



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE

**“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD
DE VIDA DEL PACIENTE”.**

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

Autora: Cabezas Timbela, Alexandra Belén

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

Ambato – Ecuador

Octubre, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema

“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DEL VIDA DEL PACIENTE” de Alexandra Belén Cabezas Timbela 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 **“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE”** 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

Cabezas Timbela, Alexandra Belén

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta 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

Cabezas Timbela, Alexandra Belén

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE”** de Cabezas Timbela Alexandra Belén estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre 2017

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente Proyecto de Investigación se lo dedico a Dios por enseñarme que la fe, la perseverancia y el sacrificio rompen cualquier obstáculo que día a día se presentan en nuestro diario vivir. También lo dedico a mi querida madre Patricia, una mujer que me ha enseñado a encomendarme siempre a Dios, a luchar por lo que quiero, a no desmayarme en el camino y si la vida me tumba a levantarme con más fuerzas y seguir luchando como una verdadera guerrera, sus consejos y ánimos me han permitido llegar a mi etapa final en mi vida universitaria.

A mi hermano Andrés de quien me siento orgullosa por enseñarme a mirar la vida de otra manera, por sus consejos y acciones que me demuestran que es el mejor hermano y que el también logrará sus objetivos propuestos en su vida.

Alexandra Belén Cabezas Timbela

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por las metas alcanzadas, por los sueños logrados, por los momentos buenos y los difíciles, porque no le tengo miedo a la vida porque sé que Tú estás conmigo, confiadamente me cojo de tu mano mi Señor y voy por el mundo en completa seguridad.

Agradezco también a mi madre, hermano y familia por el apoyo incondicional brindado durante este tiempo.

Un sincero agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato que me abrió las puertas para formarme como profesional.

A todos los docentes quienes día a día forman en las aulas futuros profesionales líderes competentes, capaces de tomar decisiones y responder a las necesidades de la humanidad.

Al Hospital Regional Docente Ambato por haberme permitido poner en práctica mis conocimientos adquiridos durante mi formación y hacerme participe de nuevos conocimientos.

Alexandra Belén Cabezas Timbela

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.....	x
SUMMARY	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE	4
3.1 INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA HISTORIA CLÍNICA	4
3.2 IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:.....	20
4. DESARROLLO	24
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO	24
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	25
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS	26
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	26
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	27
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	29
I. INTRODUCCIÓN.....	29
II. OBJETIVOS	30
III. JUSTIFICACIÓN	30
5. CONCLUSIÓN	37
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
6.1 BIBLIOGRAFÍA	38
6.2 CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA	38
6.3 LINKOGRAFÍA	39
7. ANEXOS.....	41
ANEXO 1.....	41

ANEXO 2	42
ANEXO 3	43
ANEXO 4	44

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD
DE VIDA DEL PACIENTE”**

Autora: Cabezas Timbela, Alexandra Belén

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

Fecha: Julio 2017

RESUMEN

El presente análisis trata de una Parálisis Cerebral Infantil, que es considerada como la primera causa de invalidez en la infancia, la incidencia global de la parálisis cerebral infantil es aproximadamente el 2% de los recién nacidos vivos, con tendencia a no disminuir de forma que el número de niños afectados va en aumento.

En él se encuentra información detallada de un paciente de 2 años de edad, sin antecedentes familiares de importancia, con el diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil desde su nacimiento acompañado de tos seca esporádica por más o menos 5 días y alzas térmicas de 38°C axilar por más o menos 4 días; es ingresado por consulta externa al servicio de pediatría, para realizar exámenes específicos y de laboratorio, los mismo que son valorados por el médico tratante dando como diagnóstico Infección Respiratoria Aguda, Síndrome de West, Desnutrición Marasmática y Anemia Polifactorial.

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó una metodología descriptiva obtenida en la historia clínica, en donde se puede observar varios problemas de salud que afectan al usuario, durante la investigación se identificó que la principal causa para desencadenar la Parálisis Cerebral Infantil es la Asfixia Perinatal, lo cual contribuyó a formular nuevos planteamientos e incrementar una guía hospitalaria para priorizar la atención de enfermería, evitando así complicaciones posteriores y lograr un mejor estilo de vida.

PALABRAS CLAVES: PÁRALISIS_CEREBRAL, ASFIXIA_PERINATAL, INVALIDEZ, ANEMIA_POLIFACTORIAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSERY CAREER

**"CHILD CEREBRAL PARALYSIS AND THEIR INFLUENCE ON THE
QUALITY OF THE PATIENT'S LIFE "**

Author: Cabezas Timbela Alexandra Belén

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

Date: July 2017

SUMMARY

The present analysis deals with Cerebral Palsy for Children, which is considered the first cause of disability in childhood, the global incidence of cerebral palsy in children is approximately 2% of live births, with a tendency not to decrease so that the number of children affected is increasing.

In it is detailed information of a patient of 2 years of age, with no family history of importance, with the diagnosis of Cerebral Palsy Child from birth accompanied by sporadic dry cough for more or less 5 days and thermal rise of 38°C axillary for more or less 4 days; is admitted by external consultation to the pediatrics service, to carry out specific and laboratory tests, the same ones that are assessed by the attending physician, giving as diagnosis Acute Respiratory Infection, West Syndrome, Marasmatic Malnutrition and Polifactorial Anemia.

For the development of this work we used a descriptive methodology obtained in the clinical history, where we can observe several health problems that affect the user, during the investigation it was identified that the main cause to trigger Cerebral Palsy is Perinatal Asphyxia, which helped formulate new approaches and increase hospital guidance to prioritize nursing care, avoiding subsequent complications and achieving a better lifestyle.

KEYWORDS: CEREBRAL_PARALYSIS, PERINATAL_ASPHYXIA,
INVALIDITY, POLYPHACTORIAL_ANEMIA

1. INTRODUCCIÓN

La asfixia perinatal se da principalmente por la falta o disminución de oxígeno a los tejidos. Según estadísticas mundiales de la salud más de un millón de recién nacidos que sobreviven a la Asfixia desarrollan secuelas como Parálisis Cerebral. (Flores. J, 2013).

La importancia del presente estudio surge de la necesidad de conocer sobre la incidencia global de la parálisis cerebral infantil que es aproximadamente el 2% de los recién nacidos vivos, con tendencia a no disminuir de forma que el número de niños afectados va en aumento. Es una condición que atraviesa por un daño o una mala formación del cerebro que puede ser proveniente de un parto prematuro o de alguna complicación en el mismo que ocasiona limitaciones funcionales en las actividades motoras, intelectuales, conductuales auditivos, ópticos, y de lenguaje pudiendo llegar a constituirse en un grupo de síndromes en el usuario afectado. (Madrigal. A, 2013)

La parálisis cerebral es la primera causa de invalidez en la infancia. El niño que padece de este trastorno presenta afectaciones motrices que le impiden un desarrollo normal. La psicomotricidad se encuentra afectada en gran medida, estando la relación entre razonamiento y movimiento dañado, y por ende el desarrollo de habilidades que se desprenden de esa relación. (Moreno. V, 2012).

Las Asociaciones Unidas de Parálisis Cerebral (AUPC 2012), aprecian que más de 500.00 Americanos tienen parálisis cerebral. En la revisión epidemiológica americana, la parálisis cerebral infantil afecta a 2 y 3 por cada 1.000 nacimientos.

En el Ecuador según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que existen 2.423.400 personas discapacitadas y 242.340 personas con parálisis cerebral entre diferentes edades (OMS 2016). Esto representa como una problemática que hace parte de las políticas públicas implementada para abordar la discapacidad, con atención prioritaria así como sus estrategias de enfrentamiento, puede instrumentalizar la actuación del profesional de salud.

En el cantón Ambato se ha encontrado personas con diferentes tipos de discapacidad que están relacionadas a la Parálisis Cerebral Infantil de las cuales existen, 1446 personas presentan discapacidad auditiva, 2987 discapacidad física, 1501 discapacidad intelectual, 98 discapacidad de lenguaje, 324 tienen discapacidad psicológica y 860 tienen discapacidad visual, obteniendo un total 7216 personas discapacitadas, en la cual

el 47% de personas con parálisis cerebral se encuentran en edades de 1 a 10 años.
(CONADIS 2017).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

1. Analizar la evolución de la parálisis cerebral infantil a causa de asfixia perinatal mediante la recolección de datos de información disponible y no disponible.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad
- Determinar las actividades que contribuyen a mejorar la calidad de vida y aportar en el estado de salud actual del paciente.
- Elaborar una guía de cuidados de enfermería para la prevención de parálisis cerebral infantil.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

3.1 INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA HISTORIA CLÍNICA:

La información obtenida para la realización del análisis de este caso clínico se obtuvo mediante la historia clínica proporcionada por el Hospital Regional Docente Ambato en la cual se encontró datos como antecedente patológicos personales y familiares, así como la patología del paciente, la evolución y tratamientos brindados.

CENTRO DE SALUD N° 2

28/01/15

Se atiende parto céfalo vaginal y se recibe recién nacido (RN) que no presenta signos vitales al instante se inicia aspiración, estimulación, frecuencia cardiaca en recién nacido (RN) 20 por minuto, se inicia ventilación a presión positiva, masaje cardiaco 3 ventilaciones en 1 minuto, se decide referencia inmediata con personal médico para asistir APGAR 2 – 4. Diagnóstico médico: Asfixia Neonatal, Recién nacido a término + Peso adecuado para edad gestacional (PAEG).

-Según Sánchez, H. (2015), menciona: *La decisión de iniciar una ventilación se determina por 2 características vitales: Respiración (apnea, jadeos o dificultad respiratoria) y la Frecuencia Cardiaca (menos de 100 por minuto).*

Análisis:

Según la bibliografía y protocolos consultados, la asfixia neonatal constituye una situación de emergencia, en el que tanto el personal médico como el de enfermería deben coordinar acciones en el momento del parto, como preparación de materiales, administración de medicación y recepción del recién nacido, para lograr actuar de manera inmediata. Al notar que el neonato nace sin signos vitales se procede a realizar maniobras de resucitación, en el transcurso de la realización de las maniobras de resucitación el personal observa una frecuencia cardiaca de 20 por minuto, según el autor (Sánchez H, 2015) nos menciona que de existir una frecuencia cardiaca de menos

de 100 por minuto se debe proceder a iniciar una ventilación, acción que fue llevada a cabo por el personal de salud.

NOTA DE INGRESO A NEONATOLOGÍA

28/01/2015

Recién nacido de 30 minutos de vida, sexo masculino, parto eutócico en Subcentro de Salud N°2. Madre con labor de parto de 18 horas de evolución y salida de tapón mucoso de 8 horas acude a Subcentro de Salud N°2, no se realiza monitoreo fetal electrónico, toma de frecuencia cardiaca fetal (FCF) por 2 ocasiones a las 20H00 y 21H00 ≥ 144 por minuto, se atiende parto céfalo vaginal de aproximadamente 40 minutos en fase expulsiva, se realiza maniobras de Kristeller, se recibe recién nacido (RN) sin esfuerzo, respiratorio, sin frecuencia cardiaca fetal (FCF), por lo que se aspira secreciones bucales blanquecinas, con frecuencia cardiaca (FC) ≤ 60 por minuto se inicia compresiones torácicas y se procede traslado, en emergencia se recibe recién nacido sin esfuerzo respiratorio, piel fría y rosada, frecuencia cardiaca ≥ 140 , flácido se procede a continuar con ventilación a presión positiva (VPP) y se procede a trasladar al servicio de Neonatología donde presenta respiración espontánea con SPO2 $\geq 90\%$ con O2 a 5 litros en HOOD cerrado, se decide su ingreso con diagnóstico de Recién Nacido a Término, Peso Adecuado para Edad Gestacional, Asfixia Perinatal, Enfriamiento.

Antropometría al nacimiento: Peso: 3142 gramos, Talla: 48 cm, Perímetro Cefálico: 33cm, Edad Gestacional: 41,2 semanas

Signos Vitales: Frecuencia Cardiaca: 150 latido por minuto, Frecuencia Respiratoria: 40 por minuto, Temperatura: 35°C, Saturación de Oxígeno: $\geq 90\%$ con HOOD cerrado a 5 litros.

Indicaciones Médicas: **1.** Cuna de calor radiante para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C **2.** Cabecera 30 grados. **3.** Control de signos vitales cada 4 horas. **4.** Control de ingesta y excreta. **5.** NPO **6.** Dextrosa en agua al 10% 110 cc IV cada 12 horas. **7.** Gluconato de Calcio 100 mg IV cada 8 horas. **8.** Peso cada día en recién nacido. **9.** Perímetro Cefálico semanal en recién nacido estable.

-Según Sánchez, R. (2012), señala: *Cámara cefálica o de Hood es un sistema cerrado muy usado en las unidades de cuidados intensivos, que consiste en una cámara*

cilíndrica transparente que cubre la cabeza del neonato. Normalmente puede brindar hasta el 60% de oxígeno con flujos de 5-10 litros por minuto y con flujos de 10 a 15 litros por minuto hasta el 80%. Tiene dos orificios, una entrada para el oxígeno y una salida para el dióxido de carbono.

Análisis:

Al iniciar la anamnesis y el examen físico se observan signos y síntomas muy graves que pueden comprometer la vida del neonato, en conjunto el equipo médico y de enfermería inician el protocolo de reanimación cardiopulmonar para neonatos, se observa la necesidad de utilizar la cámara de HOOD, que como nos menciona el autor (Sánchez R, 2012) en su artículo este ayuda en un 60 a 80% de la saturación de oxígeno adjuntando a este 5 litros de oxígeno, de esta manera tratando de evitar las alteraciones neurológicas producidas por la falta de oxígeno a órganos diana como el cerebro y corazón.

01/02/2015

Recién nacido de 4 días de vida masculino, con diagnóstico Recién Nacido a Término, Asfixia Perinatal, Enfriamiento, que permanece en incubadora con buen control térmico, con apoyo de oxígeno a 2 litros, saturando 92%, se encuentra en NPO, micción y deposición presentes, recién nacido activo y reactivo al manejo, extremidades tono y fuerza conservadas, recién nacido en incubadora estable.

Signos vitales: Frecuencia Cardíaca 140 por minuto, Frecuencia Respiratoria 48 por minuto, Temperatura 36.5 °C.

El médico indica: **1.** Incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. **2.** Oxígeno a 3 litros por minuto. **3.** Cabecera 30 grados. **4.** Control de signos vitales cada 4 horas. **5.** Control de ingesta y excreta. **6.** Aminoplasmal 15% con electrolitos 62cc. **7.** Dextrosa en agua al 10% 207cc IV cada 12 horas. **8.** Fenobarbital 7.5mg IV cada 12 horas. **9.** Ranitidina 5mg IV cada 8 horas. **10.** Leche Materna por sonda orogástrica 5cc cada 4 horas. **11.** Vigilar tolerancia oral.

Análisis.

Por la recopilación de signos y síntomas que se observan en el neonato, la evolución es favorable, se continua con indicaciones médicas y se refuerza las necesidades

energéticas para la ganancia de peso con la suma de Aminoplasmal y leche materna por sonda orogástrica. El aminoplasmal es un suplemento nutricional de administración intravenosa, rico en proteínas, las mismas que son necesarias para la ganancia precoz de peso en pacientes neonatos. (Vademecum, 2016).

05/02/2015

Recién nacido masculino con diagnóstico Recién Nacido a Término, Asfixia Perinatal, Enfriamiento, que 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 sin dejar residuo, micciones presentes deposiciones ausentes, recién nacido reactivo al manejo, frecuencia cardiaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 56 por minuto, temperatura 36.8°C, succión débil, débil sostén cefálico, recién nacido en incubadora.

El médico indica: **1.** Incubadora para mantener temperatura de recién nacido entre 36,5 – 37°C. **2.** Oxígeno por incubadora destete progresivo según SPO2. **3.** Cabecera 30 grados. **4.** Control de signos vitales cada 3 horas. **5.** Control de diuresis. **6.** Retirar Vía. **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:

A pesar de realizar diferente maniobras por parte del personal de enfermería, se observa que el paciente no presenta una buena succión, lo que conlleva a seguir utilizando sonda para su alimentación, lo que es un factor desfavorable para la autonomía en su alimentación, por otro lado favorable para el desarrollo del paciente su tolerancia gástrica llega a un promedio de 40cc cada 3 horas sin dejar residuo. Al encontrarse los signos vitales del neonato dentro de los parámetros normales entre ellos la Saturación de Oxígeno en un 92% se inicia el destete total de oxigenación complementaria.

14/02/2015

Recién nacido masculino con diagnóstico Recién Nacido a Término, Asfixia Perinatal, Enfriamiento, que permanece en incubadora, con buen control térmico se alimenta con Leche Materna en tomas de 40 cc cada 2 horas por sonda orogástrica, sin dejar residuos, con buena tolerancia oral, micción y deposición presente, recién nacido hipoadactivo y

reactivo al manejo, sostén cefálico débil, succión débil, extremidades tono y fuerza disminuidos, hipoactivo con tardía respuesta a estímulos, recién nacido estable.

Signos vitales: Frecuencia Cardíaca 142 por minuto, Frecuencia Respiratoria 48 por minuto, Temperatura 36.8 °C.

Medidas 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. **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.

-Según el artículo de Revista Scielo, (2011), señala: *La posición prona disminuye la cantidad de ácido del esófago en comparación con la posición supina. Sin embargo, el decúbito prono está asociado con una mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Se recomienda la posición decúbito lateral derecho en las primeras horas post alimentación ya que esta ayuda al vaciamiento gástrico y luego deberá cambiarse a decúbito lateral izquierdo para disminuir el reflujo.*

Análisis:

Acatándonos a la indicación médica que nos manifiesta colocar al neonato en decúbito ventral y lateral derecho luego de la alimentación por 1 hora con estricta vigilancia y según el artículo publicado por la (Revista Scielo, 2011) 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 ayuda a disminuir la cantidad de ácido del esófago. La vigilancia de una correcta posición anatómica forma parte de los cuidados básicos de enfermería por lo tanto se debe tener una extrema precaución con la posición decúbito ventral ya que como nos manifiesta la (Revista Scielo, 2011) en su artículo esta puede causar síndrome de muerte súbita en el lactante.

03/03/2015

Recién nacido masculino con diagnóstico Recién Nacido a Término, Asfixia Perinatal, Enfriamiento, que permanece en cuna corriente, con buen control térmico, se alimenta con Leche materna 10 cc por succión complementándose con sonda orogástrica 54cc con buena tolerancia oral y succión regular sin dejar residuo, micción y deposición presente, débil succión, recién nacido activo y reactivo al manejo, paciente en condiciones estables es dado de alta.

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

Medidas antropométricas: Peso actual: 3842 gramos, Peso anterior: 3766 gramos.

El médico indica: **1.** Estimulación temprana. **2.** Fenobarbital 10 mg VO hora sueño. **3.** Leche materna por succión cada 2 horas. **4.** Alta

Análisis:

Después de 34 días de hospitalización y tras una ardua tarea por parte del personal de enfermería y médico, por contrarrestar todas las dificultades que conlleva un paciente neonato con diagnóstico de Asfixia Perinatal, se logra obtener una evolución favorable para el paciente, obteniendo: una autonomía total de oxigenación, una ganancia adecuada de peso y una favorable succión para continuar la ganancia de peso ambulatorio. El médico tratante a cargo del paciente indica el alta, para ello el personal de enfermería refuerza indicaciones médicas como, la importancia de continuar con la medicación de Fenobarbital en el domicilio el mismo que ayuda a producir un efecto neuroprotector y a evitar un edema cerebral, educar a la madre sobre técnicas de lactancia, cuidados en el niño en la alimentación, higiene y asistir a controles permanentes en el centro de salud más cercano, para que de esta manera no se pierda el arduo trabajo realizado en esta casa de salud y que tanto paciente como familiares puedan llevar una vida adecuada.

NOTA DE INGRESO A PEDIATRÍA

08/05/2017

INFORME DE ENFERMERÍA

Paciente ingresa al servicio de pediatría consciente, fascies pálidas, ingresa con placas de Rayos X y sin vía periférica.

INFORME MÉDICO

Paciente de 2 años 3 meses, masculino preescolar, indígena nacido en Ambato y residente en Salasaca, nivel socio económico y cultural medio. Producto de primera gesta, embarazo bien controlado, Controles prenatales 9, Ecos 3, Antetánica 2 dosis, Hierro y Vitaminas sí. Nace por parto eutócico a término (41 semanas), en institución pública llanto tardío, refiere maniobras de resucitación, asfixia neonatal, Alimentación: 8 veces al día cada 3 horas, Ablactación: 6 meses, Inmunizaciones: completas, Desarrollo psicomotriz: inadecuado.

Antecedentes Patológicos Personales (APP): Asfixia Neonatal, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Epilepsia, Síndrome de West desde el nacimiento.

Antecedentes Patológicos Quirúrgicos (APQ): Botón gástrico hace 5 meses.

Alergias: No refiere.

Motivo de Consulta: Madre refiere que desde hace más o menos 5 días presenta tos seca esporádica, hace más o menos 4 días presenta alza térmica de 38°C axilar más persistencia de la tos por lo que acude a facultativo quien prescribe: Amoxicilina más Ácido Clavulánico 2 cc cada 6 horas y Loratadina 2 cc cada 6 horas con lo que la madre nota leve mejoría.

El día de hoy acude a valoración por médico Pediatra quien valora y decide su ingreso.

Examen Físico: Frecuencia Cardíaca (FC): 103 por minuto, Frecuencia Respiratoria (FR): 26 por minuto, Saturación de Oxígeno: 75%.

Paciente somnoliento, afebril, hidratado, cabeza normocefalica, pupilas isocóricas normoreactivas, mucosas orales semihúmedas, orofaringe eritematosa no congestiva,

tórax simétrico, expansible, abdomen suave depresible con presencia de botón gástrico, pulsos distales presentes.

Diagnóstico: Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Marasmática, Anemia Polifactorial.

El médico indica: **1.** Dieta para botón gástrico cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **2.** Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas. **3.** Cabecera a 45 grados. **4.** Dextrosa en agua al 5% 1000cc más 10cc de Cloruro de Sodio y 10 cc de Cloruro de Potasio, IV pasar 600 cc en 24 horas. **5.** Ampicilina 350 mg IV STAT y luego cada 6 horas. **6.** Oxígeno por cánula nasal para mantener saturación $\geq 90\%$. **7.** Vancomicina 100 mg IV STAT y cada 6 horas. **9.** Ceftriaxona 350 mg IV STAT y cada 12 horas.

-Según Reyes A, (2014), señala: *Las Enfermedades Respiratorias Agudas constituyen la principal causa de morbilidad en menores de 5 años a nivel mundial, y dentro de este conjunto de patologías aquellas que conforman la Infección Respiratoria Aguda (IRA) son las de mayor prevalencia, siendo el principal motivo de consulta ambulatoria en pediatría en un 30 al 50% y entre 20% y 40% de motivos de hospitalización. El 78% de los pacientes con desnutrición presentan un cuadro de IRA.*

Análisis:

Según la bibliografía consultada en el artículo de (Reyes A, 2014) nos señala que del 30 a 50% de consultas pediátricas ambulatorias corresponde a un diagnóstico de IRA de estas entre el 20 y 40% son motivos de hospitalización. La misma que abarca la sintomatología que la madre del paciente en estudio menciona: malestar general, tos y fiebre, a esto se suma la patología de base Parálisis Cerebral Infantil (PCI) con lo cual entraría en el 78% de pacientes que debutan con este cuadro clínico.

Cuando el paciente ingresa observamos que la saturación de oxígeno se encuentra en un 75% por lo cual el médico indica la administración de oxígeno, entre los cuidados de enfermería direccionados a la patología, sabiendo que estamos tratando con un paciente pediátrico, se debería realizar la toma de signos vitales cada hora, ya que no existe una adecuada saturación, es importante también educarle a la madre ante cualquier signo de alarma.

09/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Marasmática, Anemia Polifactorial. Madre refiere que el niño ha permanecido irritable, no convulsiones, no diarrea, ha tosido por una ocasión, paciente irritable al manejo, somnoliento, Frecuencia Cardíaca 100 por minuto, Frecuencia Respiratoria 38 por minuto, Saturación de Oxígeno 95%, mucosas orales húmedas, orofaringe eritematosa, pulmones con estertores subcrepitantes de grandes burbujas, corazón no soplos, abdomen suave depresible, presencia de gastrostomía en cuadrante superior derecho, extremidades superiores e inferiores presencia de petequias, paciente en mal estado general.

El médico indica: **1.** Dieta para botón gástrico (sonda) 700 calorías dividido cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **2.** Control de signos vitales **3.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **4.** Dextrosa en agua al 5% 1000cc más 13.5 cc de Cloruro de Sodio y 11.5 cc de Cloruro de Potasio más 5 cc de Gluconato de Calcio, IV pasar 300 cc en 24 horas. **5.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **6.** Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **7.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada día. **8.** Ácido Ascórbico 30 mg IV cada 12 horas. **9.** Ácido Valproico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástrico cada 12 horas. **10.** Oxígeno 0,5 litros para Saturar > 90%

-Según Anderson M, (2016), señala: *Es importante limpiar el botón gástrico antes y después de usarlo para alimentar al paciente, antes y después de administrarle los medicamentos para evitar infecciones esto debido a que la piel está acondicionada para anular, tolerar o minimizar las agresiones ambientales, pero no está preparada para hacer contacto con los fluidos y secreciones internas que puedan salir por un estoma.*

Análisis:

Dada de la gravedad del paciente reflejada en los antecedentes posnatales adjuntados a esto los signos y síntomas con los que ingresa a esta casa de salud, tanto el personal médico como de enfermería deben trabajar equitativamente, para juntar esfuerzos y eliminar lo más pronto posible la sintomatología presentada, evitando una infección nosocomial; esto se puede realizar tras un seguimiento continuo por el personal médico y el correcto manejo por parte del personal de enfermería. Como se puede observar en el reporte médico el paciente se encuentra en mal estado, por ende la enfermera debe trabajar

junto con la madre para brindarle un confort adecuado al paciente, la limpieza del botón gástrico es muy importante como nos menciona (Anderson M, 2016) para evitar infecciones sin embargo esta acción no se encuentra entre las indicaciones médicas, pero es importante que la enfermera eduque a la madre sobre el correcto cuidado del botón gástrico su limpieza, invitándola a realizar la misma con supervisión del personal de enfermería y de esta manera poder corregir errores en ese momento, ya que esta es la mejor manera de evitar posibles errores de cuidados en el domicilio por parte de la madre y de los familiares.

10/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Mixta, Anemia Polifactorial. Madre del paciente refiere que el niño permanece irritable, no convulsiones, tos seca, esporádica, vómito por una ocasión residuo alimentario, no fiebre, Frecuencia Cardíaca 116 por minuto, Frecuencia Respiratoria 37 por minuto, Saturación de Oxígeno 96%, mucosas orales húmedas, orofaringe eritematosa, pulmones con estertores bilateral, corazón no soplos, abdomen suave depresible, presencia de botón gástrico, extremidades superiores e inferiores movilidad y tono conservado, paciente en su segundo día de hospitalización con mejoría clínica recibiendo antibioticoterapia, madre valorada por psicología con diagnóstico de episodio de depresión leve.

El médico indica: **1.** Dieta para botón gástrico (sonda) 700 calorías dividido cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **2.** Control de signos vitales **3.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **4.** Dextrosa en agua al 5% 1000cc más 13.5 cc de Cloruro de Sodio y 11.5 cc de Cloruro de Potasio más 5 cc de Gluconato de Calcio, IV pasar 300 cc en 24 horas. **5.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **6.** Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **7.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada día. **8.** Ácido Ascórbico 50 mg IV cada 12 horas. **9.** Ácido Valproico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástrico cada 12 horas. **10.** Oxígeno 0,5 litros para Saturar > 90%.

-Según el artículo de Revista Electrónica de Psicología Iztacala, (2012), señala: *Los padres de niños con discapacidad experimentan frecuentemente fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal. Aunque dichos trastornos guardan una relación directa con la clase de discapacidad que el niño presenta y la gravedad de los trastornos de conducta presentes.*

Análisis:

Hildegard Peplau mira a la enfermería como una relación humana entre el individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda puede infundir mucho en la evolución favorable del paciente y del estado psicológico de los familiares.

Dada la enfermedad del paciente y a medida que los días pasan, se instaura un tratamiento psicológico dirigido hacia una madre joven, primeriza que durante la estadía de su hijo en el hospital empieza a presentar un cuadro depresivo, propio en padres y familiares que socializan con pacientes con alteraciones neurológicas, es aquí donde el personal de enfermería juega un papel importante, ya que es este el personal que llevara más tiempo de contacto directo con el paciente y familiares, por ello la enfermera debe dialogar directamente con la madre, apoyarla, darle ánimos para obtener una mejor asimilación ante la enfermedad de su hijo y aportar en su recuperación.

11/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Mixta, Anemia Polifactorial. Niño permanece tranquilo, no convulsiones, no diarrea, no fiebre, no vómito, tos seca esporádica, Frecuencia Cardíaca 103 por minuto, Frecuencia Respiratoria 46 por minuto, Saturación de Oxígeno 91%, Peso 6,7 kg, paciente hidratado afebril, mucosas orales húmedas, orofaringe no eritematosa, pulmones buena entrada y salida de aire, corazón rítmico no soplos, abdomen suave depresible, presencia de botón gástrico, extremidades superiores e inferiores movilidad y tono conservado, paciente en su tercer día de hospitalización con mejoría clínica recibiendo antibioticoterapia.

El médico indica: **1.** Dieta para botón gástrico (sonda) 800 calorías dividido cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **2.** Control de signos vitales **3.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **4.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **5.** Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **6.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada día. **7.** Ácido Ascórbico 50 mg IV cada 12 horas. **8.** Ácido Valproico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástrico cada 12 horas. **9.** Oxígeno 0,5 litros para Saturar > 90%. **10.** Control de Ingesta y Excreta. **11.** DISH **12.** Peso diario **13.** Aseo Corporal

-Según Moreno J, (2012), menciona: *Los datos antropométricos constituyen una pieza clave tanto para la valoración inicial como para la medida de los resultados de la intervención nutricional. Las ecuaciones habituales basadas en el peso, talla y edad se utilizan para estimar el índice de masa corporal y determinar la cantidad de grasa corporal en el niño.*

Análisis:

Entre las indicaciones médicas encontramos que se ordena iniciar medición del peso diario, el cual es muy importante ya que los niños con parálisis cerebral infantil tienden a no ganar peso con facilidad. De esta manera se puede indicar al médico si el paciente está ganando peso adecuadamente y de no ser así tomar las medidas necesarias para evitar una pérdida considerable de peso. Al revisar la historia clínica nos encontramos con el niño no es tallado diariamente el cual es un parámetro muy importante como nos menciona (Moreno J, 2012) para obtener el índice de masa corporal y poder determinar en qué rango de desnutrición se encuentre el paciente. Como última indicación el médico menciona realizar un correcto aseo al paciente, aquí la enfermera debe educar a la mamá su correcta realización durante la estancia hospitalaria, evitando así la posible adquisición de enfermedades nosocomiales.

11/05/17

PSICOLOGÍA

Madre del niño refiere sentirse tranquila porque su hijo está mejorando y recibieron charla sobre la alimentación.

12/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Mixta, Anemia Polifactorial. Niño con tos seca esporádica no convulsiones, no diarrea, no fiebre, no vómito, Frecuencia Cardíaca 105 por minuto, Frecuencia Respiratoria 47 por minuto, Saturación de Oxígeno 93%, Peso 6,7 kg, piel pálida afebril, despierto, mucosas orales húmedas, labios secos, orofaringe leve eritema, pulmones buena entrada y salida de aire, corazón rítmico no soplos, abdomen suave depresible, presencia de botón gástrico, extremidades

superiores e inferiores movilidad y tono conservado, paciente en su cuarto día de hospitalización recibiendo antibioticoterapia.

El médico indica: **1.** Dieta para botón gástrico (sonda) 800 calorías dividido cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **2.** Control de signos vitales **3.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **4.** Control de signos vitales. **5.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **6.** Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **7.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada día. **8.** Ácido Ascórbico 50 mg IV cada 12 horas. **9.** Ácido Valproico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástrico cada 12 horas. **10.** Oxígeno 0,5 litros para Saturar > 90%. **11.** Control de Ingesta y Excreta. **12.** DISH **13.** Peso diario **14.** Aseo Corporal.

Análisis:

En este día de hospitalización paciente con signos vitales estables, con las mismas indicaciones médicas, se puede observar una buena tolerancia gástrica, lo que se ve reflejado en la ausencia de signos y síntomas gástricos como la diarrea y el vómito, esto se debe gracias a la correcta manipulación por parte de enfermería en el momento de administrar la medicación, alimentarlo y brindar confort.

13/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Mixta, Anemia Polifactorial. Madre refiere tos seca esporádica, mejor alimentación, Frecuencia Cardíaca 105 por minuto, Frecuencia Respiratoria 40 por minuto, Saturación de Oxígeno 92%, Peso 6,7 kg, piel pálida afebril, despierto, mucosas orales húmedas, orofaringe no eritematosa, pulmones buena entrada y salida de aire, corazón rítmico no soplos, abdomen suave depresible, presencia de botón gástrico, extremidades superiores e inferiores movilidad y tono conservado, paciente en su quinto día de hospitalización con mejoría recibiendo antibioticoterapia.

El médico indica: **1.** Fórmula extremadamente hidrolizada. **2.** Dieta para botón gástrico (sonda) 800 calorías dividido cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **3.** Control de signos vitales. **4.** Control de Ingesta y Excreta. **5.** Peso diario **6.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **7.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **8.** Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **9.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada

día. **10.** Ácido Ascórbico 50 mg IV cada 12 horas. **11.** Ácido Valórico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástrico cada 12 horas. **12.** Aseo Corporal.

13/05/17

PSICOLOGÍA

Madre del paciente refiere que el mismo se sigue recuperando que no se siente muy preocupada y que le está realizando los ejercicios de estimulación.

Análisis:

Al existir una evolución favorable del paciente ante su estancia hospitalaria y para mejorar la ganancia de peso se decide adjuntar a su alimentación, la ingesta de leche hidrolizada, que éstas ayudan a complementar el aporte nutricional y mejorar la digestión en el niño, esto debido a que su alimentación se la realiza por medio del botón gástrico. Se espera también cumplir con el esquema del tratamiento antibiótico y poder dar de alta al paciente para continuar el tratamiento ambulatorio, en cuanto a la madre del paciente se observa un mejor estado psicológico esto debido a los controles repetitivos por parte de Psicología, los mismos que mencionan una mejor reacción ante el problema de salud de su hijo. Es así como se lleva un mejor tratamiento no solo de la parte física de los pacientes si no de la parte psicológica, espiritual y emocional del paciente y sus familiares.

14/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Mixta, Anemia Polifactorial. Madre de paciente refiere que niño más activo, Frecuencia Cardíaca 181 por minuto, Frecuencia Respiratoria 30 por minuto, Saturación de Oxígeno 92%, Peso 6,5 kg, paciente activo y reactivo al manejo, abdomen suave depresible, presencia de botón gástrico, paciente con mejora clínica recibiendo antibioticoterapia y nutrición controlada hipercalórica.

El médico indica: **1.** Fórmula extremadamente hidrolizada. **2.** Dieta para botón gástrico (sonda) 800 calorías dividido cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **3.** Control de signos vitales. **4.** Control de Ingesta y Excreta. **5.** Peso diario **6.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **7.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **8.**

Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **9.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada día. **10.** Ácido Ascórbico 50 mg IV cada 12 horas. **11.** Ácido Valproico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástico cada 12 horas.

-Según Zanuy, M. (2014), señala: *La dieta hipercalórico no es solo una dieta alta en calorías. Es aquella que permite lograr un aumento de peso, mejorando la calidad y cantidad de lo que se ingiere.*

Análisis:

Después de una ardua tarea por parte del personal médico y de enfermería, en la evolución del paciente se observa una de las complicaciones frecuentes en paciente con Parálisis Cerebral Infantil (PCI), que es la disminución y la difícil ganancia de peso, pese a este obstáculo se juegan todas las posibilidades por obtener una ganancia de peso, adjuntándole a su alimentación una dieta hipercalórica, que como nos menciona (Zanuy M, 2014) el fin de este tipo de dieta es brindar en su alimentación una mejor calidad y cantidad de nutrientes para aumentar su peso y ayudar a eliminar los microorganismos patógenos que están actuando en contra de su salud.

15/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Mixta, Anemia Polifactorial. Mejor alimentación, tos seca en ocasiones, Frecuencia Cardíaca 106 por minuto, Frecuencia Respiratoria 36 por minuto, Saturación de Oxígeno 92%, Peso 6,5 kg, paciente activo y reactivo al manejo, abdomen suave depresible, presencia de botón gástrico, paciente con mejora clínica recibiendo antibioticoterapia.

El médico indica: **1.** Dieta para botón gástrico (sonda) 800 calorías dividido cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche. **2.** Control de signos vitales. **3.** Control de Ingesta y Excreta. **4.** Peso diario **5.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **6.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **7.** Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **8.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada día. **9.** Ácido Ascórbico 50 mg IV cada 12 horas. **10.** Ácido Valórico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástico cada 12 horas. **11.** Aseo Corporal. **12.** Fórmula extremadamente hidrolizada.

-Según la OMS. (2017), señala: *Los antibióticos son medicamentos utilizados para prevenir y tratar las infecciones bacterianas.*

Análisis:

En este día de hospitalización paciente con signos vitales estables, con las mismas indicaciones médicas puesto que se encuentra en las mismas condiciones sin ganar ni perder peso. Se observa además que la sintomatología con la que debuto en el momento de su ingreso es escasa, solo se aprecia ligera tos seca en escasas ocasiones, lo que refleja el efecto producido por lo antibióticos, estos son medicamentos utilizados para tratar las infecciones bacterianas (OMS 2017) y los cuidados necesarios impartidos por el personal de enfermería.

16/05/17

Paciente de 2 años 3 meses con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Mixta, Anemia Polifactorial. Madre refiere que su niño ha dormido bien está más activo más despierto, no vómitos no diarreas, no fiebre, tos esporádica seca, Frecuencia Cardíaca 110 por minuto, Frecuencia Respiratoria 48 por minuto, Saturación de Oxígeno 94%, Peso 6,3 kg, paciente activo y reactivo al manejo, abdomen suave depresible, presencia de botón gástrico, paciente con mejora clínica recibiendo antibioticoterapia.

El médico indica: **1.** Fórmula extensamente hidrolizada más dieta por botón gástrico 1000 calorías por día cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche **2.** Control de signos vitales. **3.** Control de Ingesta y Excreta. **4.** Peso diario **5.** Posición a 45 grados durante 24 horas. **6.** Vancomicina 100 mg IV cada 6 horas. **7.** Ceftriaxona 330 mg IV cada 12 horas. **8.** Ácido Fólico más complejo B 1mg IV cada día. **9.** Ácido Ascórbico 50 mg IV cada 12 horas. **10.** Ácido Valproico 200 mg dar a tomar 4 ml por botón gástrico cada 12 horas. **11.** DISH.

-Según el artículo de Revista ELSEVIER. (2017), señala: *Las alteraciones nutricionales evidencian una gran prevalencia en la PCI, y se ha observado desnutrición en el 45% de los niños.*

Análisis

Como se ha podido observar en las evoluciones médicas la ganancia o pérdida de peso en los niños con parálisis cerebral infantil es variante esto debido a que su metabolismo no siempre asimila de manera correcta los alimentos. En este día el paciente se encuentra con signos vitales estables, aunque ha perdido un 0.3 de peso por lo que el médico decide aumentar las calorías para lograr ganar peso, que como sabemos entre los diagnósticos por el cual se encuentra hospitalizado es Desnutrición Mixta siendo este característico en este tipo de pacientes.

3.2 IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:

Tras una revisión de la historia clínica completa del paciente, durante su estancia hospitalaria, se pudo llegar a la conclusión que existen pequeñas acciones que fueron pasadas desapercibidas por el personal de salud durante la hospitalización del paciente, siendo estas importantes para brindar una atención de calidad y calidez al paciente y familiares. Entre las acciones que considero importantes y que se debió haberle brindado al paciente las he clasificado en dos grupos unas dirigidas a la salud y otras a lo administrativo.

Con respecto a la salud: Aspiración de secreciones, tipo y porcentaje de discapacidad, limpieza del botón gástrico, cambios de posición, hidratación de la piel, fisioterapia infantil, vínculo afectivo entre enfermera, paciente y familiares. Son acciones que no se encuentran evidenciadas en la historia clínica y que a continuación detallaremos la importancia de estas.

- **Aspiración de Secreciones**

Al presentar el paciente tos seca, el personal de salud debió plantearse los siguientes objetivos: mantener la permeabilidad de las vías aéreas, favorecer la ventilación respiratoria, prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones. La autora (Lenis S, 2014) nos menciona en su artículo que para mantener

limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un proceso efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal.

- **Tipo y porcentaje de discapacidad**

El médico tratante a cargo del paciente debió calcular el porcentaje de discapacidad y el tipo de discapacidad que presenta el paciente, en base a hallazgos clínicos y paraclínicos mediante una tomografía computarizada cerebral, que como nos menciona (Aguilar, M 2015) en su artículo esta ayuda al diagnóstico definitivo de daño neurológico en fases tempranas, para de esta manera determinar el tipo de parálisis cerebral a tratarse.

- **Limpieza del Botón Gástrico**

Entre las indicaciones médicas se evidencio que esta acción fue omitida tanto por el personal médico como el de enfermería, el autor (Anderson M, 2016) nos menciona en su artículo, que es importante limpiar el botón gástrico antes y después de usarlo para alimentar al paciente, antes y después de administrarle los medicamentos para evitar infecciones esto debido a que la piel está acondicionada para anular, tolerar o minimizar las agresiones ambientales, pero no está preparada para hacer contacto con los fluidos y secreciones internas que puedan salir por un estoma, por esta razón la limpieza del botón gástrico debe realizarse diariamente para que esta no sea una puerta de entrada para que ocurra infecciones.

- **Cambios de posición**

Aunque no se puede evidenciar el porcentaje discapacidad que posee el paciente, basándonos en el examen físico que se observa en la historia, se presume que el niño presenta una parálisis cuadripléjica, esto debido a que no existe movilidad en sus extremidades superiores e inferiores, por lo que es importante realizar cambios de posición, ya que estos van ayudar a evitar las úlceras por presión, mejorar la circulación de las zonas de contacto, evitar forzar articulaciones y proporcionar comodidad al paciente. (García F, 2014) nos manifiesta en su artículo, que al cambiar de posición a un paciente en la cama cada 2 horas ayuda a mantener la sangre circulando y esto a la vez ayuda a que la piel se mantenga saludable y prevenir escaras.

- **Cuidados de la piel**

Según (Ortega D, 2014) debido a las limitaciones de movimiento, la postura incorrecta, la dificultad para comunicarse y el hecho de mantenerse por más de dos horas en una misma posición, los niños con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) tienden a presentar daños sobre la piel, principalmente en zonas de apoyo como orejas, omoplatos, codos, cadera, rodillas y talones. Durante la estancia hospitalaria del paciente no se evidencio acciones por parte de enfermería para el cuidado de la piel, entre las acciones que se debió haber realizado para el cuidado del mismo tenemos: Hidratar la piel a través del uso de cremas o aceites corporales y realizar masajes para de esta manera estimular la circulación, aumentar el aporte de sangre, oxígeno y nutrientes a la piel.

- **Fisioterapia infantil**

Los fisioterapeutas les enseñan a los niños una variedad de ejercicios que pueden llevar a cabo diariamente para fortalecer y estirar sus músculos, sin embargo no existe una participación por parte de fisioterapia para ayudar al paciente. Según (Hernández M, 2015) nos menciona que existen dos metas principales en la fisioterapia para los niños con parálisis cerebral. Una de ellas es prevenir el debilitamiento de los músculos que no son usados normalmente y la otra es prevenir que los músculos se tensen en una posición rígida, conocida como contractura. Por esta razón durante la estancia hospitalaria del paciente la fisioterapia también debió ser incluida como una indicación médica.

- **Vínculo afectivo entre enfermera, paciente y familiares**

Como se pudo observar en la historia clínica durante la hospitalización del paciente, la madre empieza a presentar un cuadro depresivo, propio en padres y familiares que socializan con pacientes con alteraciones neurológicas, es aquí donde el personal de enfermería juega un papel importante, ya que es este el personal que lleva más tiempo de contacto directo con el paciente y familiares, en este caso enfermería no participo en el vínculo afectivo Enfermera – Familiar y al basarnos en la Teoría de (Hildegard Peplau) nos dice que ella mira a la enfermería como una relación humana entre el

individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda, en la evolución favorable del paciente y del estado psicológico de los familiares.

En cuanto a lo administrativo: No se observó en la historia clínica informes frecuentes de enfermería y un plan de alta prescrito.

Estas 2 acciones son de gran importancia, primero debido a que la enfermera es quien pasa más tiempo con los pacientes y su informe representa una responsabilidad de carácter Técnico, Legal y Administrativo. Técnico porque refleja la actividades realizadas y su resultado. Legal porque es el documento o prueba de la atención de enfermería y finalmente Administrativo porque actúa como declaración jurada de la atención brindada. Hay que recordar que lo que no está escrito no fue hecho.

Por otro lado el plan de alta es importante porque ayuda asegurar que el paciente salga del hospital de forma segura y sin problemas y que obtenga la atención adecuada después de ello, en este caso esta acción no fue encontrada entre los registros de la historia clínica del paciente durante su estadía en el servicio de Pediatría.

4. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO

El presente análisis de caso clínico muestra a un paciente de 2 años 3 meses, masculino, indígena, nacido en Ambato y residente en Salasaca, de religión Católica, una familia constituida por tres integrantes, de nivel socio económico y cultural medio, producto de primera gesta, embarazo bien controlado, nace por parto eutócico a término (41 semanas), en institución pública con un Peso: 3142 gramos, Talla: 48 cm, Perímetro Cefálico: 33cm, llanto tardío que necesito maniobras de resucitación por no presentar signos vitales al momento de su nacimiento, entonces el personal médico y de enfermería proceden aspirar secreciones bucales blanquecinas y se inician compresiones torácicas en las que se obtiene una frecuencia cardiaca (FC) ≤ 60 por minuto motivo por el que es trasladado al Hospital Regional Docente Ambato. En emergencia se recibe recién nacido sin esfuerzo respiratorio, piel fría y rosada, frecuencia cardiaca ≥ 140 , se procede a continuar con ventilación a presión positiva (VPP) y el traslado al servicio de Neonatología en donde presenta respiración espontánea, con $SPO_2 \geq 90\%$ con O_2 a 5 litros en HOOD cerrado, se decide su ingreso con diagnóstico de Recién Nacido a Término, Peso Adecuado para Edad Gestacional, Asfixia Perinatal, Enfriamiento. Como Antecedentes Patológicos Familiares (APF): No refiere ninguno. Antecedentes Patológicos Quirúrgicos (APQ): Botón gástrico a la edad de 1 año 9 meses. Alergias: No refiere.

Luego de 34 días de hospitalización del paciente en el servicio de neonatología, tras una ardua tarea realizada por parte del personal de enfermería y médico, por contrarrestar todas las dificultades que conllevo el paciente neonato con diagnóstico de Asfixia Perinatal, se obtuvo una evolución favorable por parte del mismo, obteniendo: una autonomía total de oxigenación, una ganancia adecuada de peso y una favorable succión para continuar la ganancia de peso ambulatorio motivos por los que el médico tratante a cargo del paciente indico el alta, manifestando controles permanentes en el centro de salud más cercano y continuar con la administración de Fenobarbital en el domicilio.

A la edad de 2 años 3 meses acude a una casa de salud por presentar desde hace más o menos 5 días tos seca esporádica, y hace más o menos 4 días alzas terminas de $38^{\circ}C$ axilar más persistencia de la tos por lo que el medico prescribe: Amoxicilina más Ácido

Clavulánico 2 cc cada 6 horas y Loratadina 2 cc cada 6 horas con lo que la madre nota leve mejoría. Pero cuando el paciente es llevado a la valoración por el médico Pediatra en la consulta externa este decide su ingreso en el servicio de Pediatría por presentar los siguientes diagnósticos: Infección Respiratoria Aguda, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), Síndrome de West, Desnutrición Marasmática, Anemia Polifactorial.

Durante su estancia hospitalaria en el servicio de pediatría se observó que la sintomatología con la que debuto en el momento de su ingreso iba siendo escasa, solo se apreciaba ligera tos seca en escasas ocasiones, lo que refleja el efecto producido por los antibióticos, pero entre una de las complicaciones frecuentes en los paciente con Parálisis Cerebral Infantil (PCI), tenemos la disminución y la difícil ganancia de peso, por ello se brindó al paciente leches hidrolizadas y dietas hipercalóricas esto debido a que durante su estancia hospitalaria empezaba a perder peso.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Para la descripción de los factores de riesgo se elaboró un familiograma y ecomapa para evaluar el funcionamiento sistémico familiar e identificar de forma rápida las interrelaciones de la familia con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve.

BIOLÓGICOS

Como factor biológico no existe ningún antecedente patológico que afecte al paciente al desarrollo de la patología.

AMBIENTALES

El entorno en el que vive el paciente no es el mejor para su tipo de enfermedad existen varios riesgos que pueden comprometer su salud. Entre ellos el clima esto debido a que viven en el campo y la temperatura del ambiente es fría, lo que hace más propenso al paciente a enfermarse frecuentemente de gripa y tos, por otro lado al vivir en una zona rural en caso de existir algún accidente es dificultoso acceder a una casa de salud ya que esta se encuentra lejos de su hogar.

SOCIOECONÓMICAS

El paciente pertenece a una familia de clase media, cuenta con una vivienda del bono, su padre y madre son el sustento del hogar, cuentan con los servicios básicos y desde la enfermedad de su hijo el estado económico se ha visto alterado debido a que los gastos son elevados mismos que corren por cuenta de la familia del paciente.

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Acceso a la atención médica

El lugar de residencia del paciente es lejano a una casa de salud, su accesibilidad para lograr una atención adecuada es difícil, debido a la dificultad para conseguir transporte y su traslado, factores que interfirieren para que el niño visite pronto una casa de salud cuando presenta algún tipo de enfermedad.

Oportunidades en la atención

La atención que ha recibido el paciente desde su nacimiento hasta la actualidad ha sido buena esto debido a la enfermedad que actualmente presenta por lo que cada mes el niño es llevado a controles médicos y cada 2 días en la semana es llevado a fisioterapia.

Trámites administrativos

No existe ayuda por parte de ningún programa relacionado con la salud esto debido a que la madre no ha realizado ningún trámite para solicitar algún tipo de ayuda, por lo que se le explicó sobre la existencia de los programas de salud que ayudan a las personas discapacitadas entre ellos el bono Joaquín Gallegos Lara y las visitas que realiza la brigada Manuela Espejo.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

Omisión de:

- Aspiración de secreciones

- Tipo y porcentaje de discapacidad
- Limpieza del botón gástrico
- Cambios de posición
- Hidratación del piel
- Fisioterapia infantil

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
PERMEABILIDAD DE VÍA AEREA	1.- Realizar el lavado de manos. 2.- Aspiración de secreciones. 3.- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración. 4.- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración 5.- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. 6.- Enviar las secreciones para su cultivo y antibiograma, según corresponda.
EVITAR INFECCIONES	1.- Limpiar diariamente la zona alrededor del botón con agua tibia, jabón, esponja o gasa con movimientos circulares de adentro hacia afuera. 2.- Secar cuidadosamente la zona del botón, puede ser útil utilizar una torunda de algodón. 3.- Comprobar que la zona alrededor del botón no este roja o inflamada. Si se detecta alguna complicación comunicar al médico. 4.- Después de cada comida pasar agua por el botón lentamente con el fin de que no queden restos de alimentos.

<p>EVITAR LA FORMACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y BRINDAR UN MEJOR CONFORT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Proporcionar un colchón firme. 2.- Realizar cambios de posición cada 2 o 3 horas. 3.- Vigilara el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. 4.- Poner apoyo en las zonas edematosas, según corresponda.
<p>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Mantener una adecuada higiene corporal. 2.- Observar el color y temperatura de la piel. 3.- Observar si hay edema y ulceraciones en las extremidades 4.- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. 5.- Mantener la piel y ropa en contacto con el paciente limpia y seca 6.- Aplicar en la piel crema hidratante, sobre todo después del baño, evitar cremas o productos que impidan la visualización de la piel. 7.- Realizar cambios de posición.
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios para el paciente. 2.- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y protocolo a la familia. 3.- Solicitar ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente. 4.- Evaluar las funciones sensoriales (audición y visión) 5.- Evaluar el progreso del paciente o restablecimiento del movimiento y la

	<p>función corporal.</p> <p>6.- Fomentar la realización de ejercicios de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.</p>
--	--

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Elaboración de un protocolo: PROTOCOLO DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ASFIXIA PERINATAL.

I. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que la asfixia perinatal es un fenómeno hipóxico que sucede en el momento crítico del nacimiento, se deben crear medidas para controlar los factores potenciales productores de asfixia en momentos clave del proceso: anteparto, intraparto y postparto inmediatamente; por ello se debe documentar protocolos institucionales de vigilancia del bienestar fetal, tendientes a detectar de manera temprana la presentación de una distocia, un evento centinela o un estado fetal insatisfactorio y que lleven a tomar decisiones acerca del curso de trabajo de parto. (Asociación Española de Pediatría, 2010).

Los protocolos de Enfermería constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados a pacientes. La finalidad del protocolo es ofrecer una guía que disminuya la variabilidad en la práctica clínica, adecuándose a un plan de atención ciudadana y que sirva de horizonte a todos aquellos profesionales, que se enfrentan de distinta forma al arte de cuidar.

Actualmente a nivel mundial se cuenta con protocolos médicos en el manejo de la Asfixia Perinatal, pero lastimosamente no existen protocolos dirigidos especialmente al personal de enfermería en el manejo de la Asfixia Perinatal, por lo que se vio la necesidad de crear un protocolo de acciones de enfermería que sirva de guía en el manejo de la misma, este estará dirigido al personal de enfermería que labora en el

Centro de Salud N° 2. El protocolo estará encaminado en la actuación de diferentes actividades en el momento de anteparto, intraparto y postparto.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Proporcionar acciones para enfermería en el manejo de la asfixia perinatal con la finalidad de planificar cuidados oportunos y de calidad en el neonato.

OBJETIVO ESPECÍFICO

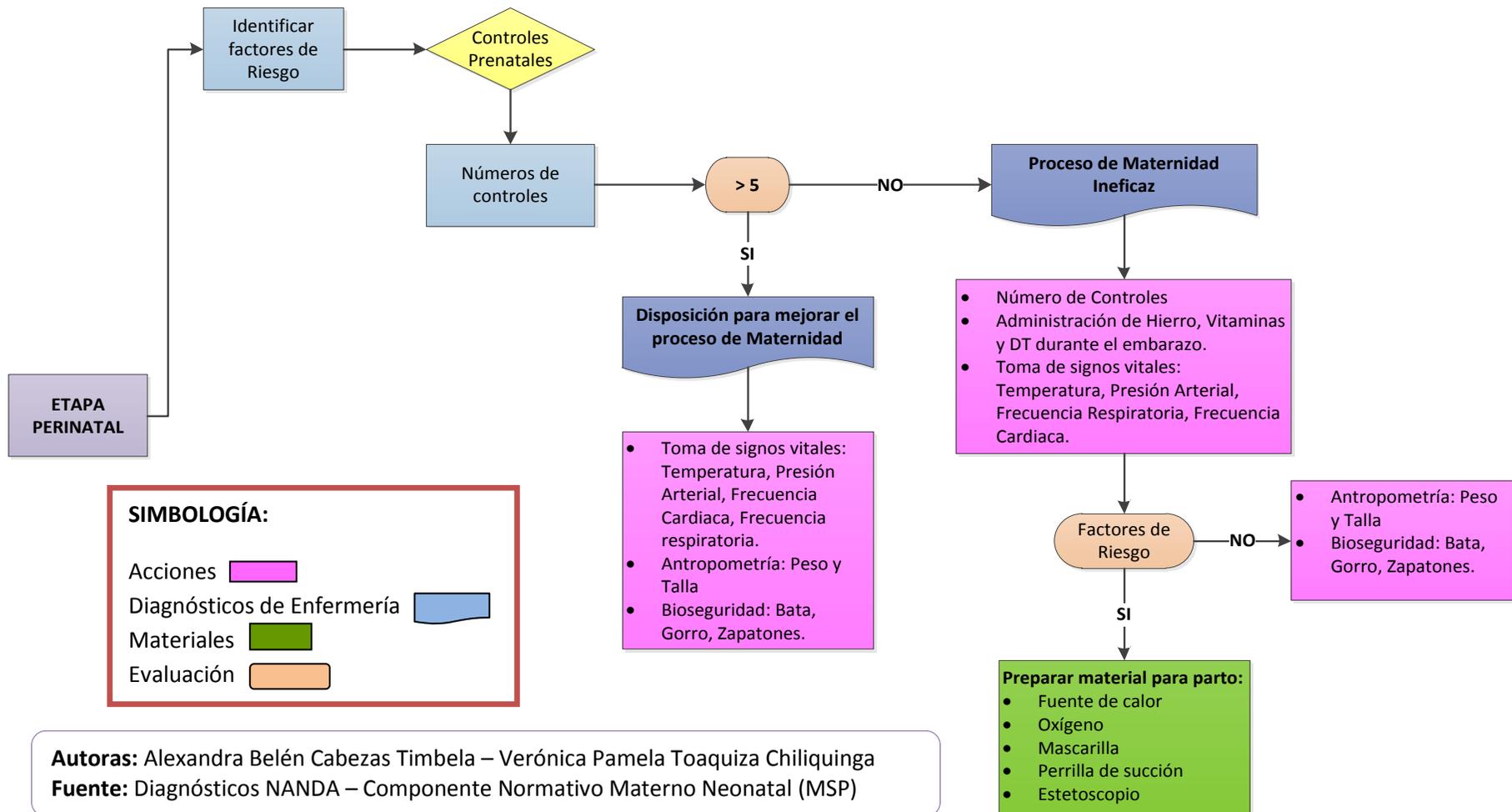
- Proporcionar información acertada sobre la Asfixia.
- Facilitar acciones básicas de enfermería para el paciente.
- Mejorar la calidad de atención del paciente.

III. JUSTIFICACIÓN

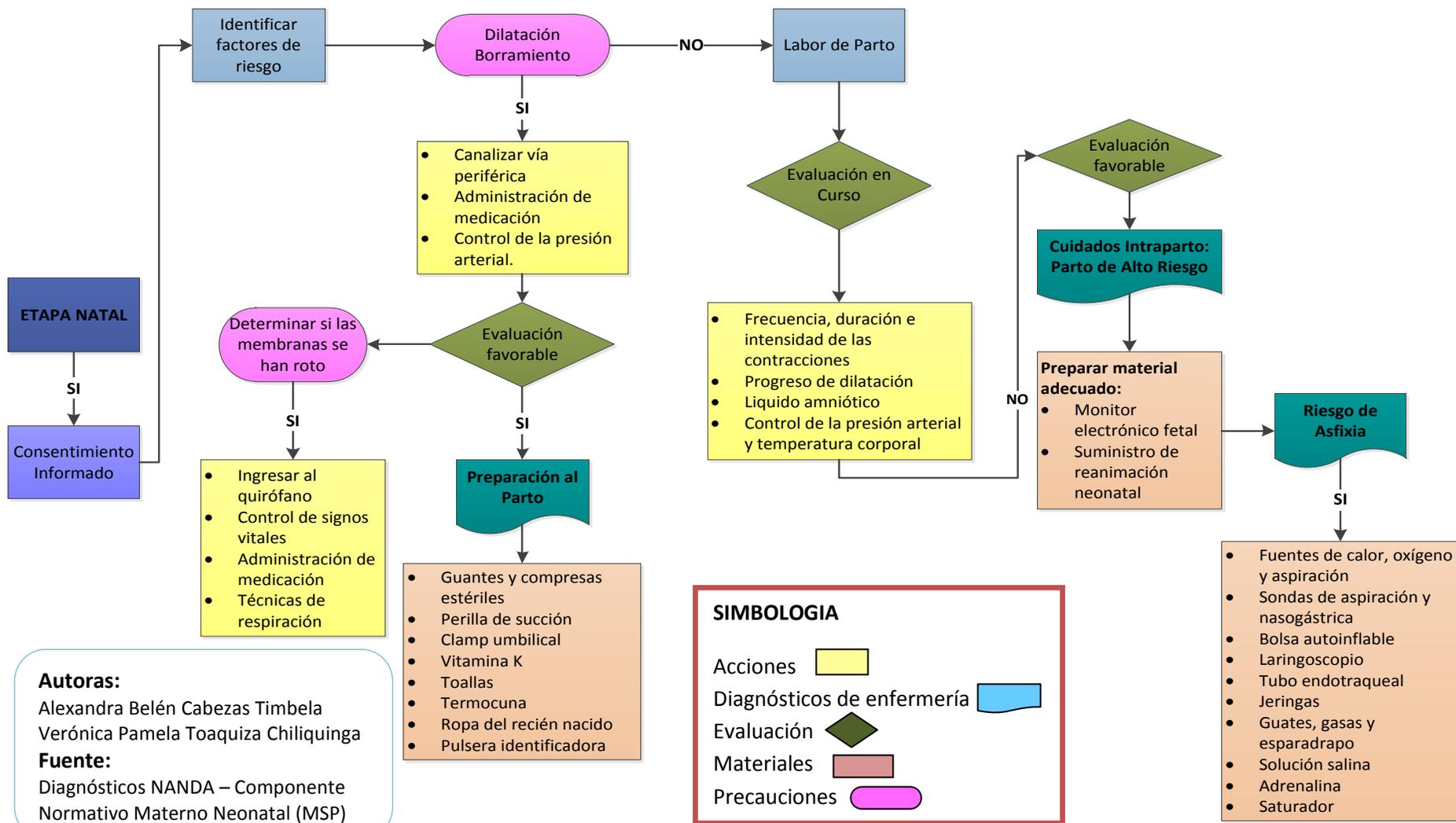
El profesional de enfermería juegan un papel importante en el cuidado que brinda a un neonato con compromiso de salud, por ello es importante poner en práctica todos los conocimientos adquiridos, a fin de identificar factores que puedan poner en riesgo la salud del neonato con asfixia perinatal.

Planificar cuidados oportunos y de calidad, permitirá mejorar el estado de salud del paciente. Estos cuidados deben centrarse en conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de la patología.

FLUJOGRAMA PERINATAL DE ATENCIÓN MATERNA



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA CON RIESGO DE ASFIXIA PERINATAL



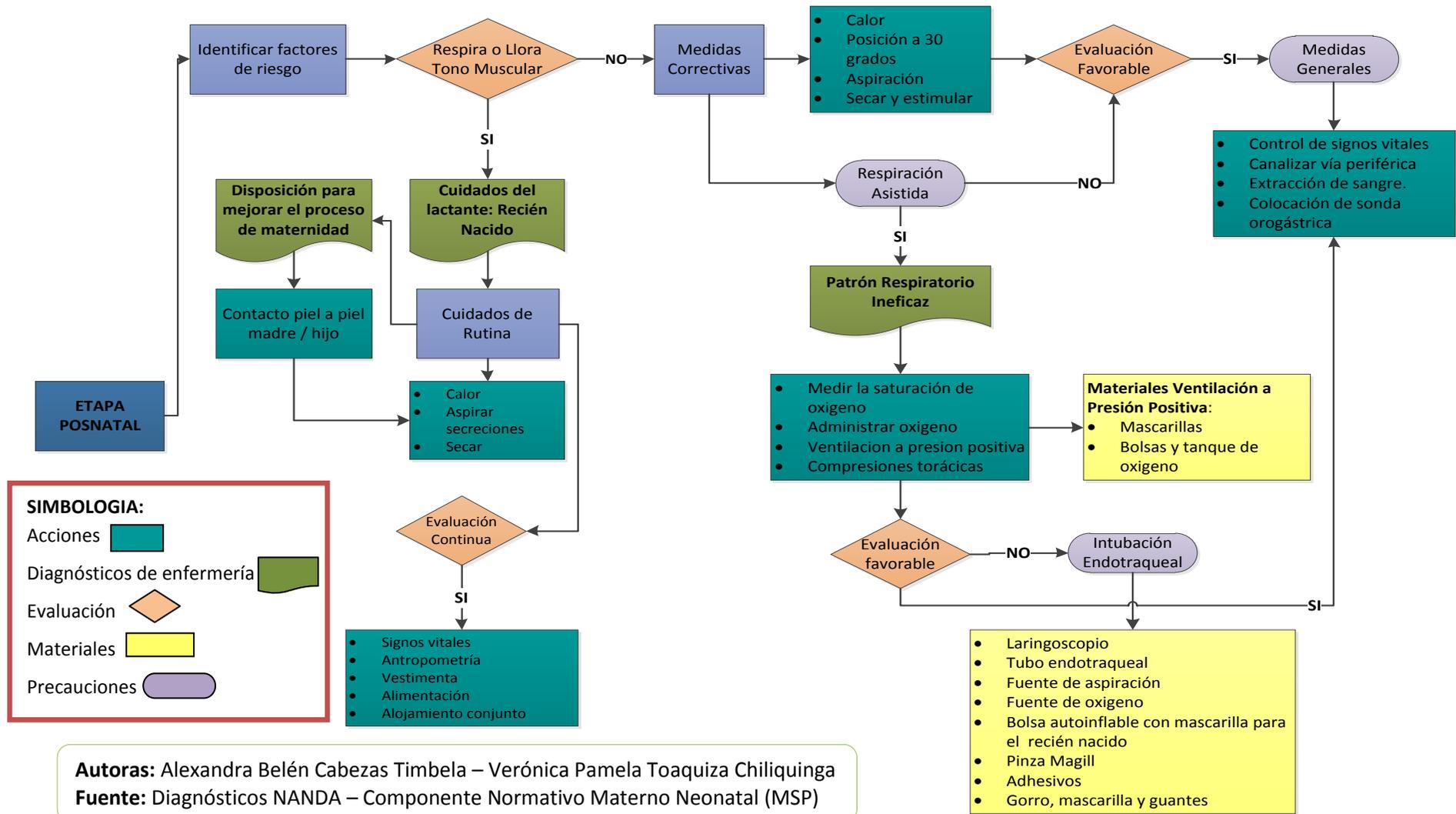
Autoras:
Alexandra Belén Cabezas Timbela
Verónica Pamela Toaquiza Chiliquina

Fuente:
Diagnósticos NANDA – Componente Normativo Materno Neonatal (MSP)

SIMBOLOGIA

- Acciones
- Diagnósticos de enfermería
- Evaluación
- Materiales
- Precauciones

FLUJograma POSNATAL DE ATENCIÓN EN EL RECIÉN NACIDO CON ASFIXIA PERINATAL



**PROTOCOLO DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA
ASFIXIA PERINATAL**

Concepto: 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.			
Intervenciones de Enfermería			
Etapa Prenatal	Evaluación		
	SI	NO	Observaciones
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.			
Etapa Natal	Evaluación		
	SI	NO	Observaciones
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.			
Etapa Postnatal	Evaluación		
	SI	NO	Observaciones
10.- Si el neonato respira, llora, tiene buen tono muscular y su piel es rosada, brindar:			

Contacto piel a piel madre / hijo			
Calor			
Aspirar secreciones			
Secar			
11.- Evaluación continua:			
Toma de signos vitales			
Medidas antropométricas: Peso, Talla, Perímetro Cefálico			
Vestimenta			
Alimentación			
Alojamiento conjunto			
12.- Si el neonato no respira, no llora, no tiene buen tono muscular y su piel no es rosada, brindar:			
Calor			
Posición a 30 grados.			
Aspirar secreciones			
Secar y estimular			
13.- Si el neonato presenta una evaluación favorable se realizara:			
Control de signos vitales			
Canalizar vía periférica			
Extracción de sangre			
Colocar sonda orogástrica			
14.- Si el neonato no presenta una evaluación favorable y necesita respiración asistida brindar:			
Administrar oxígeno			
Ventilación a presión positiva			
Compresiones torácicas			

15.- Si el neonato no presenta una evaluación favorable se iniciara una entubación endotraqueal:			
Laringoscopio			
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			
Medidas Subsecuentes	Evaluación		
	SI	NO	Observaciones
16.- Lavado de manos antes de cada procedimiento a realizarse al neonato.			
17.- Control de signos vitales.			
18.- Mantener cabecera a 30 grados para evitar edema cerebral.			
19.- Administración de medicación prescrita			
20.- Manipulación mínima			
21.- Medir perímetro cefálico cada 48 horas			
22.- Iniciar la lactancia materna en pequeñas tomas, tan pronto el organismo del neonato vaya respondiendo de forma efectiva.			
23.- Registrar procedimientos realizados y novedades existentes en la historia clínica			
24.- Educar a la madre sobre técnicas de lactancia materna.			

Autora: Alexandra Belén Cabezas Timbela

Fuente: Base de datos

5. CONCLUSIÓN

- ❖ En este caso el factor de riesgo que contribuyó al desarrollo de la Parálisis Cerebral Infantil fue un parto prolongado que duro 26 horas en el cual el paciente se asfixió y pese a todas las acciones que realizó el personal de salud en el minuto de oro (60 segundos) no fueron suficientes, siendo la Asfixia Perinatal la principal causa para que el paciente actualmente presente Parálisis Cerebral.
- ❖ Con la ayuda del vínculo familiar y la intervención enfermería se logró mejorar ciertas condiciones de vida modificables como: Aseo, Alimentación y Promoción de la Salud, cumpliendo así con los objetivos planteados.
- ❖ Se elaboró un protocolo de acciones de enfermería en el manejo de Asfixia Perinatal, con el fin de que el personal pueda actuar de manera inmediata para prevenir la Asfixia Perinatal y por ende su secuela que es la Parálisis Cerebral.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1 BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, J. (2015). Factores asociados a parálisis cerebral infantil. Madrid - España.
- Consuegra, R (2016). Administración de oxígeno en el periodo neonatal. Ed. Médica Panamérica.
- Madrigal, A. (2014). La parálisis cerebral. España: Inmerso
- Moreno, J (2013). Alimentación en el paciente con parálisis cerebral infantil. Madrid – España.
- Sanz, M (2015). Reanimación Neonatal. Asociación Española de Pediatría. España

6.2 CITAS BIBLIOGRÁFICAS 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: Acosta, J. Pérez, J. (2009). Retraso mental y defecto motor. Pages: 18. Argentina. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10327661&p00=paralisis%20cerebral>
- SCOPUS: Jimenez, G. (2010) Trastornos gastrointestinales en niños con parálisis cerebral y discapacidades del desarrollo neurológico. Revista Scopus, 73(6), 361-361. Disponible: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2s2.078649880478&origin=resultlist&sort=plff&src=s&st1=paralisis+cerebral+infantil&st2=&sid=3F2CD0B7257D0916A6473EC025BEB60E.f594dyPDCy4K3aQHRor6A%3a10&sot=b&sdt=b&sl=42&s=TITLEABSKEY%28paralisis+cerebral+infantil%29&relpos=15&citeCnt=1&searchTerm=>
- SCOPUS: Maurer, F. A., & Smith, C. M. (2013). Community/public health nursing practice: Health for families and populations. Elsevier Health Sciences. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=mXIAIh7AG6EC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Background:+Home+visiting+is+effective+for+the+promotion+and+prevention+of+motherchild+health+in+other+countries,+especiallly+in+vulnerable+populations+such+as+pregnant+teenagers.+Aim:+To+evaluate+the+association+between+receiving+a+home+visiting+program+d&ots=7Ik_7QFlu8&sig=6PjSVmWbXk8rYGFUDzuPqkxb54#v=onepage&q&f=false

- SCOPUS: Lazcano, E. Katz, G. Allen, F. Valladares, L. Rangel, G. Minoletti, A. Vasquez, A. Salvador, L. (2013). Trastornos del desarrollo intelectual en América Latina: un marco para establecer las prioridades políticas de investigación y atención 34. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84887894249&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=desarrollo+intelectual+&st2=&sid=075465A4847F8F06083F02E6A7469BB8.kqQeWtawXauCyC8ghhRGJg%3a2590&sot=b&sdt=b&sl=38&s=TITLEABSKEY%28desarrollo+intelectual+%29&relpos=7&citeCnt=0&searchTerm=>

6.3 LINKOGRAFÍA

- ❖ Amezquita, V (2014). “Estimación de la talla en la evaluación nutricional de niños con parálisis cerebral”. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000100003.
- ❖ Fernández, M (2013). “Experiencias y cambios en los padres de niños con parálisis cerebral infantil”. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272013000100002.
- ❖ Flores, J (2013). “Hipoxia Perinatal y su impacto en el neurodesarrollo”. Disponible en: <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/649491-rcnp2013v8n1-5.pdf>.
- ❖ Gómez, S (2013). “Parálisis cerebral infantil”. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000100008.
- ❖ Hernández N (2014). “Evolución neurología en recién nacidos con asfixia al nacer”. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300007.
- ❖ Nápoles, D (2014). “Fundamentaciones fisiológicas sobre la asfixia en el periparto”. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000300014.
- ❖ Pinto, E (2012). “Complicaciones y cuidados de enfermería en la persona con gastrostomía”. Disponible en: <http://www.academicosuc.cl/wp-content/uploads/2012/07/Complicaciones-y-Cuidados-de-Enfermer%C3%ADa-en-la-Persona-con-Gastrostom%C3%ADa.pdf>.
- ❖ Stoniené, D (2014). “The value of ultrasonography and doppler sonography in prognosticating long-term outcomes among full-term newborns with perinatal asphyxia”. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25172604>.

- ❖ Vega, M (2014). “Déficits cognitivos y abordajes terapéuticos en parálisis cerebral infantil”. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100010.

7. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

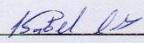
DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, **Augustina Elizabeth Masaquiza Masaquiza** con CI: **180481946-2** representante legal de **Elian Johan Chango Masaquiza**, quien es menor de edad, residente en Salasaca de la provincia de Tungurahua.

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: **"PÁRALISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE"** 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 hacer mal uso de esta, lo retiraría en ese momento para lo cual me deja copia de este documento.

Yo, **Alexandra Belén Cabezas Timbela** con CI: **180498238-5** estudiante de la carrera de Enfermería acogiéndome al principio de confiabilidad asumo no divulgar la información personal que he recibido del paciente.



Sra. Augustina Masaquiza

REPRESENTANTE (MADRE)

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO



Ministerio
de Salud Pública

Hospital Provincial General Docente Ambato



Oficio Nro. MSP-CZ3-HPDA-2017-0277

Ambato, 24 de mayo de 2017

Asunto: Respuesta - Srta. Cabezas Alexandra, solicita se le autorice sacar datos de historia clínica número 409056, de servicio de Pediatría para caso clínico- Hospital General Docente Ambato

Srta. Interna Rotativa Hgda
Alexandra Belen Cabezas Timbela
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No.MSP-CZ3-HPDA-AU-2017-0332-E cuyo asunto dice Srta. Cabezas Alexandra, solicita se le autorice sacar datos de historia clínica número 409056, de servicio de Pediatría para caso clínico, quipux que tiene como referencia documento SN firmado por Alexandra Cabezas donde textualmente dice: "CABEZAS TIMBELA ALEXANDRA BELÉN portador de la CI: 180498238-5, estudiante de la Universidad Técnica de Ambato de la Carrera de Enfermería, que realizó el internado en esta institución en el periodo Septiembre 2015 - Agosto 2016, solicito de la manera más comedida se me autorice sacar datos de la historia clínica numero 409056 del servicio de Pediatría ya que me encuentro elaborando mi caso clínico previo a la obtención de mi título profesional"; Me permito indicar:

Existen Convenios Específicos entre la Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería y la Coordinación Zonal 3 Salud que avalizan lo requerido, ante ello si el objeto de uso de la historia clínica es exclusivamente el sacar datos se da paso al requerimiento; debiendo formar documento de compromiso de respeto de los Derechos de los Pacientes y de cumplimiento de Principios Éticos Fundamentales en el manejo de los datos (en Estadística); y que lo autorizado no incluye entrevista con la paciente y/o uso de secreciones o muestras de tejidos de la misma.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

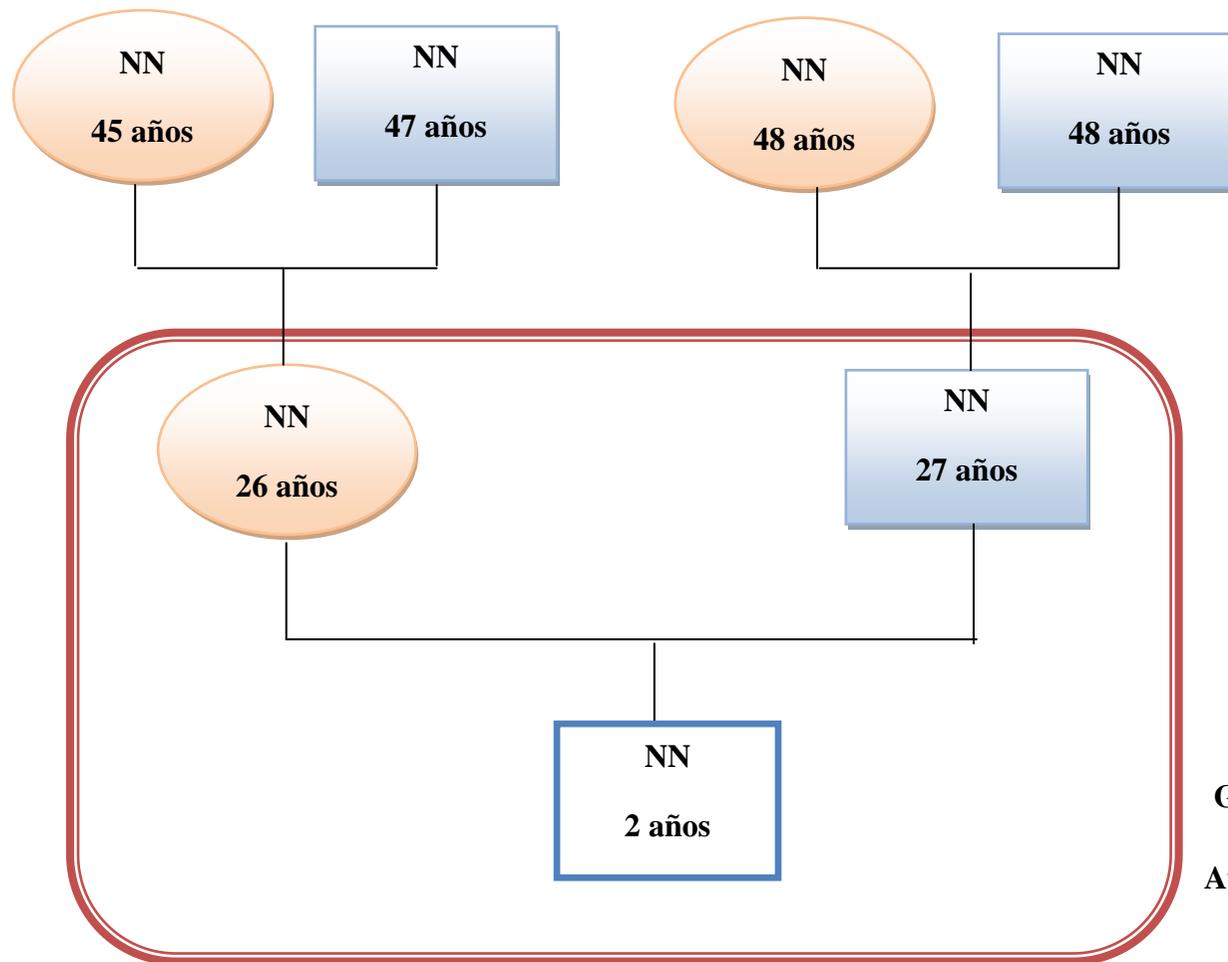


Dr. Carlos Gustavo López Barrionuevo
GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO

Av. Pasteur y Unidad Nacional, Cashapambaa
Teléfonos: 593 (03) 2824209 – 2425782 – 2841858



**ANEXO 3
FAMILIOGRAMA**



RELACIONES INTERPERSONALES

- Distante
- ==== Relación de dependencia (Económica)

SIMBOLOGIA

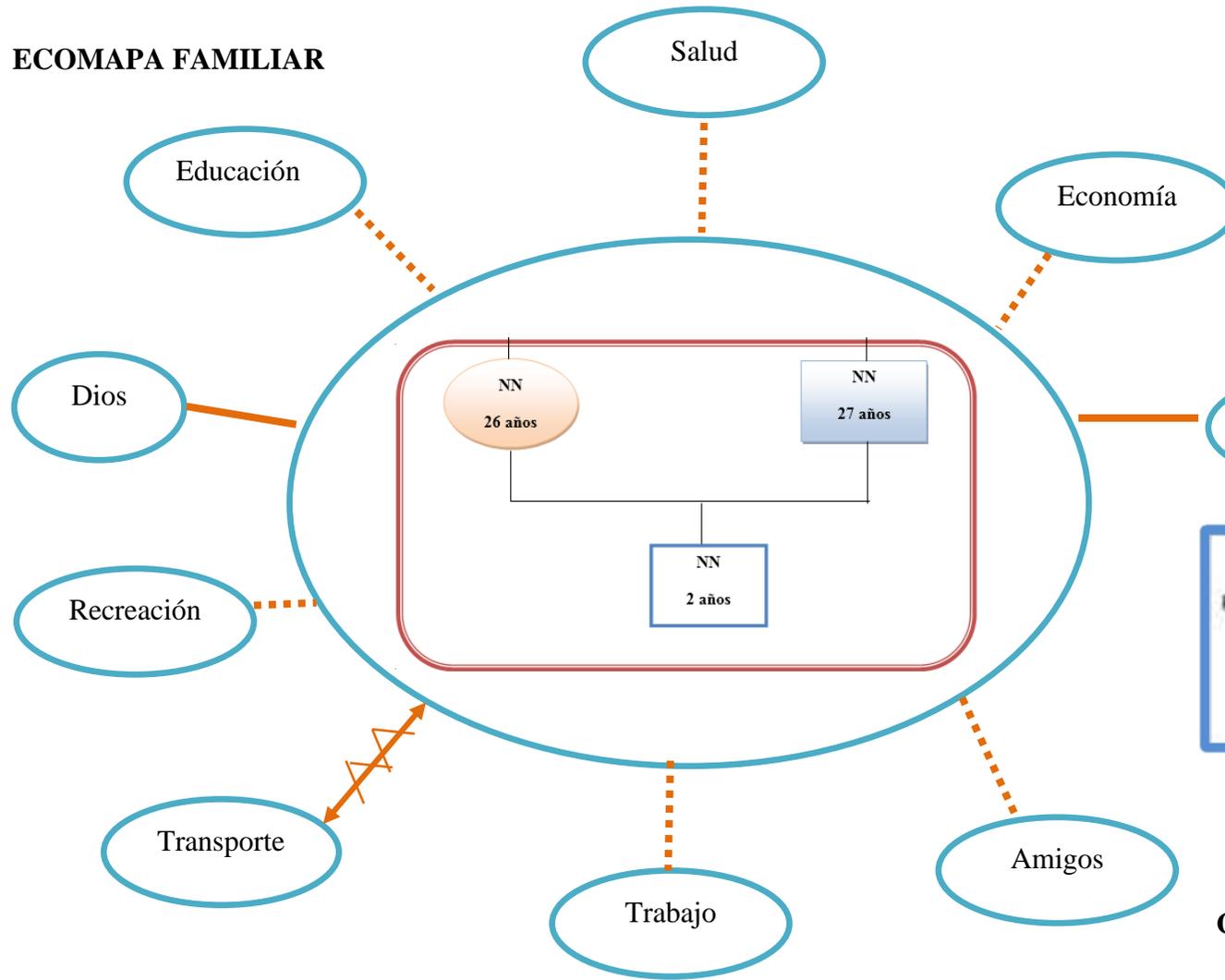
- Mujer
- Hombre
- X Fallecido
- Casados
- // Divorciados
- == Segundo Matrimonio
- Núcleo Familiar
- ... Soltera
- Paciente

Gráfico 1

Autora: Alexandra Belén Cabezas Timbela

ANEXO 4

ECOMAPA FAMILIAR



SIMBOLOGIA



Gráfico 2

Autora: Alexandra Belén Cabezas Timbela