



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“ASFIXIA PERINATAL RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”.**

**Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.**

**Autora:** Toaquiza Chilibingua, Verónica Pamela

**Tutora:** Lic. Esp. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

**Ambato – Ecuador**

**Octubre, 2017**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“ASFIXIA PERINATAL RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** de Verónica Pamela Toaquiza Chilibuina estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Julio 2017

LA TUTORA

-----  
Lic. Esp. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico **“ASFIXIA PERINATAL RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Julio 2017

LA AUTORA

-----  
Toaquiza Chilibinga, Verónica Pamela

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de caso clínico o parte de un documento disponible para su lectura y procesos de investigación

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la producción de este proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga unas ganancias económicas y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Julio 2017

LA AUTORA

-----  
Toaquiza Chilibingua, Verónica Pamela

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“ASFIXIA PERINATAL RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** de Verónica Pamela Toaquiza Chilibingua estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre 2017

Para constancia firman

.....

**PRESIDENTE/A**

.....

**1er VOCAL**

.....

**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo dedico con mucho amor y esfuerzo a Dios por guiarme y permitirme superar los obstáculos que me asechaban cada día, por la sabiduría, el conocimiento y la salud que nunca me faltó.

A mis padres por ser el pilar fundamental en el largo caminar de mi vida de estudiante, agradecerles por el apoyo infinito e incondicional que siempre me supieron brindar y por permanecer junto a mí apoyándome en todo momento

Finalmente agradecer a toda mi familia por su apoyo incondicional y por guiarme en el buen camino hacia Dios.

Verónica Pamela Toaquiza Chiliquina

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por guiarme y ayudarme durante toda mi vida universitaria, a superarme y salir a delante a pesar de todas las adversidades de la vida.

Agradezco a todos y cada uno de los Docentes de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería por los conocimientos impartidos que sin lugar a duda han sido la base para desempeñarme como un ente positivo para la sociedad.

A mis padres y familiares por encaminarme hacia el bien, haciéndome una persona con valores humanos, soñadora y sobretodo temerosa a Dios, por ser mi apoyo incondicional y creer en mí.

A mis profesores por brindarme y transmitirme sus conocimientos, por el apoyo brindado, por los consejos y motivación que me han dado. Al Lic. José Luis Herrera quien me ayudo en el trabajo de graduación, por orientarme, motivarme y supervisar de manera continúa mi trabajo de graduación.

A mis compañeros y amigos, con los cuales he compartido toda una vida universitaria, de la cual me llevo muchos recuerdos hermosos en las aulas de la universidad, en las prácticas en los diferentes hospitales y especialmente en el internado rotativo de enfermería donde compartimos y adquirimos nuevos conocimientos.

Verónica Pamela Toaquiza Chilibingua

## ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
RESUMEN .....	ix
SUMMARY .....	x
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. OBJETIVOS .....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN .....	4
3.1.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE .....	4
3.2.- RECOPIACION Y DESCRIPCION DE LAS FUENTES DE INFORMACION NO DISPONIBLES	17
4. DESARROLLO .....	21
4.1.-DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO.....	21
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	24
4.5 CARACTERIZACION DE LAS OPOTUNIDADES DE MEJORA:.....	24
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO .....	26
I. INTRODUCCIÓN .....	26
II. OBJETIVOS.....	27
II. JUSTIFICACIÓN.....	27
5. CONCLUSIONES .....	35
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	36
7. ANEXOS .....	39
ANEXO 1 .....	39
ANEXO 2 .....	40
ANEXO 3 .....	41
ANEXO 4 .....	42

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“ASFIXIA PERINATAL RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE  
ENFERMERÍA”**

**Autora:** Toaquiza Chilingua, Verónica Pamela

**Tutora:** Lic. Esp. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

**Fecha:** Julio 2017

**RESUMEN**

Asfixia perinatal es el daño producido en el recién nacido por una anomalía del intercambio gaseoso fetal. Anualmente, a nivel mundial nacen aproximadamente 130 millones de niños de estos, casi el 2.5% nace muerto y más del 3% fallece en los primeros 28 días de vida. **Objetivo:** Analizar los factores que intervinieron a la presencia de Asfixia Perinatal y su relación con los cuidados de enfermería. **Metodología:** se utilizó una metodología descriptiva que permitió establecer contacto con la realidad para observarla y describirla, la finalidad de esta radica en formular nuevos planteamientos y profundizar en los hechos existentes, e incrementar una guía para priorizar la atención de enfermería. **Resultados:** se basó en la información recabada en la historia clínica, en donde se puede observar varios problemas de salud que afectan al usuario, siendo esta una razón importante para la elaboración de una guía de cuidados de enfermería, que ayude a complementar la atención del paciente para un manejo adecuado y lograr un mejor estilo de vida, evitando así complicaciones posteriores. **Conclusión:** durante la investigación se identificó que la Asfixia Perinatal, es una enfermedad que acarrea grandes dificultades que afectan al desarrollo normal del neonato, las mismas que deben ser tratadas inmediatamente para evitar una Parálisis Cerebral.

**PALABRAS CLAVES:** ASFIXIA\_PERINATAL\_PARÁLISIS\_CEREBRAL\_NEONATO.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**NURSERY CAREER**

**“PERINATAL CHOICE RELATED TO NURSING CARE”.**

**Author:** Toaquiza Chilibuina, Verónica Pamela

**Tutor:** Lic. Esp. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

**Date:** July 2017

**SUMMARY**

Perinatal asphyxia is the damage to the fetus caused by an abnormal fetal gas exchange in the newborn. Annually, approximately 130 million children are born worldwide, almost 2.5% are born dead and more than 3% die in the first 28 days of life. **Objective:** To analyze the factors that intervened in the presence of Perinatal Asphyxia and its relationship with nursing care. **Methodology:** a descriptive methodology was used to establish contact with reality to observe and describe it, its purpose is to formulate new approaches and to deepen the existing facts, and to increase a guide to prioritize nursing care. **Results:** it was based on the information collected in the clinical history, where it is possible to observe several health problems that affect the user, being this an important reason for the elaboration of a guide of nursing care, that helps to complement the attention of the Patient for proper management and achieve a better lifestyle, thus avoiding later complications. **Conclusion:** During the investigation it was identified that Perinatal Asphyxia is a disease that carries great difficulties that affect the normal development of the neonate, which must be treated immediately to avoid Cerebral Palsy.

**KEYWORDS:** PERINATAL CHOICE\_CHILDREN'S BRAIN PARALYSIS

## 1. INTRODUCCIÓN

Asfixia perinatal es una alteración en el suministro de oxígeno al momento del nacimiento y que surge como consecuencia de diferentes factores, bien sea durante el trabajo de parto, el expulsivo o los primeros minutos posteriores al nacimiento, asociados a grados variables de hipercapnia y de acidosis metabólica, según (Volpe 2012). Se caracteriza por hipoxemia, retención de CO<sub>2</sub> y acidosis metabólica generando daño cerebral y compromiso de múltiples órganos como el riñón, corazón, pulmones, e intestino.

Anualmente, a nivel mundial nacen aproximadamente 130 millones de niños; de estos, casi el 2.5% nace muerto y más del 3% fallece en los primeros 28 días de vida. Se estimó que las principales causas de muerte neonatal son: prematuridad (28%), infecciones (26%) y asfixia perinatal (23%). Según estadísticas Mundiales de la Salud, más de un millón de recién nacidos que sobreviven a la asfixia desarrollan secuelas como parálisis cerebral y/o problemas del desarrollo y aprendizaje, también pueden presentar sordera, ceguera. La asfixia perinatal puede generar una mortalidad del 20 al 50 %. Según varios autores, los principales factores de riesgo para el desarrollo de asfixia perinatal son: sufrimiento fetal agudo, presencia de meconio en el líquido amniótico, prolapso de cordón umbilical o circular del mismo, distocias fetales, malformaciones congénitas, oligohidramnios o polihidramnios, gestación múltiple, anemia fetal. (John P. 2012).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en Ecuador, la asfixia perinatal afecta de 3 a 5 neonatos por cada 1000 niños nacidos vivos, por ello recomienda a los médicos vigilar el crecimiento y desarrollo de la mujer desde su niñez hasta sus condiciones sociales de vida, así mismo se debe seguir de cerca cada fase del embarazo y del parto, para garantizar el mejor acceso a la salud y los niños nazcan sin problemas de asfixia

Esta patología puede ser considerada como una enfermedad crónica degenerativa y por ende un problema de salud pública a nivel del Ecuador, siendo la principal causa de discapacidad infantil. A lo largo de la historia, diferentes investigadores se han hecho presente para tratar de entender, definir y clasificar a la parálisis cerebral infantil que

dentro de la prevalencia de la misma, globalmente se encuentra aproximadamente que entre 2 y 3 por cada 1.000 nacidos vivos adquieren esta patología (Volpe. J. 2010)

Es muy importante que todo el personal que atienden a recién nacidos esté preparado para efectuar, tanto las medidas mínimas que habitualmente necesitan todos los recién nacidos, proveer calor permeabilizar la vía aérea, aspirar secreciones si fuese necesario y secar al niño, dándole de paso su primer estímulo. Además, se puede administrar oxígeno y reanimación cuando este sea necesario. Durante la reanimación, se debe evitar la hipertermia, que aumenta el consumo de oxígeno.

A los 30 segundos se reevalúa y si el recién nacido está respirando, tiene una frecuencia cardíaca mayor de 100 y está rosado, el recién nacido puede irse con su madre. Si esto no ocurre, se pasa al paso siguiente que es ventilación a presión positiva, masaje cardíaco y la intubación. (González. H 2013)

En el tema de la asfixia perinatal cabe recalcar la importancia de la prevención. Esta parte por identificar oportunamente al feto en riesgo, se debe realizar la medición de la altura uterina que está asociada con el tamaño fetal, la detección de retardo del crecimiento intrauterino, latidos o movimientos fetales disminuidos, para esto es necesario que toda mujer embarazada asista a los controles prenatales para evaluar la condición en el que se encuentra la madre y su hijo, en estos controles el personal de salud realiza ecografías, monitorización basal, que consiste en registrar los latidos fetales y las contracciones.

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar los factores que intervinieron a la presencia de Asfixia Perinatal y su relación con los cuidados de enfermería

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los principales problemas que influyeron en la aparición de Asfixia Perinatal
- Determinar las principales oportunidades de mejora ante los cuidados de enfermería
- Proponer cuidados de enfermería basados en las necesidades del paciente para mejorar su estilo de vida.

### **3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN**

#### **3.1.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE**

La información que se detalla a continuación se obtuvo de la historia Clínica que se encuentra en el hospital IESS Ambato, la cual se obtuvo gracias a la facilidad del personal de estadística y personal de salud, mediante esta historia clínica se ha logrado obtener información concreta para detallar la evolución del paciente.

Otra fuente de información son los libros de la Universidad Técnica de Ambato de la Facultad de Ciencias de la Salud, revistas científicas donde se encuentra información sobre la patología que nos ayudara para analizar e interpretar mi caso sobre la asfixia perinatal.

#### **NOTAS DE EVOLUCIÓN**

##### **Fecha: 01/05/2016**

Paciente femenina de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos personales de importancia, cursando su tercera gesta, acude por presentar dolor abdominal tipo contracción, desde hace aproximadamente 12 horas, acompañado de salida de líquido y tapón mucoso en moderada cantidad, , para lo cual la partera le da que ingiera (agua de anís) con lo cual el cuadro no cede, paramédicos del ECU 911 la traen a esta casa de salud con diagnóstico de embarazo de 40 semanas por FUM (fecha de la última menstruación), mas labor de parto, paciente refiere no tener controles médicos en el establecimiento, verbalmente refiere 3 controles prenatales, 1 eco normal y que la partera estaba asistiendo el parto y al prolongarse decide llamar ala ECU 911. Paciente acude con dilatación de 10cm, borramiento de 100%, por lo que se decide su ingreso y pase directo a la sala de partos.

##### **Análisis:**

Mediante la realización de controles prenatales el personal médico logra valorar el desarrollo de la madre y su hijo. Como menciona la OMS. (2015) son necesarios realizarse 5 controles mínimo, pero como podemos apreciar en la nota de evolución la

madre no cuenta con los controles adecuados durante su embarazo, motivo por el cual la madre presenta un parto riesgoso y su hijo presenta complicaciones como asfixia perinatal.

**Fecha: 01/05/2016**

Bajo normas de asepsia y antisepsia, se recibe por parto cefalovaginal por embarazo de 39 semanas, más expulsivo prolongado, parto distócico, obteniendo recién nacido vivo, sexo masculino, en malas condiciones, líquido amniótico meconial pesado, nace flácido, bradicardico, sin respuesta a estímulos, cianótico, se procede a dar ventilación a presión positiva por el lapso de dos minutos, con lo que no mejora frecuencia cardiaca, que es menor de 60 latidos por minuto, por lo que se inicia masaje cardiaco por un lapso de 2 minutos, al no ceder se decide intubación orotraqueal con tubo 3.5 FRENCH, con éxito sin complicaciones en menos de 30 segundos, luego de lo cual se obtiene frecuencia cardiaca mayor de 100 latidos por minuto , el tubo queda fijado en comisura a 9cm y se decide su ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, Apgar de 3 al minuto y de 9 a los 5 minutos.

**Antropometría:**

Peso: 3045gramos

Talla: 47cm

Perímetro cefálico: 33.2 cm

**Signos vitales:**

Temperatura: 35.5 grados centígrados

Frecuencia cardiaca: 100 por minuto

Saturación de oxígeno: 90% con ventilación

**Análisis**

Mediante la colocación del tubo endotraqueal se pretende ayudar al neonato a mantener una adecuada ventilación, como menciona (C. Ojeda, 2010). La intubación endotraqueal se lo realiza con la finalidad de mantener una ventilación y oxigenación adecuada, acción que se llevó a cabo por el personal de enfermería dándonos como resultado una mejora en la frecuencia cardiaca.

**Fecha: 02/05/2016**

Recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal secundario a sufrimiento fetal, peso adecuado para la edad gestacional, que permanece en incubadora con apoyo de oxígeno a 3 litros, en NPO (nada por vía oral), micción presente y deposición ausente, recién nacido hipoactivo e hiporreactivo al manejo, al momento con una frecuencia cardiaca 148 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 46 por minuto, saturación de oxígeno 96%, temperatura 37.5 grados centígrados, expansibilidad conservada, abdomen suave, depresible, no distendido, recién nacido en regular estado.

**El Médico Indica:** 1-sonda orogastrica cerrada. 2-valorar alimentación enteral. 3-incubadora para mantener temperatura entre 36,5-37 grados centígrados.

### **Análisis**

Mediante la colocación de la sonda orogastrica se pretende probar la tolerancia enteral del neonato, cuya función de la sonda orogastrica es llevar el alimento directamente al estómago de los neonatos que están entubados y de esta manera alimentarlos ya que está imposibilitada su alimentación por vía oral. En su artículo la autora M. Egan, (2014) señala que esta técnica es utilizada en los recién nacidos prematuros con inmadurez en la succión, deglución o aquellos en periodos de transición en el que aporte por vía oral no es suficiente.

**Fecha: 03/05/2016**

Recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal secundario a sufrimiento fetal agudo permanece en incubadora con apoyo de oxígeno a 3 litros por minuto, eliminaciones fisiológicas presentes, recién nacido hipoactivo e hiporreactivo al manejo, al momento con una frecuencia cardíaca entre 123-168 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 72 por minuto, saturación de oxígeno 95%, buen control térmico, icterico en zona I Y II, postura extremidades ligeramente flexionadas, recién nacido en regulares condiciones.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperaturas entre 36,5-37 grados centígrados. 2-oxígeno a 3 litros por minuto. 3-cabecera 30 grados. 4-control de signos vitales. 5-control de ingesta y excreta. 6-Dextrosa en agua al 10% intravenosa cada 12 horas. 7- leche materna 5cc cada 4 horas. 8- Gluconato de calcio 100mg IV cada 8 horas. 9-fototerapia.

## **Análisis**

Al encontrarse el neonato en su tercer día de hospitalización como indicación médica tenemos la administración de leche materna 5cc por sonda orogastrica, debido a que el niño está imposibilitado su alimentación por vía oral. La sonda orogastrica es una alternativa adecuada para iniciar la alimentación con leche materna y se la debe administrar en pequeñas cantidades con el objetivo de estimular la motilidad y la liberación de péptidos gastrointestinal que ayudan a prevenir atrofia intestinal y facilitan la progresión a la alimentación enteral, como nos señala la OMS (2017) la alimentación enteral es el inicio precoz del aporte de pequeños volúmenes de leche ayudando a la motilidad intestinal con aparición de patrones más ordenados y mejor duración del tránsito intestinal

## **Fecha: 04/05/2016**

Recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal secundario a sufrimiento fetal agudo permanece en incubadora con apoyo de oxígeno a 3 litros por minuto, eliminaciones fisiológicas presentes, recién nacido hipoactivo e hiporreactivo al manejo, al momento con una frecuencia cardiaca entre 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 60 por minuto, saturación de oxígeno 95%, buen control térmico, icterico en zona I Y II, postura extremidades ligeramente flexionadas, recién nacido en regulares condiciones.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperaturas entre 36,5-37 grados centígrados. 2-oxígeno a 3 litros por minuto. 3-cabecera 30 grados. 4-control de signos vitales. 5-control de ingesta y excreta. 6-Dextrosa en agua al 10% intravenosa cada 12 horas.7-leche materna o formula 5cc cada 4 horas. 8-Gluconato de calcio 100mg IV cada 8 horas. 9-sonda orogastrica. 10- fototerapia.

## **Análisis**

Al evaluar al recién nacido durante sus días de hospitalización se encuentran que el niño presenta una coloración amarillenta de piel y mucosa, dando como diagnostico Ictericia Fisiológica que se da debido a la inmadurez hepática del recién nacido, que retarda la formación de cantidades suficientes de una enzima llamada glucoronil transferasa que convierte la bilirrubina indirecta y difícil de eliminar a la forma directa y fácil de ser eliminada, el cual el medico indica fototerapia para ayudar a disminuir los niveles de bilirrubina y evitar complicaciones, según menciona American Academy of Pediatrics (2011) la fototerapia es una técnica empleada en la unidad de neonatología para

disminuir los niveles de bilirrubina y evitar daños en el neonato como parálisis cerebral, sordera y que el neonato necesite una exanguinotransfusión.

**Fecha: 05/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para la edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + parto distócico + asfixia perinatal + hijo de madre añosa permanece en incubadora, con buen control térmico, con apoyo de oxígeno a 2 litros por minuto, saturando sobre los 96%, se encuentra en su tercer día de fototerapia, micción y deposición presente, recién nacido hipoactivo, poco reactivo al manejo, en horas de la tarde presenta movimientos de chupeteo que se acompañan de movimientos tónico-clónicos focalizados en extremidades superiores por lo que se inicia tratamiento anticonvulsivante con fenobarbital.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperaturas entre 36,5-37 grados centígrados. 2-oxígeno a 3 litros por minuto. 3-cabecera 30 grados. 4-control de signos vitales. 5-control de ingesta y excreta. 6-Dextrosa en agua al 10% intravenosa cada 12 horas. 7-Gluconato de calcio 100mg IV cada 8 horas. 8-sonda orogastrica. 9- fototerapia. 10-fenobarbital 9 mg Intravenoso cada 12 horas.

**Análisis**

Al valorar que la tolerancia gástrica del neonato es adecuada y no deja residuos se decide continuar con alimentación a base de leche materna por sonda orogastrica, para aportar nutrientes necesarios en el recién nacido, ayuda a favorecer la motilidad gastrointestinal y aumenta la ganancia de peso, como menciona Paris, E. (2012) en su artículo la leche humana de su propia madre es la primera elección para la nutrición enteral del Recién Nacido, este es rico en proteínas, grasas, carbohidratos, sus altas concentraciones de inmunoglobulina A (IgA) y lactoferrina (proteínas que ayudan al cuerpo a combatir infecciones) protegen al bebe frente a los gérmenes.

**Fecha: 06/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para la edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal que permanece en incubadora, con apoyo de oxígeno a 2 litros saturando sobre los 90%, se alimenta con leche materna en toma de 40cc por sonda orogastrica cada 3 horas deja un residuo de 3cc, abdomen suave, depresible, eliminaciones fisiológicas presentes, recién nacido hipoactivo, poco

reactivo al manejo, frecuencia cardiaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 55 por minuto, temperatura 36,0 grados centígrados, extremidades ligeramente flexionadas, recién nacido en incubadora

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperaturas entre 36,5-37 grados centígrados. 2-oxígeno por incubadora 3-destete de oxígeno según tolerancia. 4-cabecera 30 grados. 4-control de signos vitales. 5-control de ingesta y excreta. 6-Dextrosa en agua al 10% intravenosa cada 12 horas.7-Gluconato de calcio 100mg IV cada 8 horas. 8-leche materna 40cc por sonda orogastrica. 9-fenobarbital 9 mg Intravenoso cada 12 horas.10-peso diario.

### **Análisis**

Al presentar el neonato movimientos tónico-clónicos, que son a causa del daño cerebral que presento como consecuencia de la asfixia perinatal durante el parto el medico indica administrar fenobarbital, es un medicamento que actúa como neuroprotector del sistema nervioso central, ayudando a evitar que se presente nuevamente las convulsiones, como menciona Pediamecum, (2011) en su artículo el fenobarbital es un medicamento de primera línea utilizado para el tratamiento de convulsiones neonatales y se lo debe administrar con precaución, tiene riesgo de presentar depresión respiratoria.

### **Fecha: 07/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, que permanece en incubadora, buen control térmico, se alimenta con leche materna 32cc cada 2 horas por sonda orogastrica, buena tolerancia gástrica, deja 1cc de residuo de leche digerida, regular reflejo de succión, eliminaciones fisiológicas presentes, recién nacido hipoactivo, poco reactivo al manejo, mejor tono, presenta ligeros movimientos en extremidades.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperaturas entre 36,5-37 grados centígrados. 2-oxígeno por incubadora 3-destete de oxígeno según tolerancia. 4-cabecera 30 grados. 4-control de signos vitales. 5-control de ingesta y excreta. 6-Dextrosa en agua al 10% intravenosa cada 12 horas.7-Gluconato de calcio 100mg IV cada 8 horas. 8-leche materna 40cc por sonda orogastrica. 9-fenobarbital 9 mg Intravenoso cada 12 horas.10- peso diario. 11-Ampicilina 300mg Intravenoso cada 12 horas.

## **Análisis**

Uno de las indicaciones médicas es la administración de Ampicilina este es un antibiótico que se utiliza para combatir los microorganismos que provocan la infección, este medicamento se le administra al neonato como medida preventiva debido a que hubo manipulación durante el parto por otra persona que no era el personal de salud como menciona M.J. Pantoja (2012) Los microorganismos responsables de la infección neonatal con frecuencia son estreptococos beta hemolíticos y E. coli, que explican el 70% de las septicemias en la población neonatal, pueden instalarse en los periodos prenatales, intranatal y postnatal, entre los factores de riesgo para presentar infecciones es partos prolongados, que cursan estrés y afectan las defensas del organismo contra la infección.

## **Fecha: 09/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para la edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con apoyo de oxígeno a 2 litros, saturando 92%, se alimenta con leche materna en tomas de 35–40cc por sonda orogástrica cada 3 horas no deja un residuo, eliminaciones fisiológicas presentes, recién nacido hipoactivo, reactivo al manejo, frecuencia cardíaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 56 por minuto, temperatura 36.8°C, succión débil, abdomen suave, daño neurológico evidente.

**El Médico Indica:** 1-Incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-oxígeno por incubadora destete progresivo según saturación. 3-cabecera 30 grados. 4-control de signos vitales cada 3 horas. 5-control de diuresis. 6-retirar vía periférica. 7-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 8-leche materna 40 cc por sonda orogástrica cada 3 horas. 9-estimular succión. 10-vigilar tolerancia oral. 11-peso diario. 12-perímetro cefálico cada 48 horas.

## **Análisis:**

Una de las indicaciones médicas es el peso diario, este es un cuidado que debe realizar el personal de enfermería para valorar si el neonato está ganando o perdiendo peso ya que los neonatos que se alimentan por sonda orogástrica tienden a perder peso con facilidad, porque no se están alimentando debidamente como lo harían los demás niños, a pesar que se le administra leche materna, se le debe complementar con el

Aminoplasmal es una sustancia que aporta electrolitos a la nutrición cuando los neonatos necesitan aumentar su peso, como menciona revista scielo (2010). El Aminoplasmal es un suplemento nutricional de administración intravenosa, que contiene sustancias esenciales para aportar calorías y ayudar en la ganancia de peso.

**Fecha: 10/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con apoyo de oxígeno a 2 litros, saturando 92%, se alimenta con leche materna en tomas de 35–40cc por sonda orogástrica cada 3 horas no deja un residuo, eliminaciones fisiológicas presentes, recién nacido hipoactivo, reactivo al manejo, frecuencia cardíaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 56 por minuto, temperatura 36.8°C, succión débil, abdomen suave, daño neurológico evidente.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-oxígeno por incubadora destete progresivo según saturación. 3-cabecera 30 grados. 4-control de signos vitales cada 3 horas. 5-control de diuresis. 6-retirar vía periférica. 7-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 8-leche materna 40 cc por sonda orogástrica cada 3 horas. 9-estimular succión. 10-vigilar tolerancia oral. 11-peso diario. 12-perímetro cefálico cada 48 horas.

**Análisis:**

Al encontrarse los signos vitales del neonato dentro de los parámetros normales entre ellos la Saturación de Oxígeno en un 92% el medico decide comenzar con el destete progresivo de oxígeno, también indica retirar la vía y la administración de Fenobarbital por vía oral lo que nos indica que se empiezan a observar mejorías en el paciente.

**Fecha: 11/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con buen control térmico se alimenta con Leche Materna en tomas de 40 cc cada 2 horas por sonda orogástrica, con buena tolerancia oral dejando un residuo total de 7 cc de leche digerida, succión ausente a pesar de estimulación, micción presente deposición ausente, recién nacido hipoactivo y reactivo al manejo, sostén cefálico débil, tardía respuesta a

estímulos, reflejos alterados plantar, palmar, succión, búsqueda, recién nacido con afectación neurológica.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-cabecera elevada 30 grados. 3-control de signos vitales cada 4 horas 4-control de diuresis. 5-fenobarbital 10 mg VO hora sueño 6-leche materna 40 cc por sonda orogástrica cada 2 horas. 7-estimular succión en cada toma. 8vigilar tolerancia oral. 9-peso diario. 10-perímetro cefálico cada 48 horas.

### **Análisis:**

La mayoría de los recién nacidos con alguna lesión pierden el reflejo de la succión es por eso que la intervención de fisioterapia es de gran ayuda para enseñar al neonato a desarrollar este reflejo de a poco, es importante también enseñar a la madre a que acaricie suavemente las mejillas de su hijo esto ayuda a provocar la succión, colocarse en una posición adecuada con la espalda recta los hombros hacia atrás es muy importante para que él bebe pueda succionar, como menciona DM. Anderson, (2012), para iniciar la estimulación se debe colocar un objeto a succionar durante la administración de la sonda, favorece el desarrollo de la succión, modula la motilidad gastrointestinal y aumenta la ganancia de peso, se ha demostrado que este procedimiento no altera el inicio, frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva

### **Fecha: 12/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con buen control térmico, se alimenta con lactancia materna y se complementa por sonda orogástrica, sin dejar residuos, con buena tolerancia oral, micción y deposición presente, recién nacido hipoactivo y reactivo al manejo, sostén cefálico débil, succión nula, extremidades tono y fuerza disminuidos, recién nacido estable.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-cabecera elevada 30 grados. 3-control de signos vitales cada 4 horas. 4-control de diuresis. 5-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 6-leche materna 40 cc por sonda orogástrica cada 2 horas. 7-estimular succión en cada toma. 8-decúbito ventral y

lateral derecho luego de cada toma por 1 hora con estricta vigilancia. 9-vigilar tolerancia oral. 10-peso diario. 11-perímetro cefálico cada 48 horas.

### **Análisis**

Recién nacido con mismas indicaciones y con los mismos cuidados, lo cual personal de enfermería ejecuta de manera adecuada cada uno de los cuidados, para el bienestar del recién nacido y su recuperación total

### **Fecha: 13/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con buen control térmico, se alimenta con lactancia materna y se complementa por sonda orogástrica, sin dejar residuos, con buena tolerancia oral, micción y deposición presente, recién nacido hipoactivo y reactivo al manejo, sostén cefálico débil, succión nula, extremidades tono y fuerza disminuidos, recién nacido estable.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-cabecera elevada 30 grados. 3-control de signos vitales cada 4 horas. 4-control de diuresis. 5-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 6-leche materna 40 cc por sonda orogástrica cada 2 horas. 7-estimular succión en cada toma. 8-decúbito ventral y lateral derecho luego de cada toma por 1 hora con estricta vigilancia. 9-vigilar tolerancia oral. 10-peso diario. 11-perímetro cefálico cada 48 horas.

### **Análisis:**

El paciente presenta una buena tolerancia oral sin dejar residuos, aunque el reflejo de succión es nulo por lo cual se sigue trabajando junto a fisioterapia. En el artículo publicado por la revista Scielo nos señala los beneficios de la posición decúbito lateral derecho manifestándonos que esta ayuda en las primeras horas post alimentación con el vaciamiento gástrico luego de ser alimentado el lactante, por otro lado la posición decúbito ventral que ayuda a disminuir la cantidad de ácido del esófago. La postura de los recién nacidos forma parte de los cuidados básicos de enfermería por lo tanto se debe tener una extrema precaución con la posición decúbito ventral ya que esta puede causar síndrome de muerte súbita en el lactante.

**Fecha: 15/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con buen control térmico se alimenta con Leche Materna en tomas de 45 cc cada 2 horas por sonda orogástrica, con buena tolerancia oral, micción y deposición presente, recién nacido hipoactivo y reactivo al manejo, sostén cefálico débil, extremidades tono y fuerza disminuidos, hipoactivo con tardía respuesta a estímulos, recién nacido estable.

**Medida antropométricas:** Peso actual: 3268 gramos, Peso anterior: 3264 gramos

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-cabecera elevada 30 grados. 3-control de signos vitales cada 4 horas. 5-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 6-leche materna 50 cc por sonda orogástrica cada 2 horas. 7-estimular succión en cada toma. 8-decúbito ventral y lateral derecho luego de cada toma por 1 hora con estricta vigilancia. 9-vigilar tolerancia oral. 10-peso diario.

**Análisis:**

El paciente se encuentra en condiciones estables con signos vitales dentro de sus parámetros normales, ganando peso por lo cual se aumenta de 45cc a 50cc de leche materna para alimentar al lactante haciendo énfasis en control de la tolerancia oral.

**Fecha: 16/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con buen control térmico se alimenta con Leche Materna en tomas de 50 cc cada 2 horas por sonda orogástrica, con buena tolerancia oral, micción y deposición presente, recién nacido activo y reactivo al manejo, tardía respuesta a estímulos, recién nacido con buena tolerancia oral.

**El Médico Indica:** 1-incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-control de signos vitales cada 4 horas. 3-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 4-leche materna 50 cc por sonda orogástrica cada 2 horas. 5-estimular succión en cada toma. 6-decúbito ventral y lateral derecho luego de cada toma por 1 hora con estricta vigilancia. 7-vigilar tolerancia oral. 8-peso diario.

**Análisis:**

Paciente con signos vitales dentro de sus parámetros normales, con buena tolerancia oral ganando peso, gracias a los cuidados realizados por el personal médico y de enfermería.

**Fecha: 18/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en incubadora, con buen control térmico se alimenta con Leche Materna en tomas de 50 cc cada 2 horas por sonda orogástrica, mantiene buena tolerancia oral con regular reflejo de succión, micción y deposición presente, recién nacido activo y reactivo al manejo, tardía respuesta a estímulos, recién nacido sin apoyo de oxígeno, saturando sobre los 90% al ambiente, con buena tolerancia oral, recién nacido en buen estado

**El Médico Indica:** 1.incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. 2-cabecera elevada a 30°C. 3-control de signos vitales cada 4 horas. 4-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 5-leche materna 50 cc por sonda orogástrica cada 2 horas. 6-estimular succión en cada toma. 7-decúbito ventral y lateral derecho luego de cada toma por 1 hora con estricta vigilancia. 8-vigilar tolerancia oral. 9-peso diario.

**Análisis:**

El reflejo de la succión empieza aparecer pasando este de ser nulo a regular lo cual nos indica que por medio de enfermería y fisioterapia se va logrando que el neonato empiece a succionar, como menciona AM. Oliveira, (2011) en su artículo se le debe colocar al recién nacido exclusivamente al pecho cuando demuestre coordinación de succión y deglución sin comprometer su estabilidad fisiológica.

**Fecha: 21/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en cuna corriente, con buen control térmico, se alimenta con Leche materna por succión en tomas de 5cc y una de 8 cc se complementa con sonda orogástrica 54cc cada 12 horas sin dejar residuo, micción y deposición presente, débil succión, recién nacido activo y reactivo al manejo, recién nacido en condiciones estables.

**El Médico Indica:** 1-cuna corriente más abrigo. 2-cabecera elevada a 30°C. 3-control de signos vitales cada 4 horas. 4-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 5-leche materna 10 cc por succión cada 2 horas y completar 54 cc por sonda orogástrica. 6-estimular succión en cada toma. 7-decúbito lateral derecho y central luego de cada toma por 1 hora con estricta vigilancia. 8-vigilar tolerancia oral. 9-peso diario. 10-perímetro cefálico cada 48 horas.

**Análisis:**

El reflejo de la succión empieza a ser cada vez más bueno, es decir que logra mantener un buen reflejo de succión y deglución y adecuada tolerancia gástrica, esto se logró gracias al personal de enfermería que instruyó a la madre para una adecuada lactancia materna

**Fecha: 23/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en cuna corriente, con buen control térmico, se alimenta por succión, buen reflejo de succión y deglución, buena tolerancia oral, micción y deposición presente, recién nacido activo y reactivo al manejo, paciente en condiciones estables.

**Signos vitales:** Frecuencia Cardiaca 148 por minuto, Frecuencia Respiratoria 48 por minuto, Temperatura 36.6 °C.

**Medida antropométricas:** Peso actual: 3842 gramos, Peso anterior: 3766 gramos.

**Análisis:**

Recién nacido durante su estancia en la unidad de crecimiento permanece estable, con signos vitales dentro de sus parámetros normales, con los cuidados que le brinda el personal de enfermería y médico, lo cual lo ejecutan adecuadamente, cada día se encuentra mejor y preparándose para el alta

**Fecha: 25/05/2016**

Recién nacido a término completo + peso adecuado para le edad gestacional + masculino + sufrimiento fetal agudo + asfixia perinatal, permanece en cuna corriente, buen control térmico, poco activo, pero reactivo ala manejo, ausencia de llanto, buen

reflejo de succión y tolerancia gástrica, saturaciones de hasta 90% al ambiente, eliminaciones fisiológicas presentes. Lactante es dado de alta se entrega instructivo sobre manejo adecuado en casa se educa sobre la importancia de la leche materna durante los 6 primeros meses de vida se indica además que por la condición del RN es necesario el complemento con fórmula para logra satisfacer la necesidad de alimentación

**Signos vitales:** Frecuencia Cardíaca 148 por minuto, Frecuencia Respiratoria 48 por minuto, Temperatura 36.6 °C.

**El Médico Indica:** 1-fenobarbital 10 mg VO hora sueño. 2-leche materna por succión cada 2 horas y complementar con fórmula. 4-alta

#### **Análisis:**

Al presentar el paciente ya buenas condiciones, con signos vitales dentro de los parámetros normales el medico indica el alta, en cual el personal de enfermería refuerza indicaciones médicas, educa a la madre sobre técnicas de lactancia materna, cuidados en el niño y la medicación a administrarse en el hogar.

### **3.2.- RECOPIACION Y DESCRIPCION DE LAS FUENTES DE INFORMACION NO DISPONIBLES**

Toda la información que no se pudo obtener en las historias clínicas, se la obtuvo a través de una entrevista a la madre del paciente durante su hospitalización, con la finalidad de recabar toda la información que no se pudo obtener o que no se halló evidencias a través de la historia clínica

#### **➤ Déficit de controles prenatales por parte de la madre**

Entre las primeras entrevistas se evidencio que la madre no llevo adecuadamente los controles prenatales durante su embarazo, ya que este es uno de los factores de riesgo para que la madre presente problemas durante el parto. Como menciona Tamayo y Ahued, el control prenatal permite establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada, lo que significa un costo menor en su atención y mejorar la calidad de vida de la gestante y su hijo.

➤ **Atención inoportuna**

Otro problema que se ve remarcado para que el paciente presente asfixia perinatal es la demora en la atención del parto, como menciona (A. Sánchez, 2012), es importante que el personal de enfermería que atiende a los neonatos estén adiestrados en los cuidados que se debe brindar al recién nacido inmediatamente después del parto, para evitar que los partos se prolonguen y así evitar complicaciones que puedan conllevar a la muerte o parálisis cerebral del neonato, entre los cuidados que se debe proporcionar al neonato es secar inmediatamente, aspirar secreciones, medidas antropométricas, toma de signos vitales, valorar el test de silverman, como lo podemos notar estos cuidados no se encuentra evidencia en la historia clínica del paciente, ya que estos cuidados son de mucha importancia para el bienestar del paciente y evitar complicaciones posteriores que conlleven a largas estadías de hospitalización.

➤ **Valoración del test de silverman**

Uno de los cuidados muy importantes que se debe realizar al neonato es la valoración del test de silverman esto valora la dificultad respiratoria, técnica que no le han realizado en la unidad de cuidados intensivos, ya que no se encuentra registrado en la historia clínica, como menciona (M. Hernández, 2012) el test de silverman es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios entre ellos tenemos: aleteo nasal, quejido espiratorio, tiraje intercostal, retracción esternal, disociación toracoabdominal.

➤ **Manipulación mínima del recién nacido**

Entre los cuidados que enfermería debe realizar a los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados neonatales es la manipulación mínima para evitar infecciones cruzadas que puedan afectar la recuperación del neonato. La manipulación se lo debe realizar con las normas de asepsias, para lo cual el correcto lavado de manos es muy importante, como menciona la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, (2011) el lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y neumonías y especialmente previene infecciones cruzadas en la unidad de cuidados neonatales que juntas son responsables de la mayoría de muertes infantiles, cuidado que no se ha llevado a cabo debido a que el recién nacido presenta infección.

➤ **Omisión de notas de enfermería**

Al analizar la historia clínica, se observó que no se encuentran notas de enfermería en algunos turnos, ya que las notas de enfermería son muy importantes para tener un respaldo de los cuidados y la medicación que se le administrado al neonato y si la enfermera ha actuado inmediatamente frente a complicaciones que haya presentado el paciente durante su hospitalización, en las notas de enfermería se debe colocar el nombre de la enfermera a cargo, la medicación con sus 10 correctos, pendientes que tenga el niño y se lo debe realizar en forma clara, legible y sin tachones. Como menciona (F. Garzón, 2011) los informes de enfermería son un documento médico legal que se realiza con la finalidad de garantizar la continuidad del cuidado y la mejora de la calidad de la atención de los usuarios

➤ **Aspiración de secreciones**

Como podemos mencionar un recién nacido que este con intubación orotraqueal, se lo debe realizar la aspiración de secreciones, cuidado muy primordial que la enfermera de turno debe realizarle al neonato para mantener una adecuada ventilación y favorecer la oxigenación, como menciona M, J. Aguilar, (2013) en su tratado de enfermería infantil la aspiración de secreciones tiene como finalidad la remoción de secreciones retenidas en el tubo endotraqueal, lo que favorece la ventilación y la oxigenación, la frecuencia de la aspiración endotraqueal debe determinarse según los cambios que se observe en el neonato, como es disminución de la saturación de oxígeno, agitación del neonato, acción de enfermería que no se halla evidenciado en la historia clínica del recién nacido.

➤ **Omisión en los cuidados de administración de medicamentos**

El personal de enfermería al momento de la administración de medicamentos, no lo realiza de la correcta manera, ya que no se halla evidenciado dicho cuidado al momento de administrar la medicación prescrita por el médico, debido a que esta es una acción que la enfermera debe realizar para evitar complicaciones que conllevan al recién nacido a mas días de hospitalización, como menciona J. Becerril, (2011) en su artículo, las reglas de seguridad para la administración de medicamentos deben llevarse a cabo en cada administración de un medicamento las cuales se conoce como los 10 correctos.

➤ **Omision de contrareferencia en cuanto a fisioterapia**

Todos los recién nacidos con asfixia perinatal desarrollan problemas neurológicos, es debido a esto que deben ser enviados al servicio de estimulación temprana y rehabilitación, independientemente de las secuelas específicas con las que cuenten, como podemos mencionar el personal médico al alta del paciente no realiza una referencia a un centro de estimulación temprana, al igual que el personal de enfermería no informa a la madre sobre la importancia de acudir a centros de estimulación temprana como menciona (H. Gonzales, 2011) la estimulación temprana consiste en proporcionar a los niños con parálisis cerebral cuidados que ayuden a fortalecer el cuerpo y el desarrollo de las capacidades y habilidades en las primeras etapas de la vida.

➤ **Información inadecuada sobre los cuidados del recién nacido al momento del alta**

Otro problema que podemos mencionar y que no se halla registrado en la historia clínica es que al ser dado de alta el niño, el personal de enfermería no le educa a la madre sobre los cuidados que se debe brindar en el hogar, como papel importante que cumple la enfermera en cada servicio es brindar información oportuna a la madre durante el alta; entre los cuidados que se debe brindar tenemos: baño del recién nacido, como debe dar la medicación, la importancia de la lactancia materna hasta los 6 meses de edad y de ahí alimentación complementaria, la vestimenta de acuerdo al clima, controles del niño, todos estos cuidados son de mucha importancia se lo debe informar a la madre en palabras que nos pueda comprender y entender, porque estos cuidados van ayudar a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

Como intervención de enfermería que no lo realizan al momento del alta y es muy primordial es la orientación proporcionada a los padres, esta debe ser concisa, clara y simples de entender, se recomienda elaborar folletos informativos con las rutinas básicas de los cuidados del recién nacido en casa, para que los padres cuenten con información necesaria para el correcto cuidado de su hijo.

## 4. DESARROLLO

### 4.1.-DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO

Paciente femenina de 35 años de edad, religión católica, ocupación vendedora ambulante, diestra, primaria incompleta, recibe hierro, ácido fólico y vitaminas, vacuna antitetánica una dosis al quinto mes, antecedentes patológicos personales: ovario poliquístico, antecedentes patológicos quirúrgicos no refiere, cursando su tercera gesta, acude por presentar dolor abdominal tipo contracción, desde hace aproximadamente 12 horas, acompañado de salida de líquido y tapón mucoso en moderada cantidad, para lo cual la partera le da que ingiera (agua de anís) con lo cual el cuadro no cede, paramédicos del ECU 911 la traen a esta casa de salud con diagnóstico de embarazo de 40 semanas por FUM (fecha de la última menstruación), mas labor de parto, paciente refiere no tener controles médicos en el establecimiento, Paciente acude con dilatación de 10cm, borramiento de 100%, por lo que se decide su ingreso y pase directo a la sala de partos, lo cual se recibe bajo normas de asepsia y antisepsia, por parto cefalovaginal por embarazo de 40 semanas, más expulsivo prolongado, parto distócico, obteniendo recién nacido vivo, sexo masculino, en malas condiciones, líquido amniótico meconial pesado, nace flácido, bradicárdico, sin respuesta a estímulos, cianótico, se procede a dar ventilación a presión positiva por el lapso de dos minutos con lo que no mejora frecuencia cardiaca, que es menor de 60 latidos por minuto, por lo que se inicia masaje cardiaco por un lapso de 2 minutos, al no ceder se decide intubación orotraqueal con tubo 3.5 FRENCH, con éxito sin complicaciones en menos de 30 segundos se decide su ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, Apgar de 3 al minuto y de 9 los 5 minutos, sus **medidas antropométricas son:** peso 3045gramos, talla 47cm, perímetro cefálico 33.2 cm, **sus signos vitales son:** temperatura 35.5 grados centígrados, frecuencia cardiaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 60 por minuto y saturación de oxígeno 90% con ventilación. Luego del cual se obtiene recién nacido con diagnóstico de asfixia perinatal secundario a sufrimiento fetal hospitalizado en unidad de cuidados intensivos tras resucitación cardiopulmonar, en incubadora, buen control térmico, en ventilador mecánico, hipoactivo, poco reactivo al manejo, fontanela normotensa, tono y postura extremidades ligeramente flexionadas, piel rosada, hemodinámico, saturación más del 90%, con apoyo de HOOD a 5 litros por minuto,

frecuencia cardiaca entre 123-168 latidos por minuto, frecuencia respiratoria entre 60-64 por minuto, abdomen no distendido, suave depresible, realiza deposiciones, volumen miccional adecuado. Finalmente después de 25 días de hospitalización Recién Nacido con diagnóstico de Recién Nacido a Terminado Completo, Peso Adecuado para la Edad Gestacional, Síndrome de Dificultad Respiratoria tipo II, Sepsis tratada, Asfixia Perinatal superada, en mejores condiciones generales, buen control térmico, poco reactivo, ausencia de llanto, con rigidez muscular generalizada, buen reflejo de succión y tolerancia gástrica, se logra el destete de oxígeno, saturaciones de hasta 90% al ambiente, eliminaciones fisiológicas presentes. Lactante es dado de alta se entrega instructivo sobre manejo adecuado en casa se educa sobre la importancia de lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida

#### **4.2.- DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Al realizar el análisis de caso sobre la evolución de la patología se puede identificar diferentes factores de riesgo que posiblemente pudieron desencadenar el problema que presenta ahora el paciente.

Entre los primeros factores de riesgo tenemos: factores socio-culturales, económicos, ambientales, factores prenatales

Los factores prenatales pueden ser tomados más en cuenta debido a que está relacionado con los problemas que enfrenta la mujer en el momento de su embarazo, ya sea por una mala alimentación, el difícil acceso a los servicios de salud, el poco conocimiento de un embarazo adecuado, y el nivel de pobreza por lo que cursa, ya que por la falta de sustento económico están obligadas a realizar trabajos que implican gran esfuerzo físico, aumentando así el riesgo de un parto prematuro, sufrimiento fetal.

Entre los factores de riesgo podemos recalcar que la madre es indígena, no tiene un buen nivel de instrucción, vendedora ambulante, así como también la falta de control de embarazos, el descuido de la madre en los chequeos médicos periódicos ya que los controles prenatales evalúan la situación del feto y su desarrollo y previenen complicaciones que pueden ser tratadas en la fase prenatal.

Poniéndonos a evaluar también se puede considerar como factor muy importante la falta de recursos económicos, ya que la madre es vendedora ambulante y el padre cargador, falta de información a la madre por parte del personal de salud y falta de asistencia médica durante el parto ya que este parto se realizó en el domicilio y con una partera; ya

que al ver que el parto se prolonga deciden llamar a una ambulancia para que le lleven a un puesto de salud. Un trabajo de parto prolongado puede provocar asfixia perinatal y que el niño quede con secuelas por el resto de su vida.

En cuanto a la falta de controles se evidencia un descuido por parte de la madre, familiares y personal de salud por no realizar visitas domiciliarias a la madre durante la etapa prenatal, al ver que ya no acudía a los controles, ya que la etapa prenatal es la más importante para evaluar y prevenir enfermedades y poder controlarles a tiempo.

Entre otro factor tenemos la edad, ya que la edad avanzada es el mayor riesgo para presentar complicaciones durante el parto.

La OMS (2011) dice que los límites tomados en cuenta como factor de riesgo están en menores de 18 años y mayores de 35 años

#### **4.3 ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

Los factores que se relacionan con los servicios de salud son:

##### **❖ Oportunidad en la solicitud de consulta**

Se pudo considerar la falta de atención y descuido por parte de la madre al no acudir al centro de salud o al hospital IEESS ya que tiene el seguro campesino que cubre la atención tanto del niño como del madre, ya que la madre decide dar a luz con una partera pero al prolongarse el parto deciden llamar a una ambulancia el cual al momento del traslado madre refiere tener el seguro campesino y es por esto que le llevan al hospital IEESS Ambato.

##### **❖ Acceso a la atención médica**

El paciente por venir de una familia de recurso económicos bajos, es dependiente de los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública por su gratuidad, cabe recalcar que la madre del paciente tiene el seguro campesino, por esta razón ella es atendida en el hospital IEES Ambato, pero la madre refiere que no se hacía atender debido a que está muy lejos y no tiene tiempo por su trabajo.

##### **❖ Características de atención**

Las acciones realizadas por parte de los funcionarios públicos y privados para que el paciente puede contar con un diagnóstico oportuno y su tratamiento pueden considerarse como aceptables ya que el paciente recibió todos los cuidados necesarios

ya que estaba hospitalizado en el centro de cuidados intensivos de neonatología, recibió medicación y pruebas complementarias necesarias para evaluar su patología.

❖ **Oportunidad de atención**

La madre refiere que tuvo una buena atención ya que cuando ingreso a emergencia del hospital IESS todo el personal estaba a su disposición y la atención fue inmediatamente y que también a su hijo lo atendieron con todos los cuidados necesarios.

**4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

- ❖ Deficit en los controles de embarazo por parte de la madre
- ❖ Remisión en la atención del parto
- ❖ Manejo inadecuado de aspiración de secreciones
- ❖ Rigidez muscular

**4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES</b>
Captación precoz de la gestante desde el primer trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toda mujer embarazada debe asistir a controles prenatales periódicos con el fin de asegurar el bienestar de la madre y su hijo</li> <li>▪ El personal de salud debe educar a la madre sobre la importancia de asistir a los centros de salud y de no acudir se debe realizar visitas domiciliarias</li> <li>▪ Las mujeres en edad gestacional deben consumir 3 comidas diarias completas con todos los grupos de alimentos</li> <li>▪ Realice ejercicios y utilice ropa cómoda</li> <li>▪ Educar a la madre la importancia de la administración de la vacuna del tétanos y la toma del ácido fólico</li> </ul>
Asegurar una atención del	➤ Coordinar la atención del recién nacido en riesgo

parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutive para el caso	<p>de asfixia con personal que tenga competencias en reanimación neonatal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Preparación del ambiente</li> <li>➤ Prepara material y equipo de reanimación</li> <li>➤ Propiciar los espacios de alojamiento para las madres</li> <li>➤ Tener en cuenta que todo niño asfixiado debe ser atendido en el tercer nivel de atención</li> <li>➤ Manipulación mínima del recién nacido</li> <li>➤ Iniciar ventilación a presión positiva con mascara facial o tubo endotraqueal si fuera necesario</li> </ul>
Mantener vías aéreas permeables	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aspirar secreciones</li> <li>✓ Valorar las características de las secreciones</li> </ul>
Evitar la aparición de úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar a la madre en los cambios de posición cada 2 o 4 horas al niño</li> <li>• Mantener hidratada la piel del niño</li> <li>• Colocar al paciente en posición óptima para los cuidados directos (baño, aseo diario, vestimenta)</li> <li>• Educar a la madre para que realización de ejercicios o movimientos de las extremidades inferiores y superiores</li> <li>• Enseñar a la madre o facilitar a realizar de forma sistemática los ejercicios de movimientos pasivos y activos</li> <li>• Incentivar de manera dinámica la realización de los ejercicios de las articulaciones (mover manos. Mover pies)</li> <li>• Indicarle a que acuda a programas de rehabilitación y estimulación temprana en el centro de salud</li> </ul>

**Autora: Verónica Toaquiza**

**Fuente: Planes de cuidados de enfermería.**

## **4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

Elaboración de un protocolo: PROTOCOLO DE MANEJO EN PACIENTES CON ASFIXIA PERINATAL

### **I. INTRODUCCIÓN**

Asfixia perinatal es el daño producido en el recién nacido por una anormalidad del intercambio gaseoso fetal, generando una serie de cambios irreversibles como: hipoxia, hipercapnia, acidosis metabólica, fracaso de la función de por lo menos dos órganos y en algunos casos la muerte.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2012), señala que en Ecuador, la asfixia perinatal afecta de 3 a 5 neonatos por cada 1000 niños nacidos vivos, por ello recomienda a los médicos vigilar el crecimiento y desarrollo de la mujer desde su niñez hasta sus condiciones sociales de vida, así mismo se debe seguir de cerca cada fase del embarazo y del parto, para garantizar el mejor acceso a la salud y los niños nazcan sin problemas de asfixia

La asfixia perinatal se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido al momento del nacimiento por falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular. Esto conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa

**Los principales factores de riesgo para el desarrollo de asfixia perinatal son:**

- ❖ Sufrimiento fetal agudo
- ❖ Presencia de meconio en el líquido amniótico
- ❖ Prolapso de cordón umbilical o circular del mismo
- ❖ Distocias fetales
- ❖ Malformaciones congénitas
- ❖ Oligohidramnios o polihidramnios

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- ❖ Establecer prioridades de cuidado en pacientes que presenten asfixia perinatal para evitar complicaciones posteriores.

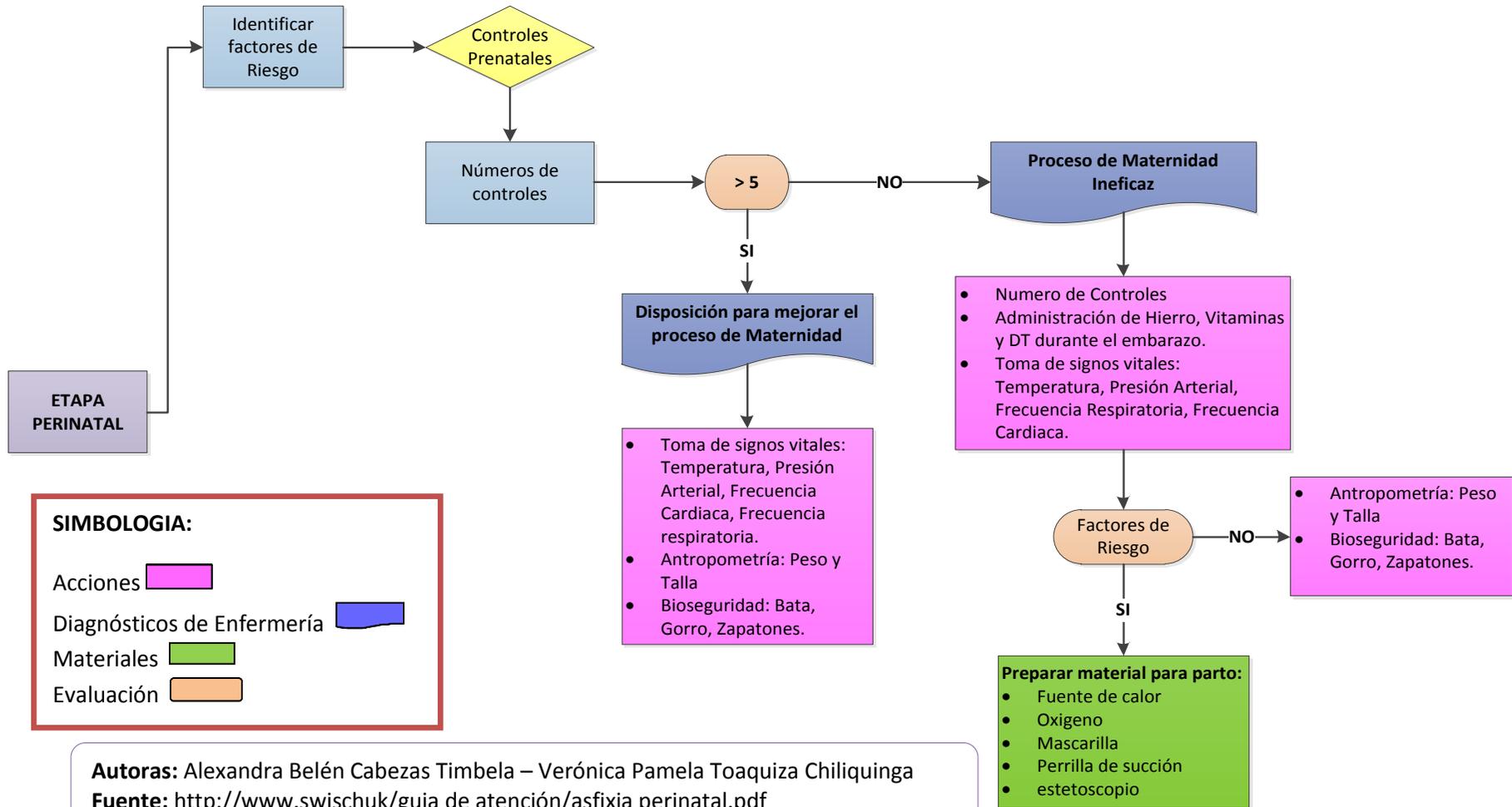
### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Garantizar la atención oportuna de los cuidados que se debe brindar a los recién nacidos
- Enfatizar los cuidados primordiales que se debe realizar en el postparto
- Corroborar con el personal médico y de enfermería en el manejo del protocolo que estamos realizando para mejorar la calidad de vida del paciente

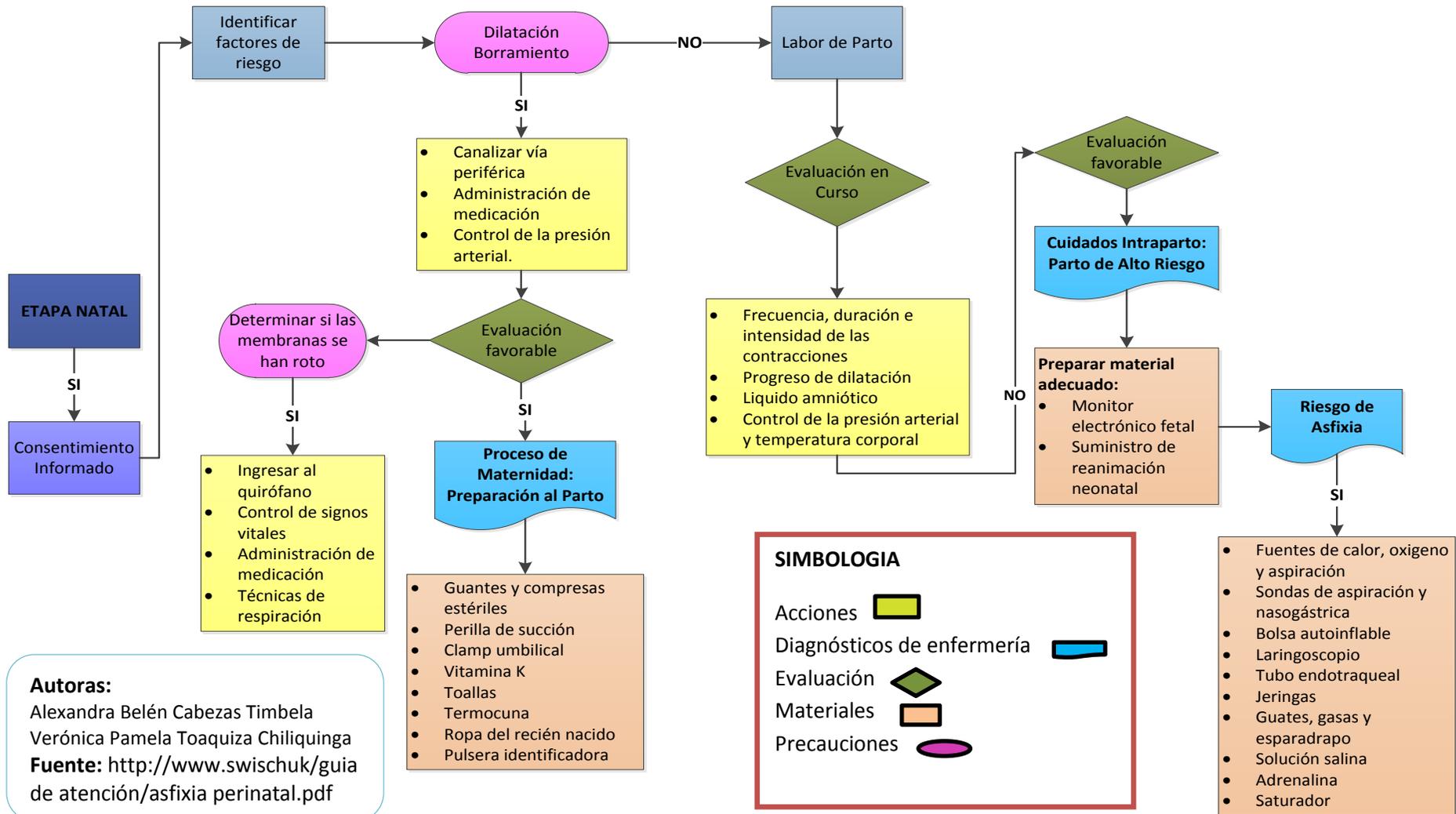
## **II. JUSTIFICACIÓN**

- ✓ Se realiza este protocolo con el fin de mejorar la calidad y calidez de atención del pacientes durante la etapa del parto, esta direccionada al personal de enfermería que cumplirán este rol junto al paciente, será de gran ayuda para evitar que se presenten más de estos casos y puedan actuar antes de que los niños presente complicaciones

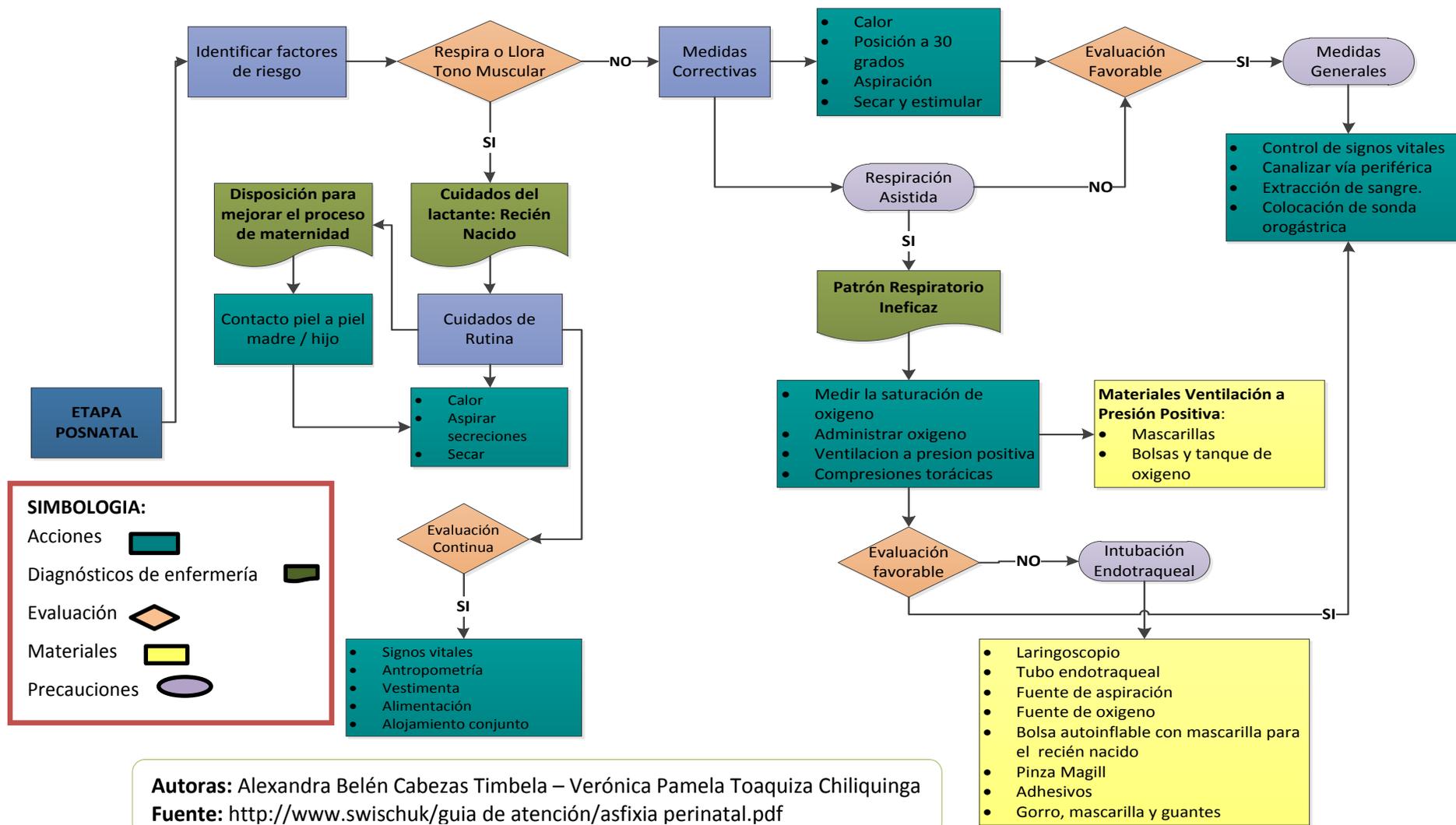
## FLUJOGRAMA PERINATAL DE ATENCION MATERNO



## FLUJOGRAMA DE ATENCION MATERNO CON RIESGO DE ASFIXIA PERINATAL



## FLUJograma POSNATAL DE ATENCIÓN EN EL RECIEN NACIDO CON ASFIXIA PERINATAL



**Autoras:** Alexandra Belén Cabezas Timbela – Verónica Pamela Toaquiza Chilingua  
**Fuente:** <http://www.swischuk/guia de atención/asfixia perinatal.pdf>

## PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

<b>Concepto:</b> La Asfixia Perinatal es la agresión al feto o recién nacido debido a la privación de oxígeno o insuficiente perfusión en diversos órganos, durante el periodo de intraparto.			
<b>Intervenciones de Enfermería</b>			
<b>Etapa Prenatal</b>	<b>Evaluación</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
1.- Realice o revise la Historia Clínica perinatal y el carnet perinatal.			
2.- Establezca factores de riesgo antes del nacimiento del neonato.			
3.- Si encuentra factores de riesgo importantes, comunique al personal médico y prepare el material necesario.			
4.- Si requiere de referencia a unidad de mayor complejidad, el mejor transporte es intrauterino.			
<b>Etapa Natal</b>	<b>Evaluación</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
5.- Asegúrese que el consentimiento informado se encuentre firmado.			
6.- Canalizar vía periférica.			
7.- Administración de medicación.			
8.- Control de Presión Arterial.			
9.- Asegúrese de tener equipos, medicamentos e insumos necesarios en caso de necesitar una			

reanimación cardiopulmonar.			
<b>Etapa Postnatal</b>	<b>Evaluación</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
<b>10.- Si el neonato respira, llora, tiene buen tono muscular y su piel es rosada, brindar:</b>			
Contacto piel a piel madre / hijo			
Calor			
Aspirar secreciones			
Secar			
<b>11.- Evaluación continua:</b>			
Toma de signos vitales			
Medidas antropométricas: Peso, Talla, Perímetro Cefálico			
Vestimenta			
Alimentación			
Alojamiento conjunto			
<b>12.- Si el neonato no respira, no llora, no tiene buen tono muscular y su piel no es rosada, brindar:</b>			
Calor			
Posición a 30 grados.			
Aspirar secreciones			
Secar y estimular			
<b>13.- Si el neonato presenta una evaluación favorable se realizara:</b>			

Control de signos vitales			
Canalizar vía periférica			
Extracción de sangre			
Colocar sonda orogástrica			
<b>14.- Si el neonato no presenta una evaluación favorable y necesita respiración asistida brindar:</b>			
Administrar oxígeno			
Ventilación a presión positiva			
Compresiones torácicas			
<b>15.- Si el neonato no presenta una evaluación favorable se iniciara una entubación endotraqueal:</b>			
Laringoscopia			
Tubo endotraqueal			
Fuente de aspiración			
Fuente de oxígeno			
Bolsa autoinflable con mascarilla del tamaño adecuado del neonato			
Pinza magill			
Adhesivos			
Gorro, mascarilla y guantes estériles			
<b>Medidas Subsecuentes</b>	<b>Evaluación</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
<b>16.- Lavado de manos antes de cada procedimiento a</b>			

realizarse al neonato.			
<b>17.-</b> Control de signos vitales.			
<b>18.-</b> Mantener cabecera a 30 grados para evitar edema cerebral.			
<b>19.-</b> Administración de medicación prescrita			
<b>20.-</b> Manipulación mínima			
<b>21.-</b> Medir perímetro cefálico cada 48 horas			
<b>22.-</b> Iniciar la lactancia materna en pequeñas tomas, tan pronto el organismo del neonato vaya respondiendo de forma efectiva.			
<b>23.-</b> Registrar procedimientos realizados y novedades existentes en la historia clínica			
<b>24.-</b> Educar a la madre sobre técnicas de lactancia materna.			

## 5. CONCLUSIONES

- Como conclusión del estudio de caso sobre asfixia perinatal podemos mencionar que los problemas que influyeron en la aparición de dicha patología, fue el parto prolongado, déficit de controles prenatales por parte de la madre y una falta de información por parte del personal de enfermería del nivel primario
- Podemos concluir que el factor de riesgo principal de la Asfixia Perinatal fue el parto prolongado que al no ser tratado a tiempo desencadenó en muerte cerebral.
- Se realizó esta guía con la finalidad que el personal de enfermería actué inmediatamente cuando se presenten partos prolongados y así evitar complicaciones, que conlleven a secuelas graves.
- Gracias a la guía de enfermería se quiere lograr que se cumplan con los objetivos planteados anteriormente, para de esta manera mejorar atención del recién nacido y su progenitora.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bustos, G., Perepelucia, L. (2010). Enfermería materno infantil y neonatal. (1ra edición). Argentina. Corpus Editorial.
- Cioiii, G, (2003). Observación de los Movimientos Generales En Recién Nacidos Y Lactantes valor pronóstico y diagnóstico. vol. 37, Primera Edición: pág. 30-35.
- Cloherty, J., Eichenwald, E. y Stark A. (2010). Manual de Cuidados Neonatales (4ta. edición). Filadelfia. Masson s.a. editorial.
- Delgado V SC. (2010). Desarrollo psicomotor en el primer años de vida. Primera ed. Chile: Mediterraneo Ltda; (22)
- González J, Moya M, Vioque J. (2001). Factores de Riesgo Predictivos de Secuelas Neurológicas en Recién Nacidos a término con Asfixia Perinatal. España.
- Himmelmann K, Hagberg G, Beckung E, Hagberg B, Uvebrant P. (2005). The changing panorama of cerebral palsy in sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995-1998. Acta Paediatr; 94. London.
- Jean, E., Lang, B., Olsen, M. (2008). Enfermería materno infantil. (2da. edición) Madrid. Harcourt Brace editorial.
- Martínez, E., Pina, F., Gómez, C. (1994). Manual de procedimiento de enfermería materno-infantil. (1ra edición) Murcia: Secretariado de publicaciones editorial.
- Volpe, JJ. (2009).The Encephalopathy of Premature brain injury and impaired brain development inextricably intertwined. Pediatric Neurol. Pag 167-178

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE BASE DE DATOS UTA:

- EBRARY: García, A. Quero, J. (2012) Conducta motora: los movimientos generales. España. Disponible en:<http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10592671&p00=paralisis%20cerebral>
- EBRARY: Alexander MA, Matthews DJ, Murphy KP. EBRARY. [Online]; 2015 [cited 2016 Julio 29. Available from: [//site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=11055206](http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=11055206). (17)

- EBRARY: Acosta, J. Pérez, J. (2013). Retraso mental y defecto motor. Pages: 18. Argentina. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10327661&p00=paralisis%20cerebral>
- SPRINGER: Freeman Miller MD. (2005). Cerebral Palsy. Disponible en: <http://link.springer.com/book/10.1007/b138647>
- SPRINGER: Elizabeth Jeanson. (2005). Neurodevelopmental Therapy. Section II. pp 805-806. Springer New York. Disponible en: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-27124-4\\_12](http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-27124-4_12)
- SCIELO: Ramírez-Villalobos, Dolores; Hernández-Garduño, Adolfo; Salinas, Aarón; González, Dolores; Walker, Dilys; Rojo-Herrera, Guadalupe; Hernández-Prado, Bernardo. Early hospital discharge and early puerperal complications/ Egreso temprano postparto y complicaciones en el puerperio mediato. Salud pública Méx 51(3): 212-218, ILUS, TAB. 2009 Jun. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000300011&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000300011&lang=pt)
- SCIELO: Giacomini-Carmioli, Loretta; Leal-Mateos, Manrique. Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2010/ Characteristics of Prenatal Care of Pregnant Adolescents, Department of Obstetrics, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2010. Acta méd. costarric 54(2): 97-101, TAB. 2012 Jun. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022012000200005&lang=pt](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000200005&lang=pt)

## LINKOGRAFÍA

- ✓ Albright, A L. (1996). Spasticity and movement disorders in cerebral palsy. Journal of Children Neurology 11 (Suppl 1): S1-S4. Recuperado el 20 de septiembre del 2015. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592007000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100005)
- ✓ Alcalá, M. (2015) Complicaciones post parto, cuidados de enfermería. Recuperado el 10 de agosto, 2009, disponible en <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7>.
- ✓ Comunidad Virtual (2013) Etapas del Embarazo. Recuperado el 10 de Julio del 2013, disponible en [http://www.proyecto-bebe.es/etapas\\_del\\_embarazo.htm](http://www.proyecto-bebe.es/etapas_del_embarazo.htm).

- ✓ José Luis F (2013) Rev. Chil. Neuropsicol. 8(1): 26.31, “Hipoxia perinatal y su impacto en el Neurodesarrollo” Disponible: <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/649491-rcnp2013v8n1-5.pdf>
- ✓ Santos Vicet R, Hernandez Garcia D. <http://www.efdeportes.com/>. [Online]. ; 2012 [cited 2016 Julio 23. Available from: <http://www.efdeportes.com/efd168/ejercicios-en-portadores-de-paraliscerebral-espastica.htm>. (15)
- ✓ SCIELO: Simón Gómez-López, 2013) Parálisis Cerebral Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492013000100008&lang=pt](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000100008&lang=pt)
- ✓ World Health Organization (2014) Manual de enfermería neonatal cuidados y procedimientos. Recuperado el 9 de Junio del 2013, disponible en <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Chuto Guamán María Juana** Con CI: **0603678699** representante legal de Tagua Chuto Jofre Timoteo, quien es menor de edad, residente en la provincia de Chimborazo

DECLARO:

En Ambato 19 de Enero del 2017, que la estudiante de Decimo semestre de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato me ha informado de manera clara acerca del análisis de caso que va a realizar con el tema: **“ASFIXIA PERINATAL RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA”** una vez que me ha brindado toda la información requerida y contestada a todas mis dudas, he decidido otorgar Mi Consentimiento para que se haga uso de la información brindada y si llegase a hacer mal uso de esta, lo retiraría en ese momento para lo cual me deja copia de este documento

Yo, Verónica Pamela Toaquiza Chilibuina Con CI: 180486637-2 estudiante de la carrera de Enfermería acogiéndome al principio de confiabilidad asumo no divulgar la información personal que he recibido del paciente.

  
-----  
Chuto Guamán María Juana

## ANEXO 2

### AUTORIZACION DEL HOSPITAL IESS AMBATO



**Ambato, 19 de Mayo del 2017**

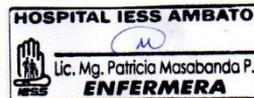
Lic. Mg. Patricia Masabanda Enfermera del Hospital IESS Ambato

Presente.-

De mi consideración

Yo, **Verónica Pamela Toaquiza Chilingua** Con CI: **180486637-2**, estudiante de la Universidad Técnica de Ambato de la Carrera de Enfermería, que realizo el internado en esta institución en el periodo Septiembre 2015 – Agosto 2016 Solicito de manera más comedida se me autorice sacar datos de la historia clínica 1700 del servicio de neonatología ya que me encuentro elaborando mi caso clinico previo a la obtención de mi titulo profesional.

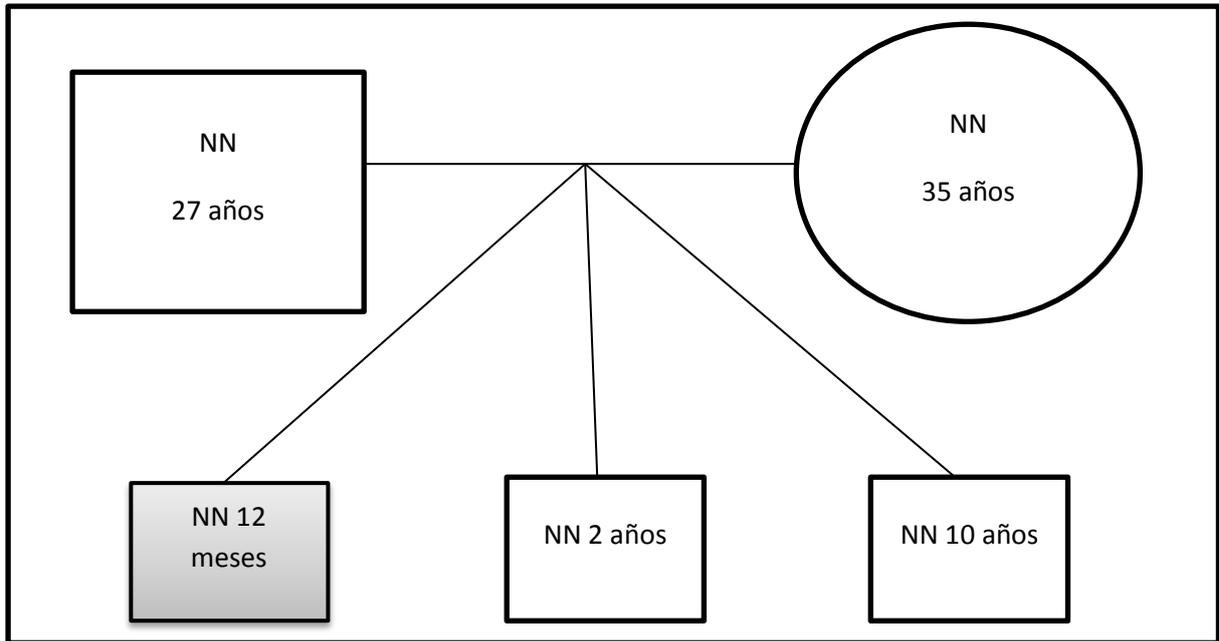
Gracias por su atención



Lic. Mg. Patricia Masabanda

### ANEXO 3

### FAMILIOGRAMA



**Autora: Verónica Toaquiza**



# ANEXO 4

## ECOMAPA FAMILIAR

