruiz (2024)	Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Saturación de oxígeno	Es importante controlar la presión arterial, el pulso, la temperatura y el estado respiratorio. Valorar los ruidos respiratorios, la fatiga muscular y la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo respiratorios.	Nivel II Estudio de Revisión sistemática
Estudio 7 Del Amo (2020)	Monitorización cardíaca, respiratoria, de la tensión arterial, temperatura y de la saturación de oxígeno	Es importante la evaluación continua de estos parámetros para actuar de forma temprana	Nivel III Estudio de Revisión narrativa

Fuente: Estudio de Cárdenas (2020), Ruiz (2024) y Del Amo (2020).

Basándose en evidencia de nivel II y III, los estudios coinciden en que la evaluación y el monitoreo continuos y exhaustivos de los parámetros vitales (frecuencia cardíaca,

frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial y la saturación de O₂) son importantes para monitorear la evolución clínica y actuar de manera temprana.

Los estudios agrupados para el objetivo 1 muestran, en relación con Cuidados básicos y vigilancia del neonato con síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN):

Cuadro 6: Cuidados básicos y vigilancia del neonato del SDRN.

Estudio consultado	Cuidados básicos y vigilancia del neonato del SDRN.	Nivel de Evidencia (I=mayor, IV=menor)
Estudio 3 Cárdenas (2020)	El monitoreo incluye la saturación de O ₂ y la vigilancia clínica utilizando dispositivos no invasivos, incluida la CPAP nasal a una presión de 4-7 cm H ₂ O.	Nivel II Estudio cohortes/revisión
Estudio 6 Ruiz (2024)	Monitoreo continuo de parámetros vitales, soporte ventilatorio no invasivo, cuidado del entorno y participación familiar como parte de la vigilancia integral.	Nivel II Estudio de Revisión sistemática
Estudio 7 Del Amo (2020)	Los cuidados de enfermería deben centrarse tanto en mejorar la oxigenación como el estado clínico general del paciente. Dada la situación estresante que atraviesan los padres, deben estar debidamente informados e involucrados en el cuidado de su hijo.	Nivel III Estudio de Revisión narrativa

Fuente: Estudio de Cárdenas (2020), Ruiz (2024) y Del Amo (2020).

Basado en la evidencia de nivel II y III, los autores coinciden en que los cuidados básicos y vigilancia del neonato del SDRN son: Monitoreo continuo de parámetros vitales, dispositivos de soporte ventilatorio, cuidado del entorno y participación familiar como parte de la vigilancia integral.

Los estudios agrupados para el objetivo 1 muestran, en relación con el manejo respiratorio inicial (oxigenoterapia, apoyo) del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN):

Cuadro 7: Manejo respiratorio inicial (oxigenoterapia, apoyo) del neonato con SDRN.

Estudio consultado	Cuidados básicos y vigilancia del neonato del SDRN.	Nivel de Evidencia (I=mayor, IV=menor)
Estudio 3 Cárdenas (2020)	Utilizar CPAP como soporte respiratorio no invasivo inicial en recién nacidos prematuros y de término, con dificultad respiratoria y el CPAP con surfactante temprano debe ser considerada en los prematuros con SDR. Vigilancia clínica del paciente,	Nivel II Estudio cohortes/revisión
Estudio 6 Ruiz (2024)	CPAP nasal como modalidad no invasiva para el soporte respiratorio inicial., Uso de oxigenoterapia con FiO2 inicial 21-30%, y administración temprana de surfactante. Previniendo la ventilación mecánica y el desarrollo de complicaciones	Nivel II Estudio de Revisión sistemática
Estudio 7 Del Amo (2020)	Apoyo ventilatorio no invasivo con CPAP y surfactante selectivo temprano	Nivel III Estudio de Revisión narrativa

Fuente: Estudio de Cárdenas (2020), Ruiz (2024) y Del Amo (2020).

Con base en evidencia de nivel II y III, los autores coinciden en que el manejo respiratorio inicial temprano (oxigenoterapia, apoyo) del neonato SDRN se basa en la administración de oxígeno suplementario, preferiblemente con CPAP nasal, y el uso selectivo de surfactante en etapas tempranas para evitar la ventilación invasiva y sus complicaciones asociadas. Además, la vigilancia continua del paciente para ajustar el tratamiento y su evolución clínica.

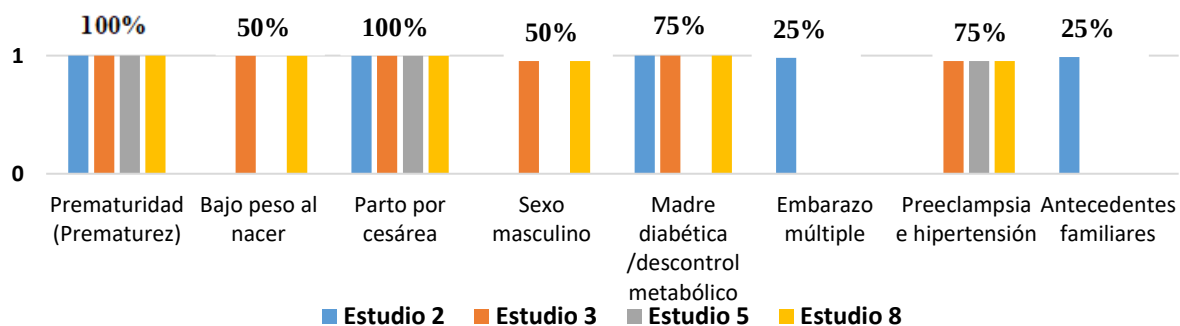
A fin de determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes basadas en la literatura asociada al manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal, se muestra la información codificada de los estudios:

Tabla 4. Factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes

Factores de Riesgo del SDRN	Estudio 2 García et al. (2021)		Estudio 3 Cárdenas (2020)		Estudio 5 Santos & Pineda (2022)		Estudio 8 Palacios & Ochoa (2020)		Total	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Prematuridad	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%	4	100%
Bajo peso al nacer	0	0%	1	25%	0	0%	1	25%	2	50%
Parto por cesárea	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%	4	100%
Sexo masculino	0	0%	1	25%	0	0%	1	25%	2	50%
Madre diabética /descontrol metabólico	1	25%	1	25%	0	0%	1	25%	3	75%
Embarazo múltiple	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%
Preeclampsia e hipertensión	0	0%	1	25%	1	25%	1	25%	3	75%
Antecedentes familiares	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%

Fuente: García et al. (2021), Cárdenas (2020), Santos & Pineda (2022), Palacios & Ochoa (2020)

Gráfica 4. Factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes



Fuente: Tabla 4.

Los estudios agrupados para el objetivo 2 muestran, en relación con Factores de riesgo maternos del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN):

Cuadro 8: Factores de riesgo maternos del SDRN.

Estudio consultado	Factores de riesgo maternos del SDRN.	Nivel de Evidencia (I=mayor, IV=menor)
Estudio 2 García et al. (2021).	La Prematuridad Parto por cesárea Madre diabética /descontrol metabólico Embarazo múltiple	Nivel II a III Revisión sistemática documental
Estudio 3 Cárdenas (2020)	Bebés Prematuros debido a una deficiencia de surfactante en los pulmones. Traídos con Cesáreas, Madres con diabetes, recién nacidos vivos menores de 1500 gramos. Según las distintas publicaciones la incidencia de esta patología ocurre en el 10% del total de prematuros y en un 50% en los prematuros entre 26 y 28 semanas de edad gestacional.	Nivel II Estudio de Revisión sistemática
Estudio 5 Santos & Pineda (2022)	La hipertensión en 21.5% de la madre, la edad (adolescentes o mayores de 35 años) y la preclamsia fueron los de mayor incidencia, en menor medida infecciones del tracto unitario, partos múltiples, mucho menos diabetes, ruptura de membrana y parto prematuro anterior. Características y Complicaciones de los Neonatos con SDRA: Cesárea (55,1%), Prematuro (28,5%),	Nivel III Estudio Observacional o Descriptivo.
Estudio 8 Palacios & Ochoa (2020)	Los principales factores asociados al síndrome de dificultad respiratoria (SDR) fueron la Prematuridad, el bajo peso al nacer y la macrosomía, junto con la presencia de líquido amniótico teñido de meconio.	Nivel III Estudio analítico de casos y controles

Fuente: García et al. (2021), Cárdenas (2020), Santos & Pineda (2022) y Palacios & Ochoa (2020).

Con base en evidencia de nivel II y III, los autores coinciden en que los principales factores de riesgo maternos asociados al SDRN incluyen la prematuridad, el parto por cesárea, la diabetes materna y los embarazos múltiples. Otras condiciones como la hipertensión arterial, las edades maternas extremas, el bajo peso al nacer y la presencia de meconio en el líquido amniótico son factores de riesgo específicos fuertemente respaldados por estudios analíticos y observacionales (Nivel III).

Respecto al objetivo específico 3: Estructurar los elementos claves de los protocolos de atención para el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal, conforme a guías clínicas de referencia nacional e internacional.

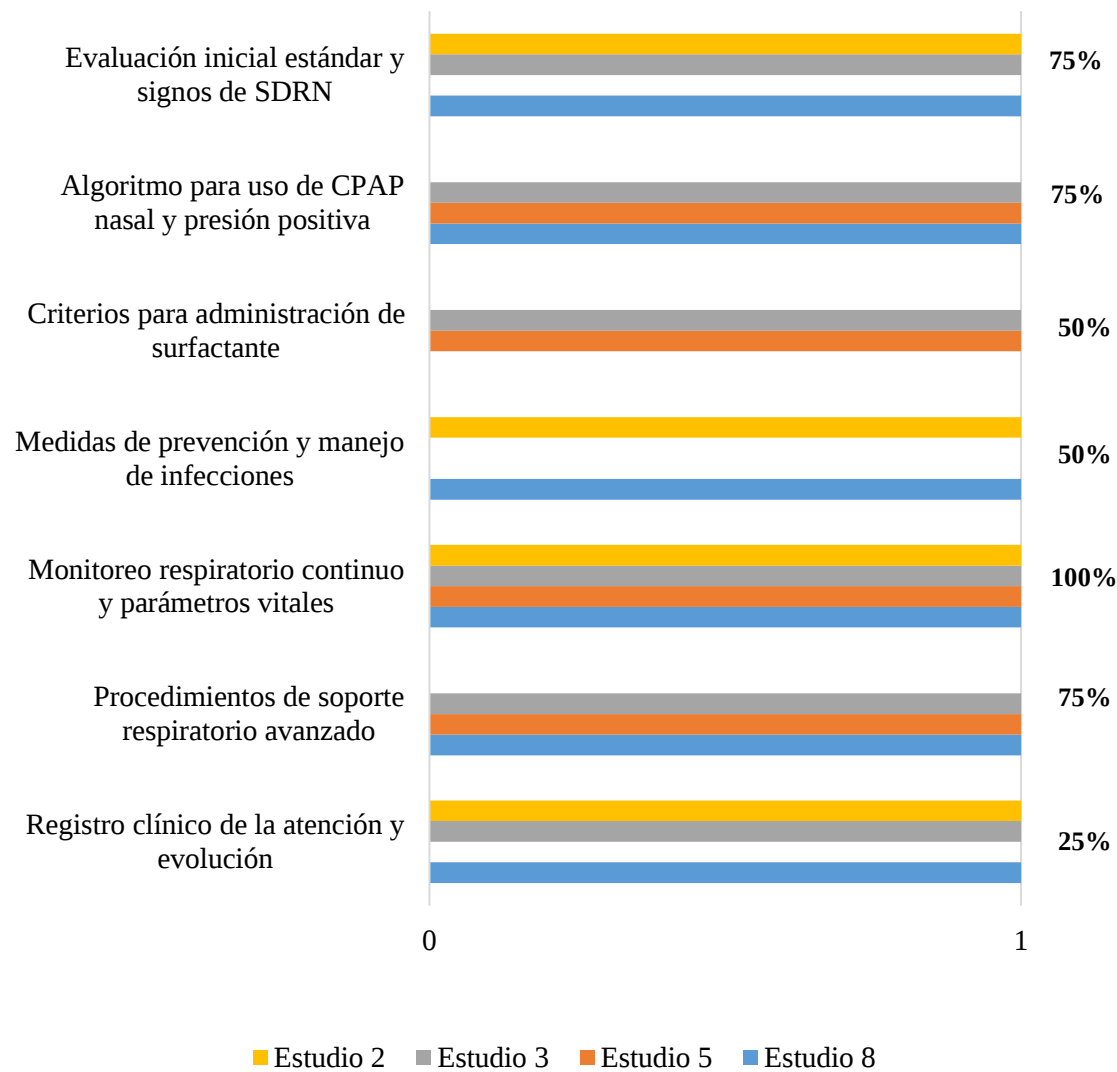
Tabla 5. Estructura y componentes de protocolos

Estructura y componentes de protocolos	Estudio 2 García et al. (2021)		Estudio 3 Cárdenas (2020)		Estudio 5 Santos & Pineda (2022)		Estudio 8 Palacios & Ochoa (2020)		Total	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Evaluación inicial estándar y signos de SDRN	1	25%	1	25%	0	0%	1	25%	3	75%
Algoritmo para uso de CPAP nasal y presión positiva	0	0%	1	25%	1	25%	1	25%	3	75%
Criterios para administración de surfactante	0	0%	1	25%	1	25%	0	0%	2	50%
Medidas de prevención y manejo de infecciones	1	25%	0	0%	0	0%	1	25%	2	50%
Monitoreo respiratorio continuo y parámetros vitales	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%	4	100%
Procedimientos de soporte respiratorio avanzado	0	0%	1	25%	1	25%	1	25%	3	75%
Registro clínico de la atención y evolución	1	25%	1	25%	0	0%	1	25%	3	75%

Fuente García et al. (2021), Cárdenas (2020), Santos & Pineda (2022) y Palacios & Ochoa (2020)

Todos los autores en consenso refieren acerca de las nociones acerca del Monitoreo respiratorio continuo y parámetros vitales; Sobre algoritmo para uso de CPAP nasal y presión positiva, así como los procedimientos de soporte respiratorio avanzado, y procedimientos de soporte respiratorio avanzado, y sobre registro clínico de la atención y evolución hacen referencia todos los estudios coinciden menos el estudio 2; Así como el estudio 5 no refiere sobre la Evaluación inicial estándar y signos de SDRN; en cuanto a los Criterios para administración de surfactante el estudio 2 y el estudio 8 no lo refieren; sobre las Medidas de prevención y manejo de infecciones.

Gráfica 5. Factores de riesgo maternos y las patologías neonatales concurrentes



Fuente: Tabla 5.

Los estudios agrupados para el objetivo 3 integran guías clínicas de referencia nacional e internacional, como se describe a continuación:

Cuadro 9: Guías clínicas integradas en los estudios.

Estudio consultado	Guías clínicas de referencia nacional e internacional del SDRN.
Estudio 2 García et al. (2021)	Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016, (GPC MSP Ecuador), a su vez adapta guías internacionales para el diagnóstico, manejo y prevención del SDRN.
Estudio 3 Cárdenas (2020)	Guía Clínica. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. (2006). Ministerio de Salud de la República de Chile. Guías de consenso europeas sobre el manejo del síndrome de dificultad respiratoria neonatal en recién nacidos prematuros. Asociación Europea de Medicina Perinatal, p.353-368.
Estudio 5 Santos & Pineda (2022)	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía técnica de manejo de la presión positiva continua. Informe. UNICEF. 2018;
Estudio 8 Palacios & Ochoa (2020)	Basado en guías internacionales y consensos para manejo y análisis del SDRN.

Fuente: García et al. (2021), Cárdenas (2020), Santos & Pineda (2022) y Palacios & Ochoa (2020)

La información presentada en el cuadro 9 muestra la integración de las guías en los estudios revisados, lo que demuestra que está metodológicamente fundamentada en la medicina basada en la evidencia y la adaptación contextual, demostrando fundamentalmente un compromiso con la calidad de los protocolos estructurados y la práctica clínica efectiva.

Para la triangulación en cumplimiento del objetivo específico 4: Estructurar los elementos claves de los protocolos de atención para el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal, conforme a guías clínicas de referencia nacional e internacional.

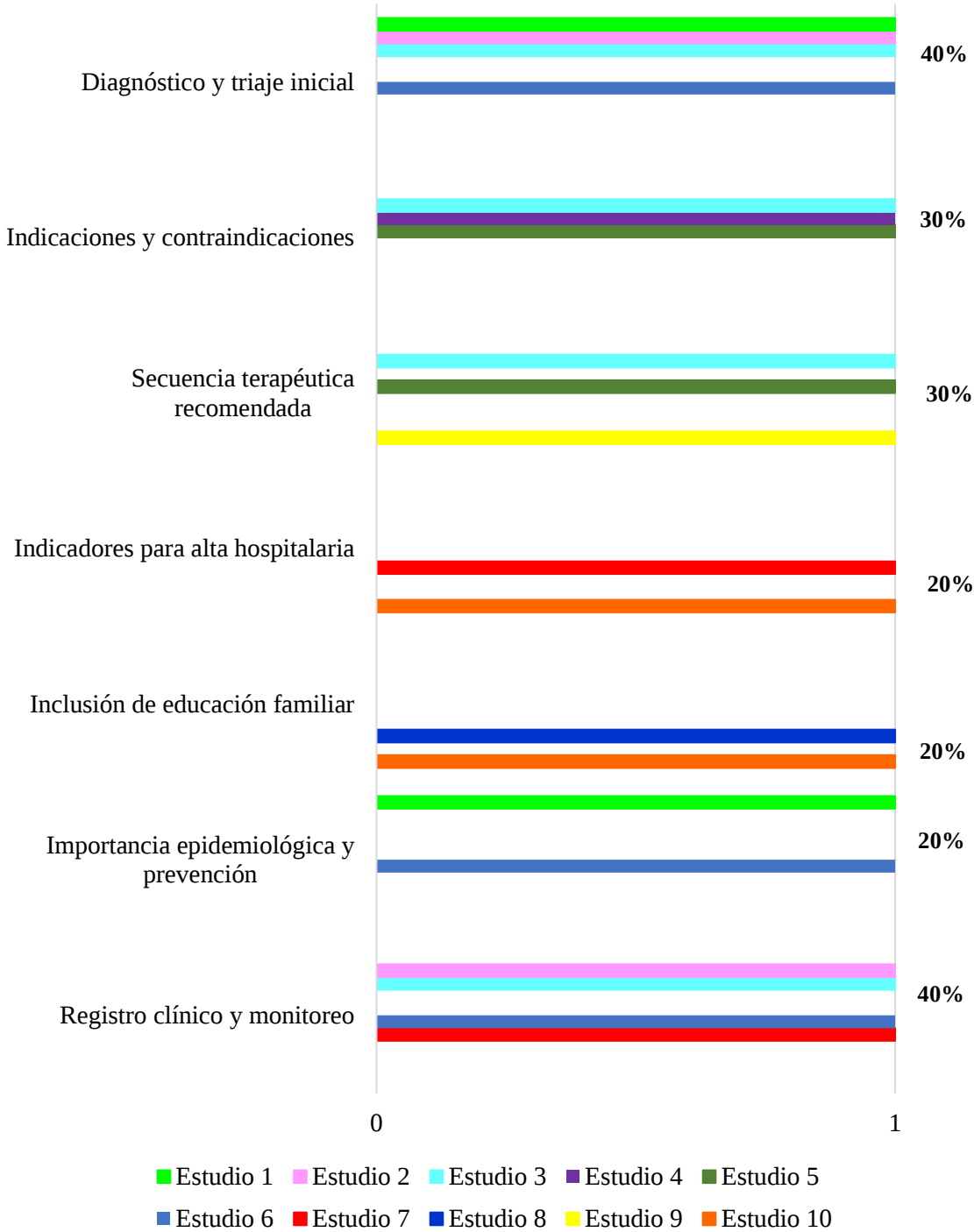
Tabla 6. Elementos claves de los protocolos de atención para el SDRN.

Elementos claves	Estudios que fundamentan	Total	
		Fa	Fr
Diagnóstico y triaje inicial	1, 2, 3, 6	4	40%
Indicaciones y contraindicaciones	3, 4, 5	3	30%
Secuencia terapéutica recomendada	3, 5, 9	3	30%
Indicadores para alta hospitalaria	7, 10	2	20%
Inclusión de educación familiar	8, 10	2	20%
Importancia epidemiológica y prevención	1, 6	2	20%
Registro clínico y monitoreo	2, 3, 6, 7	4	40%

Fuente:Elaboracion propia (2025).

La tabla 6 muestra que en la estructuración de un protocolo los elementos clave que se consideran más relevantes son: Diagnóstico y triaje inicial, así como registro clínico y seguimiento (40%), seguidos de las indicaciones y contraindicaciones, además de la secuencia terapéutica recomendada (30%), también se consideran los elementos indicadores para el alta hospitalaria, la inclusión de la educación familiar y la importancia epidemiológica y la prevención.

Gráfica 6. Elementos claves de los protocolos de atención para el SDRN.



Fuente: Tabla 6.

Tabla 7. Brechas en conocimientos y práctica identificadas

Brechas	Manejo técnico de surfactante y ventilación		Educación y apoyo a la familia		Identificación y respuesta temprana		Monitorización y registro clínico	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Estudio 1 Elías et al., (2020)	1	25%	0	0%	1	25%	0	0%
Estudio 2 García et al. (2021)	1	25%	0	0%	0	0%	1	25%
Estudio 3 Cárdenas (2020)	0	0%	1	25%	1	25%	0	0%
Estudio 5 Santos y Pineda (2022)	1	25%	0	0%	0	0%	1	25%
Total	3	75%	1	25%	2	50%	2	50%

Fuente: Elías et al., (2020), García et al. (2021), Santos y Pineda (2022).

En la tabla 7 se describe que la brecha en conocimientos y práctica identificadas más indicada es el manejo técnico de surfactante y ventilación según el (75%), mientras que la identificación y respuesta temprana, así como el monitorización y registro clínico reporta en la tabla el (50%); en menor medida se indica con el (25%) la educación y apoyo a la familia. Lo que puede interpretarse como debilidades en el conocimiento en el manejo técnico en términos de capacitación y acceso a los recursos, además se debe fortalecer las nociones en la identificación, monitoreo y registro clínico.

Cuadro 10: Análisis y discusión de las brechas en conocimientos y práctica identificadas.

Estudio consultado	Análisis y discusión
Estudio 1 Elías et al., (2020)	<u>Manejo técnico de surfactante y ventilación:</u> El tratamiento posnatal con surfactante y el soporte respiratorio han posibilitado un incremento de la supervivencia. <u>Identificación y respuesta temprana:</u> La estimación del pronóstico del recién nacido con síndrome de distrés respiratorio neonatal es una exigencia del método clínico.
Estudio 2 García et al. (2021)	El personal de enfermería es responsable de la <u>monitorización</u> continua de la función respiratoria y los signos vitales. Los cuidados neonatales especializados son esenciales para optimizar la recuperación de los recién nacidos en estado crítico, y la función más directa de enfermería es la <u>monitorización continua, así como el registro de datos y el seguimiento</u> . El personal de enfermería facilita y apoya la aplicación de <u>terapias avanzadas: soporte ventilatorio, procedimientos y medicamentos</u> .
Estudio 3 Cárdenas (2020)	<u>Educación y apoyo a la familia:</u> La falta de educación adecuada y de apoyo emocional limita la comprensión del proceso clínico y la adherencia al tratamiento y el seguimiento terapéutico. <u>Identificación y respuesta temprana:</u> la detección precoz de síntomas y signos clínicos es vital para intervenciones preventivas que mejoren los resultados.
Estudio 5 Santos & Pineda (2022)	<u>Manejo técnico de surfactante y ventilación:</u> Los neonatos requieren de un cuidado exhaustivo directamente por el personal médico y de enfermería, <u>Monitorización y registro clínico:</u> Con la supervisión y una intervención rápida, brindando aporte de oxígeno adecuado.

Fuente: García et al. (2021), Cárdenas (2020), Santos & Pineda (2022) y Palacios & Ochoa (2020)

La información presentada en la Tabla 10 muestra las deficiencias identificadas en conocimientos y prácticas, con especial atención a la enfermería: El conocimiento especializado de enfermería es fundamental para la monitorización continua de la función respiratoria, lo que garantiza la detección precoz y una documentación clínica precisa. La enfermería facilita la supervivencia al administrar surfactante y brindar apoyo técnico para la ventilación mecánica avanzada (CPAP/MIV). Su papel es vital para optimizar la recuperación de los pacientes críticos y asegurar la adherencia al seguimiento terapéutico a largo plazo mediante la educación familiar.

CAPÍTULO V

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1 Conclusiones

La capacitación del personal de enfermería en cuanto al síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDRN) deben enfatizar habilidades esenciales como la identificación temprana de los factores de riesgos y signos clínicos asociados, así como en capacidades técnicas, como la monitorización continua de los signos vitales y el manejo de los mecanismos de soporte ventilatorio y la administración de surfactante, elementos que representan la deficiencia más crítica identificada en la práctica clínica.

Entre los mecanismos de soporte ventilatorio, el manejo no invasivo a través de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) es una de las intervenciones con mayor impacto en la práctica de enfermería neonatal y en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), por lo que la competencia técnica en su administración y monitorización es un elemento prioritario para la eficacia del tratamiento.

Los factores de riesgo maternos y neonatales mejor documentados incluyen la prematuridad, el parto por cesárea sin trabajo de parto, los extremos del peso al nacer (macrosomía y bajo peso al nacer) y la hipertensión/preeclampsia como principal factor modificable. Este último factor exige una vigilancia activa y un modelo de atención anticipatoria para minimizar la morbilidad asociada.

La estructura ideal para los protocolos de atención se basa en la monitorización continua de los recién nacidos (100% de consenso), el establecimiento de algoritmos de soporte respiratorio y una documentación clínica detallada (75% de consenso). Sin

embargo, se identificó la importancia de la educación familiar para asegurar la adherencia al tratamiento.

La integración del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como marco organizativo, junto a flujogramas de decisión claros y componentes de cuidado humanizado centrado en la familia, fue respaldada por las guías clínicas nacionales e internacionales revisadas, garantizando la integralidad de la práctica clínica.

La propuesta de Protocolo de Atención de Enfermería elaborada integra el conocimiento fundamental y mejores prácticas, con un enfoque en cerrar las brechas identificadas, especialmente en manejo técnico y monitorización, para su implementación potencial en las salas de neonatología.

El análisis de la evidencia científica cumplió el objetivo general, consolidando un cuerpo de conocimiento y una estructura para el diseño formal del protocolo, garantizando su relevancia, enfoque integral y contextualización a la realidad de las salas de neonatología.

V.2. Recomendaciones

Implementar un programa de capacitación continua y especializada para el personal de enfermería, centrado en la simulación clínica, la evaluación inicial del síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDN), la monitorización efectiva de estos pacientes y el manejo técnico de los equipos de soporte ventilatorio y el uso del surfactante como tratamiento.

Capacitar al personal en la aplicación correcta y sistemática de las escalas de evaluación y monitorización neonatal, y la administración de CPAP, garantizando la uniformidad de la atención y la calidad de la terapia respiratoria no invasiva.

Establecer un sistema colaborativo de triaje y vigilancia prenatal que priorice la atención en la identificación de factores de riesgo maternos, como la hipertensión y la diabetes, y la monitorización estrecha de los recién nacidos prematuros y aquellos con patologías concomitantes.

Integrar listas de verificación obligatorias en el proceso de ingreso neonatal para activar planes anticipatorios basados en los factores de riesgo, garantizando una monitorización intensiva y una respuesta oportuna.

Adoptar y formalizar un protocolo estandarizado que incluya aspectos ampliamente consensuados, con módulos específicos para el manejo de infecciones concomitantes y la educación de los padres tras el alta, para promover la continuidad de la atención.

Validar el protocolo mediante un periodo piloto con indicadores de gestión y resultados clínicos para evaluar su impacto real y ajustar los procesos, consolidando su incorporación como estándar institucional y así, eliminar brechas en el manejo y seguimiento de estos pacientes.

Promover la realización de estudios posteriores para evaluar la efectividad del protocolo en la reducción de la morbilidad y la mortalidad y en la mejora de la calidad de la atención neonatal.

CAPÍTULO VI

VI. PROPUESTA

VI. 1 Protocolo de Atención de Enfermería

CONOCIMIENTO FUNDAMENTAL Y PRÁCTICAS SOBRE EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL (SDRN)

VI.1.1 Objetivo General

Fortalecer el conocimiento fundamental de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN).

VI.1.2 Objetivo Específicos

- Presentar definición de Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN).
- Exponer aspectos generales de la fisiopatología del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN).
- Describir los principales factores de riesgo sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN).
- Evaluar la dificultad respiratoria neonatal mediante el uso de escalas estandarizadas (ej. Silverman-Anderson) y la identificación de signos clínicos.
- Establecer los procedimientos de enfermería para la prevención y manejo de las complicaciones asociadas al soporte respiratorio (CPAP).
- Detallar las pautas de enfermería para el monitoreo continuo y la asistencia en el manejo técnico del soporte ventilatorio y la administración de surfactante.

- **Definición de Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDRN).**

El Síndrome de distrés respiratorio se trata de la condición o afección causada por varios factores que resulta en una respiración defectuosa, comprometiendo la forma en que el cuerpo absorbe oxígeno y expulsa dióxido de carbono, describiendo una patología neonatal (Mera et al., 2021, p.144).

- **Aspectos generales y fisiopatología**

Es una enfermedad respiratoria compleja frecuente en recién nacidos prematuros, se centra en una deficiencia de surfactante que provoca un colapso alveolar generalizado (Cárdenas, 2020).

La falta de surfactante, reduce tensión superficial alveolar, causa cianosis central, signos de dificultad respiratoria progresiva, hipoxemia y edema pulmonar. Enfermedad de la membrana hialina causado por la inmadurez pulmonar afectando a los recién nacidos pretérminos o prematuros (Ruiz, 2024)

Se presenta un cuadro de dificultad respiratoria, afecta a los neonatos, por la inmadurez funcional, morfológica o bioquímica de los pulmones Deficiencia de surfactante y la inmadurez pulmonar provocan una alteración del intercambio gaseoso. El tipo I por la prematuridad y el tipo II por el sufrimiento fetal, siendo el tipo I el más frecuente (Del Amo, 2020).

- **Factores de Riesgo y Complicaciones más frecuentes del SDRN**

- Prematuridad:

El SDRN es más frecuente en recién nacidos prematuros, ya que el sistema de producción de surfactante se desarrolla por completo alrededor de las 34-36 semanas de gestación (Cárdenas, 2020).

- Bajo peso al nacer

El peso bajo es un factor que ha sido ampliamente asociado a la presencia de SDR, sin embargo considerando que tanto el exceso como la deficiencia notoria en el peso pueden generar dificultad respiratoria (Palacios y Ochoa, 2020).

- Parto por cesárea

Las cesáreas programadas se asocian con una mayor incidencia que los partos normales; el trabajo de parto con la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina mediada por un conjunto de sustancias adaptativas en la cesárea se reemplaza por un nivel de sufrimiento (Cárdenas, 2023).

- Madre diabética / descontrol metabólico

La diabetes en la madre es un factor de riesgo no modificables, se ubica en cinco veces más alta que las madres embarazadas sin diabetes. Se debe establecer en estos casos es llevar un control prenatal adecuado en la maduración pulmonar (Astudillo et al., 2021).

- Rotura prematura de membranas (RPM)

Según Vargas et al., (2024) “los factores de riesgo adicionales relacionados con RPM pretérmino son similares a los observados con el parto prematuro espontáneo” (p.60).

- Infección perinatal/sepsis

Entre las infecciones que afectan a los recién nacidos transmitidas por la madre se encuentran las de las vías respiratorias superiores, que pueden evolucionar a sepsis neonatal, infección sistémica (Salcedo, 2019).

- Embarazo múltiple

Se refiere “complicaciones fetales - asociadas a la prematuridad: es la complicación más frecuente de las gestaciones múltiples. es debida a diversos mecanismos fisiopatológicos entre ellos la sobredistensión uterina.

- Preeclampsia e hipertensión

No solo representa un riesgo para la madre, sino que también puede transmitirse al bebé, ya que puede provocar inmadurez y todas las complicaciones asociadas al síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

- Antecedentes familiares

La prematuridad es el principal factor de riesgo, pero existen otros como los antecedentes familiares (Rollán, 2023).

Las **complicaciones** más frecuentes presentadas en neonatos con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA),

- Hemorragia intraventricular
- Hipertensión pulmonar persistente
- Displasia broncopulmonar
- Daño local de la piel
- Disfunciones renales
- Distensión gástrica
- Síndrome hipotónico
- Conjuntivitis

- **Diagnóstico y triaje inicial**

Evaluar presencia de signos de dificultad respiratoria:

- Taquipnea
- Uso de musculatura respiratoria accesorio
- Aleteo nasal
- Cianosis
- Ciclos de apnea
- Quejidos respiratorios

Utilizar escala de Silverman-Anderson para evaluar el grado de distrés respiratorio:

Pediatría

SILVERMAN-ANDERSON

Dificultad Respiratoria en el RN

SIGNOS CLINICOS	 0	 1	 2
Aleteo Nasal 	Ausente	Minimo	Marcado
Movimientos toraco-abdominales 	Sincronizados	Retraso en Inspiración	Expansión descoordinada
Quejido Respiratorio 	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible
Retracción Xifoidea 	Ausente	Apenas visible	Marcada
Tiraje Intercostal 	Ausente	Apenas visible	Marcada

• 0 puntos: Ausencia de dificultad respiratoria.

• 1-3 puntos: Dificultad leve.

• 4-6 puntos: Dificultad moderada.

• 7-10 puntos: Dificultad grave.

• **Complicaciones y cuidados de enfermería asociados al uso de CPAP neonatal**

Complicaciones	Cuidados de enfermería asociados al uso de CPAP neonatal
Úlceras por Presión	• Coloque el sistema CPAP correctamente, sin apretar demasiado las correas. • Considere el uso de apósitos hidrocoloides para proteger el tabique nasal, el filtrum, el tabique y las mejillas. Mantenga estas áreas secas. • Si lo tolera, alterne entre el uso de la mascarilla y la cánula nasal para cambiar los puntos de presión. • Realice movimientos rotatorios en las fosas nasales para estimular la circulación con cada manipulación.
Distensión Abdominal	• Inserte una sonda orogástrica (OGT): esto facilita la expulsión espontánea de aire o la expulsión activa mediante una succión suave y frecuente (si es necesario). • Abra la sonda OG entre 5 y 10 minutos antes de las tomas o cuando cambie las jeringas si la alimentación se realiza mediante una bomba de infusión continua (CIP) y, a continuación, aspire suavemente para eliminar el aire acumulado. Algunos lactantes requieren una aspiración frecuente del aire gástrico. • Controle la distensión abdominal.
Disconfort	• Cuidados para el desarrollo neurológico (control de la luz y el ruido, posicionamiento, succión no nutritiva, analgesia no farmacológica). • Colocación correcta de la mascarilla o la cánula nasal. • Reevaluar periódicamente el tamaño de la gorra y la posición de la cánula o la mascarilla para evitar fugas de aire si se aflojan con el tiempo. • Evitar una presión excesiva sobre las correas.
Apneas por obstrucción	• Identifique las causas de la desaturación y la bradicardia.

	• Mantenga una posición adecuada de la cabeza y el tronco (posición neutra de la cabeza). • Compruebe la permeabilidad del sistema. Busque condensación en los tubos y compruebe la temperatura de los calentadores. • Antes de mover al recién nacido, evite introducir inadvertidamente agua de los tubos del sistema en las vías respiratorias del recién nacido. • Evalúe las secreciones nasales y orofaríngeas. • Compruebe si hay alguna obstrucción de las fosas nasales por apósitos protectores hidrocoloides. En ocasiones, estos pueden interferir en el sellado adecuado de la cánula o la mascarilla.
Edema palpebral	• Coloque la mascarilla y las correas del sistema CPAP sin aplicar una presión excesiva. • Tome descansos tan a menudo como sea posible.
Problemas por aumento de la presión de la vía aérea	• Sobredistensión pulmonar: con un aumento del CO₂ y presiones > 8 cm H₂O, se produce un aumento del esfuerzo respiratorio, un aumento de la resistencia vascular pulmonar, una disminución del volumen corriente, una disminución del gasto cardíaco y una disminución del retorno venoso. • Riesgo de fugas de aire.
Otros problemas: • Moldeado facial debido a cierres muy ajustados. • Irritación conjuntival (debido a fugas alrededor de la mascarilla).	• Evitar una presión excesiva sobre las correas. • Tome descansos tan a menudo como sea posible.

Fuente: UNICEF. Guía técnica de manejo de la presión positiva continua. 2018

La reflexión final:

- Este protocolo garantiza que el personal de enfermería lidere la monitorización continua y la documentación precisa, que son esenciales para la detección precoz del síndrome de dificultad respiratoria (SDR).
- El conocimiento estandarizado es clave para la correcta ejecución técnica de la ventilación mecánica y la administración de surfactante, subsanando así la principal deficiencia en la práctica.
- Su adopción optimiza la supervivencia y garantiza la continuidad asistencial hasta el alta, mediante el apoyo y la formación de la familia.



Un parto rara vez es algo fácil. Hay muchos factores involucrados y hasta los bebés que no han mostrado ningún problema durante el embarazo pueden tener alguna complicación de última hora.

<https://www.suavinex.com/livingsuavinex/sindrome-de-distres-respiratorio-neonatal/>

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcalá Millán, P., Figuerola Novell, J., Eddrhourhi Laadimat, H., Zamora Bagüés, M., Damia Lozano, J., & Berga Liarte, L. (2021). Síndrome de distrés respiratorio neonatal. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(12).
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-distres-respiratorio-neonatal/>
- Alejo, Z. (2021) Calidad de cuidados de enfermería en Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, Hospital Obrero, Enero - marzo 2017. Tesis de grado, pp. 1-62, Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, Bolivia.
<https://repo.uaajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/52>
- Arias, F. (2023). Investigación documental, investigación bibliométrica y revisiones sistemáticas. *REDHECS*, 31(22), abril – septiembre. p.1-20.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9489470>
- Arnao Ramos, C. F., & Vargas Valdizan, C. L. S. (2022). *Proceso de enfermería a recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio y enfermedad de membrana hialina en un hospital de Lima*. Universidad Peruana Unión. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6116>
- Astudillo MJ, Díaz SA, Álvarez M, Castillo EV, Betancourt MP, Pillajo KM. (2021). Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias. *Cambios rev. méd.* 2021; 20 (1)117-132. DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v20.n1.2021.000>

- Barrantes, M.; Núñez, N.; Rodríguez, A. (2023) Insuficiencia respiratoria por inmadurez pulmonar. *Revista Médica Sinergia*, 6(8)
- Bautista, J. (2024). Variabilidad de la Práctica Clínica: ¿Cómo Reducirla mediante la Estandarización del Proceso de Atención? <https://10care.s4l.life/post/variabilidad-de-la-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-c%C3%B3mo-reducirla-mediante-la-estandarizaci%C3%B3n-del-proceso-de-atenc>
- Betancurth-Loaiza DP; Mejía Alarcón AM; Sánchez Palacio N; Orozco-Castillo L; Giraldo-Osorio A. (2021). Enfermería en atención primaria: plan de decisiones y acciones basado en la transculturalidad. *Av Enferm*, 39(3):385-394.
<http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.86692>
- Brena-Ramos, V. M., Cruz-Cortés, I., & Contreras-Brena, J. C. (s.f.). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio*.
<https://www.unsis.edu.mx/SaludyAdministracion/06/A2.pdf>
- Bustamante C., Salvador N., Manque, (2020). Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.
<https://kinesiologia.uc.cl/wp-content/uploads/2020/07/wiki-01-CR.pdf>
- Carbajal, R. (2020). Metodología de la investigación: investigación bibliográfica/documental. 1ª ed. – San Salvador, El Salvador. p. 1-47.
<https://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/9845/1/Tecnicas-de-investigacion-documental%20%281%29.pdf>
- Cárdenas, W. (2020). Comportamiento clínico y terapéutico del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en recién nacidos atendidos en el hospital Fernando Vélez

- Paiz, enero 2019 a diciembre 2020. UNAN-Managua.
<https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16624/1/16624.pdf>
- Carrión et al., (2022). Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2022; 82 (2): 242-263.
<https://doi.org/10.51288/00820213>
- Centro de Investigación y Desarrollo (CID) (2023). Intervenciones de Enfermería en Neonatos Patológicos. Editorial CID y ciencia latina internacional, 1-171.
https://doi.org/10.37811/cli_w977
- Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona (2021). Asistencia al embarazo y parto de gestaciones múltiples. Protocolo: Asistencia al Embarazo y Parto de Gestaciones Múltiples. <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/gestacionmultiple.pdf>
- Cidraque Zumeta, I., Bayona De Pablo, M. V., Román Cuartero, I., More Rubio, B., Pardos Monreal, B., & Lanceta Ara, L. (2024). Síndrome de distrés respiratorio. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(11).
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-distres-respiratorio>
- Elías, K., Columbié R., Frómeta R. (2020). Factores relacionados con la mortalidad por síndrome de distrés respiratorio neonatal [Internet].;1(1).
<https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/17>
- Cheng, E. (2018). Protocolo de manejo del paciente con insuficiencia respiratoria. Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel, Servicio de Urgencias.

- Chinchay C. (2016). Plan de cuidados al prematuro con Síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién nacido. *CASUS* 1(1): 41-50. DOI:10.35626/casus.1.2016.7
- De Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud* 20(2):171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Del Amo, M. (2021). *Atención sanitaria al recién nacido con síndrome de distrés respiratorio*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid, España. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41939>
- Duche Pérez, Aleixandre, Milena Jaime, Marcela Montesinos, y Ygnacio Tomaylla. 2020. La transición y el proceso de adaptación a la universidad en estudiantes universitarios: una revisión integrativa de la literatura. *Revista Inclusiones*, mayo, 244-58. <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/1550>.
- Elias-Armas KS, Columbié-Martínez R, Frómeta-Tamayo RR. Factores relacionados con la mortalidad por síndrome de distrés respiratorio neonatal. *Gac Med Est*, 1(1):15-24. <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/20>
- García, M. G., Medranda, K. J., Faubla, M. S., & Delgado, E. C. (2021). Riesgos del síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. *Reciamuc*, 5(2), 172-180. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.172-180](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.172-180)
- Guevara, G., Verdesoto, A., Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción).

Recimundo, 4(3), julio pp.163-173.

<http://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>

Gutierrez S, Glymour M, Smith G. (2025). Evidence triangulation in health research. *Eur J Epidemiol*;40(7):743-757. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12304027/>

Loor S, Urrutia M, Huacón J, Ramírez F, Lara C. (2022). Factores asociados al síndrome de dificultad respiratorio neonatal severa. *Revista Ecuatoriana* 2022;23(2):93-100
<https://doi.org/10.52011/160> de Pediatría do

Mairal Buera, M., Palomares García, V., del Barrio Aranda, N., Atarés Pérez, A., Piqueras García, M., & Miñes Fernández, T. (2021). Madeleine Leininger, artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 63.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/madeleine-leininger-articulo-monografico/>

McCossan P.M., Sweet D.G. Surfactant therapy – past, present and future. *Infant* 2018; 14(6): 218-22. https://www.infantjournal.co.uk/journal_article.html?id=7051

Martínez J., Palacios G., & Oliva, D. (2023). Guía para la revisión y el análisis documental: propuesta desde el enfoque investigativo. *Ra Ximhai* 19(1): 67-83.
<https://drive.google.com/file/d/121ggC3dwJyxvoJ-HJi1Q91hp5uU6wWGV/view>

Ministerio de Salud Pública. Recién nacido con dificultad para respirar. Guía de Práctica Clínica (GPC). Primera edición. Quito. 2015. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía técnica de manejo de la presión positiva continua. Informe. UNICEF. 2018; Recuperado en <https://www.unicef.org/paraguay/informes/guía-técnica-de-manejo-de-la-presión-positiva-continua>"
- Morales, D.; Reyna, E., Cordero, E., Arreola, G., Flores, J., Valencia, C., Fernández, L., y Villegas, L. (2016). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatología reproducción humana*, 29(4), 168 – 179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2016.02.005>
- Moreno, S., Yepes, D. y Arias, J. (2020). Síndrome de dificultad respiratoria aguda en el contexto de la pandemia por COVID-19. *CES Med.* vol.34, Medellín. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.covid-19.10>
- MSD Manuals. (2025). *Síndrome de distrés respiratorio neonatal*. MSD Manual Profesional. https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-s%C3%ADndrome-de-distr%C3%A9s-respiratorio-en-reci%C3%A9n-nacidos#Preveni%C3%B3n_v37991470_es
- Muñoz, Y. (2020). Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. *Revista Cuidarte* 10(2), Bucaramanga. Colombia. 2-19. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688>
- Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 13 de julio de

2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2024). *Mortalidad neonatal*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2022). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Washington (DC): PMID: 36853977. DOI: 10.37774/9789275326817

Palacios, J. & Ochoa, T. (2020). *Factores asociados a síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido del Hospital José Carrasco Arteaga 2018. Estudio de casos y controles*. Universidad de Cuenca, Ecuador. <https://core.ac.uk/download/pdf/288582048.pdf>

Paredes, (2016). *Funciones de los sistemas de salud*. Situaciones Clínicas, Síntesis de Conocimientos. <https://sisntesis.med.uchile.cl/condiciones-clinicas/salud-publica/salud-publica-situaciones-clinicas/12678-funciones-de-los-sistemas-de-salud>

Pinargote Macias, J. A., Alvarez Osorio, M. F., Alava Sierra, K. M., & Vines Menéndez, C. V. (2022). Síndrome de distrés respiratorio neonatal. Técnicas ventilatorias. *Recimundo*, 6(2), 478-489. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.478-486](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.478-486)

Quiroga, A. (2015). Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp->

content/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-
s%C3%ADndrome.pdf

Reyes-Ruiz, L. & Carmona Alvarado, F. A. (2020). La investigación documental para la comprensión ontológica del objeto de estudio. Doctorado en Psicología, Universidad Simón Bolívar. <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstreams/2af35a4b-2abf-4f78-a550-0a4e4764e674/download>

Ríos Rivera GP, Calderón Lemus AF, Quintero Naranjo K, Campos Quintero L. (2019). Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia Nasa: aportes desde el modelo del sol naciente. *Rev. Navar. Medica* 5(2):5-13.
<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/197>

Ríos NB, Mosca AM. (2021). Educación continua en el contexto actual, enfoque desde la enfermería. *Salud, Ciencia y Tecnología* 1(29). doi: 10.56294/saludcyt202129

Rodríguez, et al., (2022). Maduración pulmonar fetal en diabetes mellitus pregestacional y complicaciones crónicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 56(2).
<https://portal.amelica.org/ameli/journal/451/4513702018/html/>

Ruiz, E. (2024). *Síndrome distrés respiratorio en neonatos pretérminos: una mirada desde los cuidados de enfermería*. Revisión, Universidad Europea de Valencia, 1-49
https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9045/TFG_Elena%20Ruiz%20Bazuelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Santos Zambrano, J. E. ., & Pineda Caicedo, A. . (2022). Evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo en los neonatos del área de cuidados intensivos del

- hospital “delfina torres de concha”. *Más Vita*, 3(3), 8–21.
- <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0070> (Original work published 15 de octubre de 2021)
- Sandoval-Gutiérrez, J. L. (2018). *Síndrome de distrés respiratorio agudo. A medio siglo de su descripción*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(6). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457758893009>
- Saritama-Guajala, G. E., Yarigsicha-Juela, K. L., & Espinoza-Carrión, F. M. (2023). Nivel de conocimiento de internos de enfermería sobre el manejo del distrés respiratorio neonatal. *Pol. Con.*, 8(1), 197-211. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9263640.pdf>
- Silva Da, B. N., Lira, A. L. B. de C., & Pinto, E. S. G. (2023). Análisis de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cul-tural de Madeleine Leininger. *Cultura De Los Cuidados*, 27(67), 355–374. <https://doi.org/10.14198/cuid.23001>
- Salcedo, S. (2019). Infección neonatal. *Sociedad Española de Infectología Pediátrica*, SEIP, <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/1-6.pdf>
- Usha Raj, J.; Bland, R.; Bhattacharya, J.; Rabinovitch, M.; Matthay, M. (2024). El efecto salvador de vidas del surfactante pulmonar en bebés prematuros. *Sociedad Estadounidense de Investigación Clínica* 134 (9): 59-72.
- <https://doi.org/10.1172/JCI179948>
- Vargas K., Villavicencio, L., Villegas, C. (2024). Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2024; 84 (1): 59-72.
- <https://doi.org/10.51288/00840110>

ANEXO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ

Cuestionario para Encuesta al personal de enfermería de la Sala Materno Infantil del Hospital Ezequiel Abadía

Estimado Personal de Enfermería:

Con su valiosa colaboración, esta investigación se desarrollará como parte fundamental de mi trabajo de grado de Maestría en Pediatría, titulado: **CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA Y SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO NEONATAL**, se aprecia la amabilidad al completar esta encuesta, sus respuestas son completamente confidenciales y se usarán únicamente para mi investigación.

Objetivo: Analizar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio neonatal (SDR) en pacientes de la sala materno infantil del Hospital “Ezequiel Abadía” de Soná, Veraguas, entre julio de 2020 y octubre de 2022.

Indicaciones: Marque con una (x) la(s) alternativa(s) que considere correcta(s). Puede seleccionar una o más respuestas.

MÓDULO I: Datos Sociodemográficos y Laborales.

1. ¿Cuál es su edad?

20 a 30 años	31 a 40 años	41 años o más

2. ¿Cuál es su formación académica?

Licenciatura en Enfermería	Especialidad en Pediatría o Neonatología	Maestría	Otro

4. ¿Cuál es su función principal o especialidad en el cuidado de los neonatos en esta sala?

Enfermera Pediatra	Enfermera Obstetra	Enfermera General/Básica

5. ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene?

1 año a 5 años	6 años a 10 años	10 años o más

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la sala materno-infantil de este Hospital?

Menos de 1 año	1 a 5 años	Más de 5 años

7. ¿Cuál es su turno de trabajo habitual?

Diurno	Nocturno	Rotativo

8. ¿Con qué frecuencia ve recién nacidos con síndrome de Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDR)?

Siempre	Regularmente	Raramente	Nunca

Módulo II: Conocimiento sobre el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal (SDR)

A. Dominio Teórico y Etiológico (una sola respuesta es la correcta).

9. ¿Cuál de las siguientes es la definición más correcta de Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal?

Enfermedad infecciosa viral.	Trastorno respiratorio causado por deficiencia de surfactante pulmonar	Trastorno respiratorio causado por malformaciones congénitas pulmonares.

10. ¿Cuál es la causa principal del Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal?

Aspiración de meconio	Malformación congénita pulmonar	Inmadurez pulmonar y deficiencia de surfactante.	Todas las anteriores

11. ¿Cuál de las siguientes condiciones maternas es un factor de riesgo clave asociado al Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal?

Multiparidad (múltiples partos)	Edad materna avanzada.	Diabetes o hipertensión materna no controlada.

12. ¿Cuál es el medicamento de elección que se le administra a la madre para prevenir el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal en partos prematuros?

Ampicilina	Corticoides	Sulfato de Magnesio.

B. Dominio Clínico y Fisiopatológico (una sola respuesta es la correcta)

13. ¿Conoce usted la escala clínica más utilizada en el Hospital Ezequiel Abadía para evaluar la gravedad del Distrés Respiratorio Neonatal?

Escala de Silverman-Anderson.	Escala de Glasgow.	Escala de Apgar.

14. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de signos indica la presencia de dificultad respiratoria severa?

Cianosis periférica y llanto débil.	Tiraje subcostal leve y taquipnea.	Quejido audible, aleteo nasal marcado y retracciones severas

15. ¿Cuál es el principal factor que diferencia el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN) en las primeras horas de vida?

El peso del neonato.	La edad gestacional.	La necesidad progresiva y prolongada de oxígeno.

C. Dominio del Manejo y Práctica (una sola respuesta es la correcta)

16. ¿Cuál es la principal intervención ventilatoria no invasiva de primera línea para el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal en el Hospital Ezequiel Abadía?

Ventilación Mecánica Invasiva	Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)	Mascarilla con reservorio

17. ¿Cuál es el rango de saturación de oxígeno (SpO₂) mínima aceptable en un neonato prematuro con SDR que se considera estable?

Menos de 85%	90% a 94%	95% o más

18. ¿Cuál es el rol de enfermería inmediatamente después de la administración de surfactante exógeno?

Registrar la hora y dejar al neonato sin manipularlo	Retirar el tubo endotraqueal	Monitoreo intensivo de signos vitales, gasometría y posición adecuada

19. ¿Cuál de estas es la intervención fundamental de enfermería para evitar la pérdida de calor y mantener la estabilidad del neonato con Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal?

Administración de antibiótico	Monitoreo de glicemia	Termorregulación estricta

20. ¿Cuál es la complicación a largo plazo más grave asociada con el SDR en neonatos prematuros?

Retinopatía del prematuro (ROP).	Displasia Broncopulmonar (DBP)	Persistencia del Conducto Arterioso (PCA)

D. Dominio Actitudinal y Protocolario

21. ¿Cómo considera su nivel de conocimiento actual sobre el síndrome de distrés respiratorio neonatal?

Bueno	Regular	Malo

22. ¿Se considera capaz de atender de manera oportuna y efectiva a neonatos con síndrome de distrés respiratorio neonatal?

Sí	No

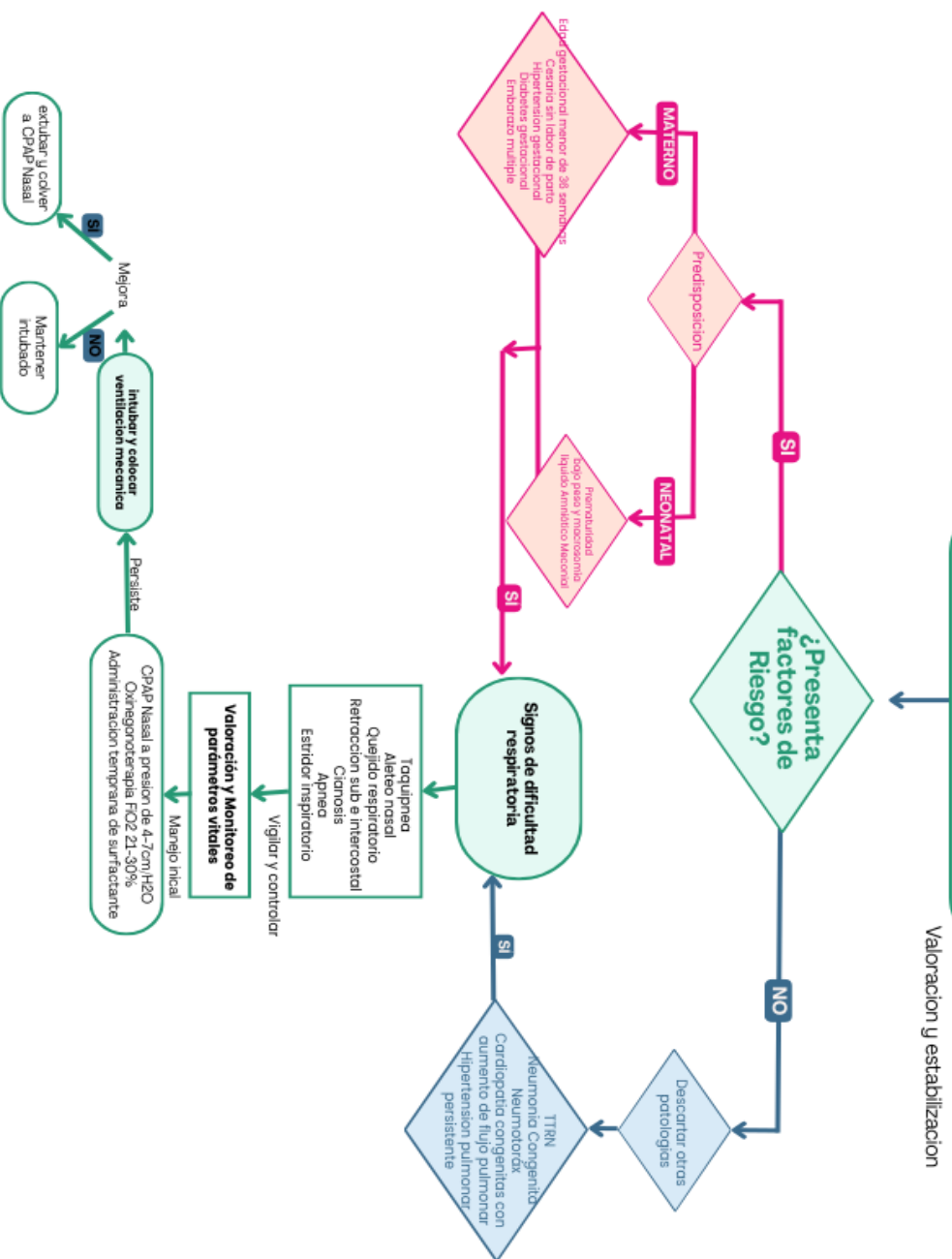
23. ¿Conoce usted actualmente sobre un protocolo escrito y estandarizado para el manejo de neonatos con SDR en la Sala Materno Infantil del Hospital Ezequiel Abadía?

Sí	No

Muchas gracias por su colaboración

Protocolo de atención de Enfermería

Síndrome de Distres Respiratorio Neonatal



David, 10 de noviembre de 2025

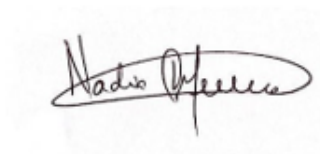
A quien concierna:

Quien suscribe, Nadia C. Miranda A. con cédula de identidad personal número 4-146-1767, hago constar que he revisado y corregido la tesis **CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL** elaborada por: Xochilt Jhoci Abrego González con cédula de identidad 9-733-2494
Yania Betzaida Andrade con cédula de identidad 8-848-803

Dicho trabajo fue corregido de acuerdo con las normas de redacción, coherencia, puntuación, sintaxis, semántica y ortografía.

Para constancia se extiende la certificación, a solicitud de la parte interesada.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nadia C. Miranda', enclosed within a faint rectangular border.

Nadia C. Miranda 4-146-1767

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ

LA FACULTAD DE

Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO
HACE CONSTAR QUE

Nadia Cecilia Miranda Araúz

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS A NIVEL DE POSGRADO Y CUMPLIDO
CON LOS REQUISITOS QUE LO CAPACITAN COMO

**Especialista en Lingüística Aplicada con Especialización
en Redacción y Corrección de Textos**

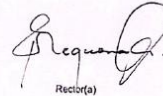
Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES
Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS. EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE ESTE DIPLOMA,
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, A LOS **22** DÍAS DEL MES DE
Julio DEL AÑO DOS MIL **nueve**.


Secretario(a) General

Diploma -020020-

Identificación Personal 4-146-1767 Decano(a)


Vice Rector(a)
de Investigación y Posgrado


Rector(a)



REPÚBLICA DE PANAMÁ TRIBUNAL ELECTORAL

**Nadia Cecilia
Miranda Araúz**

NOMBRE USUAL:

FECHA DE NACIMIENTO: 08-JUN-1964

LUGAR DE NACIMIENTO: CHIRIQUÍ, DOLEGA

SEXO: F

DONANTE

TIPO DE SANGRE:

EXPEDIDA: 09-SEP-2022

EXPIRA: 09-SEP-2037

4-146-1767







PROYECTO Abrego y Andrade-10 12 2025 hoy.docx



Universidad Autón

Chiriquí

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:old::20156:516199941

Fecha de entrega

21 oct 2025, 4:34 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

21 oct 2025, 6:44 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

ANTEPROYECTO Abrego y Andrade-10 12 2025 hoy.docx

Tamaño del archivo

153.6 KB

70 páginas

13.624 palabras

80.689 caracteres

0% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el Informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)
- ▶ Trabajos entregados
- ▶ Fuentes de Internet
- ▶ Base de datos de Crossref
- ▶ Base de datos de contenido publicado de Crossref

Fuentes principales

- 0%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de Integridad

N.º de alertas de Integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.