



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

APLICACIÓN DEL PAE BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON EN UN NEONATO CON ASFIXIA AL NACER

GUAMAN GRANDA SANDY LIZBETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

APLICACIÓN DEL PAE BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON EN UN NEONATO CON ASFIXIA AL NACER

GUAMAN GRANDA SANDY LIZBETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

APLICACIÓN DEL PAE BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON EN
UN NEONATO CON ASFIXIA AL NACER

GUAMAN GRANDA SANDY LIZBETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

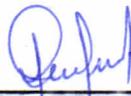
ROMERO ENCALADA IRLANDIA DEIFILIA

MACHALA, 15 DE ENERO DE 2020

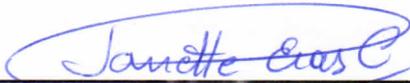
MACHALA
2020

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado APLICACIÓN DEL PAE BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON EN UN NEONATO CON ASFIXIA AL NACER, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



ROMERO ENCALADA IRLANDIA DEIFILIA
0702316365
TUTOR - ESPECIALISTA 1



ERAS CARRANZA JANETTE ESTHER
0701686420
ESPECIALISTA 2



CANGO PATIÑO OLGA PIEDAD
1101987301
ESPECIALISTA 3

Machala, 15 de enero de 2020

APLICACION DEL PAE BASADA EN LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON EN UN NEONATO CON ASFIXIA AL NACER

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1150 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, GUAMAN GRANDA SANDY LIZBETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado APLICACIÓN DEL PAE BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON EN UN NEONATO CON ASFIXIA AL NACER, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

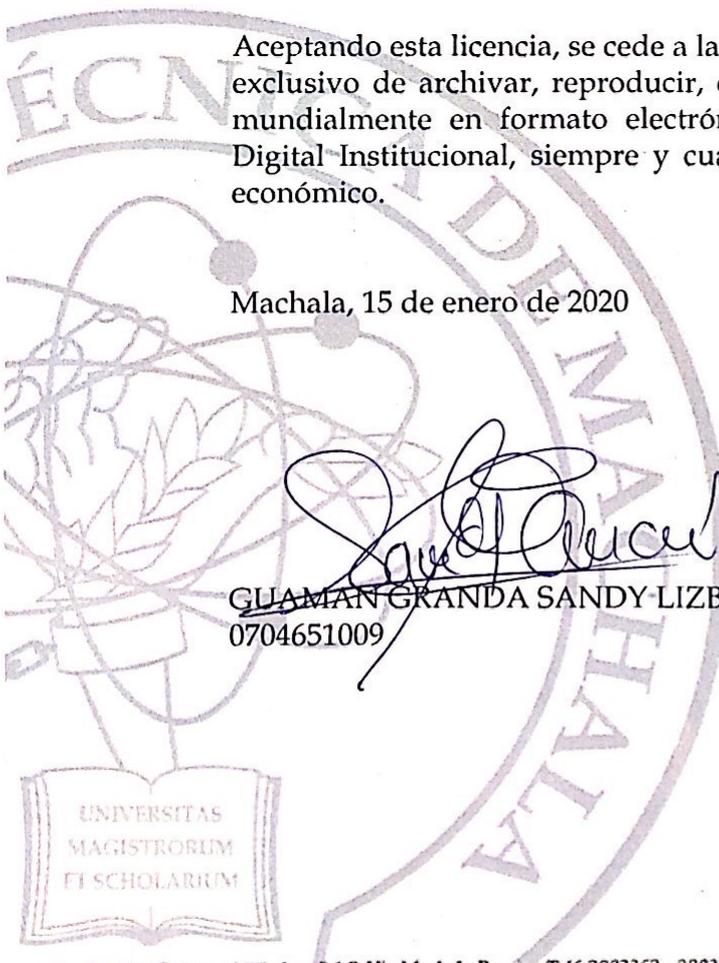
La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 15 de enero de 2020



GUAMAN GRANDA SANDY LIZBETH
0704651009



RESUMEN

Introducción: La asfixia antes, durante o después del nacimiento es una causa importante de mortalidad perinatal y morbilidad neurológica. Según la Organización Mundial de la Salud, anualmente nacen aproximadamente 130 millones de niños; de estos, casi el 2.5% nacen muertos 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%). Está claro que la asfixia perinatal puede originar lesión cerebral, pero también se ha demostrado que puede haber daño en otros órganos como el riñón, el corazón y el pulmón, transformándose en un problema de salud pública a nivel mundial. Una de las principales funciones de la enfermería, ya definida hace muchos años por Virginia Henderson, es ayudar a los individuos, enfermos o sanos, a realizar aquellas actividades que ellos mismos realizarían si tuvieran la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios; puesto que los pacientes son los verdaderos protagonistas de la salud. En base a esta reflexión nos canalizamos en el presente trabajo; en la importancia de mejorar y suplir los cuidados que se le brindan a nuestro paciente con asfixia al nacer y las consecuencias que contrae esta patología.

Objetivo: Diseñar un plan de cuidados de enfermería basados en la teoría de Virginia Henderson en un neonato diagnosticado con asfixia al nacer + hipoxia intrauterina para mejorar la calidad de vida.

Metodología: Esta investigación es de tipo científico, analítico y descriptivo, se la realizó mediante búsqueda y análisis de artículos científicos direccionados al estudio, así como revisión y valoración de la historia clínica y seguimiento del paciente y su mamá para la recolección de información para el análisis de caso, detallando las características principales que se han observado en el transcurso de los hechos.

Conclusión: neonato con evidencia de daño neurológico recibe los cuidados indispensables de enfermería basándose en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, en donde se priorizaron las necesidades que requerían mayor atención; se ejecutó un plan de cuidados en donde dependiendo de la mejoría clínica del paciente se iban modificando, en los que se priorizó el patrón respiratorio, riesgo de aspiración por

una alimentación ineficaz del lactante, el afrontamiento familiar de la enfermedad, el aumento del vínculo familiar y la educación para una correcta manipulación del recién nacido.

La educación que enfermería brinda a las gestantes en el primer nivel de atención es fundamental, para que la madre durante las fases de parto ya esté preparada psicológicamente y tenga una predisposición de cooperación al momento de generarse el parto y reconozca para evitar complicaciones como la suscitadas en este caso, en donde se evidenció poca colaboración por parte de la madre en la fase de expulsión del feto lo que contrajo graves repercusiones en la salud del neonato, dejando como consecuencia tras esta patología secuelas neurológicas que se evidenciaron durante la estadía hospitalaria, las cuales repercuten no sólo en la salud y calidad de vida del paciente, sino un cambio en las actividades que normalmente realizaban los padres, ya que por los daños neurológicos generados en el niño, este necesita mayor tiempo y paciencia para acudir a las sesiones de estimulación temprana, un mayor cuidado en la alimentación y así evitar complicaciones. Se impartió métodos a la madre sobre el correcto manejo del recién nacido a fin de evitar contratiempos con la salud del menor.

Palabras claves: PAE, asfixia perinatal, Virginia Henderson, necesidades básicas, daño neurológico.

ABSTRACT

Introduction: Choking before, during or after birth is an important cause of perinatal mortality and neurological morbidity. According to the World Health Organization, approximately 130 million children are born annually; of these, almost 2.5% are born dead and more than 3% die within the first 28 days of life. The main causes of neonatal death were estimated to be prematurity (28%), infections (26%) and perinatal asphyxia (23%). It is clear that perinatal asphyxia can cause brain lesions, but it has also been damaged that can have damage to other organs such as the kidney, heart and lung, becoming a public health problem worldwide. One of the main functions of nursing, as defined by Virginia Henderson for many years, is to help individuals, sick or healthy, perform activities that they themselves perform the necessary strength, will and knowledge; since patients are the true protagonists of health. Based on this reflection we channel ourselves in the present work; in the importance of improving and supplying the care given to our patient with asphyxiation at birth and the consequences of this pathology.

Objective: Design a nursing care plan based on Virginia Henderson's theory in a newborn diagnosed with asphyxiation at birth + intrauterine hypoxia to improve the quality of life.

Methodology: This research is of a scientific, analytical and descriptive type, it was carried out by searching and analyzing scientific articles addressed to the study, as well as review and evaluation of the clinical history and monitoring of the patient and his mother for the collection of information for the analysis of case, detailing the main characteristics that have been observed in the course of the events.

Conclusion: neonate with evidence of neurological damage receives the essential nursing care based on the 14 basic needs of Virginia Henderson, where the needs that required more attention were prioritized; A care plan was executed where, depending on the clinical improvement of the patient, they were modified, in which the respiratory pattern was prioritized, risk of aspiration due to ineffective feeding of the infant, family coping with the disease, increasing the family bond and education for proper manipulation of the newborn.

Nursing education provides pregnant women in the first level of care is essential, so that the mother during the delivery phases is already psychologically prepared and has a willingness to cooperate at the time of giving birth and recognize to avoid complications such as the one raised In this case, where there was little collaboration on the part of the mother in the phase of expulsion of the fetus which had serious repercussions on the health of the newborn, leaving as a consequence after this pathology neurological sequelae that were evidenced during the hospital stay, the which impact not only on the health and quality of life of the patient, but a change in the activities normally performed by the parents, since due to the neurological damage generated in the child, he needs more time and patience to attend the stimulation sessions early, greater care in feeding and thus avoid complications. Methods were given to the mother on the correct management of the newborn in order to avoid setbacks with the child's health.

Keywords: PAE, perinatal asphyxia, Virginia Henderson, basic needs, neurological damage.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	7
1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	9
1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio	9
1.2. Hechos de interés	10
1.3. Objetivos de la investigación.....	10
1.3.1. Objetivo General	10
1.3.2. Objetivos específicos.....	10
2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO.11	
2.1. Bases teóricas de la investigación.....	11
2.1.1. Asfixia al nacer o perinatal	11
2.1.2 Fisiopatología	11
2.1.3. Epidemiología	12
2.1.4 Clasificación de la Asfixia perinatal	13
2.1.5. Factores de riesgo	14
2.1.6. Diagnóstico	14
2.1.7. Necesidades de Virginia Henderson	16
3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO.....	16
3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada.....	16
3.1.1. Tipo de investigación	16
3.1.2. Unidad de análisis	17
3.1.3. Área de estudio.....	17
3.1.4. Tipo de estudio	17
3.1.5. Método de estudio	17
3.1.6. Técnicas a utilizar.....	18
3.1.7. Instrumentos de investigación	18
3.1.8. Categorías.....	18
3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación.....	19
3.2.1. Aspectos éticos legales	19
3.2.2. Petición de acceso para el manejo de análisis de la historia clínica	19
3.2.3. Ubicación de la historia clínica.....	20
3.2.4. Revisión de la historia clínica.....	20

3.3. Sistema de categorización en el análisis de la información	20
3.3.1. Descripción del caso.....	20
3.3.2. Antecedentes prenatales:	21
3.3.3. Diagnóstico médico.....	21
3.3.4. Proceso de atención de enfermería	21
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
4.1. Descripción de resultados.....	29
4.2. Argumentación teórica del proceso	31
4.3. Conclusiones	34
4.4. Recomendaciones.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
Anexo N°1: Oficio de solicitud para el acceso de la historia clínica de la paciente en el Hospital General Teófilo Dávila.	42
Anexo N°2: Permiso de aceptación a la solicitud de acceso de la historia clínica	44

INTRODUCCIÓN

Una de las principales funciones de la enfermería, ya definida hace muchos años por Virginia Henderson, es ayudar a los individuos, enfermos o sanos, a realizar aquellas actividades que ellos mismos realizarían si tuvieran la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios; puesto que los pacientes son los verdaderos protagonistas de la salud. En base a esta reflexión nos enfocamos en el presente trabajo; en la importancia de suplir, restaurar y mantenimiento de las necesidades fisiológicas que presenta nuestro paciente con asfixia al nacer y las consecuencias que contrae esta patología.(1)(2)

La asfixia perinatal es un cuadro causado por una alteración del intercambio de gases que cuando persiste produce una hipoxemia e hipercapnia progresivas con acidosis metabólica. La gran mayoría de las causas de hipoxia perinatal son de origen intrauterino.(3)

La asfixia antes, durante o después del nacimiento es una causa importante de mortalidad perinatal y morbilidad neurológica. Está claro que la asfixia perinatal puede originar lesión cerebral, pero también se ha demostrado que puede haber daño en otros órganos como el riñón, el corazón y el pulmón. La asfixia fetal ocurre principalmente por deterioro del intercambio placentario por causas diversas, entre ellas, alteración del flujo sanguíneo uterino, hipoxia materna, insuficiencia placentaria, desprendimiento prematuro de placenta, compresión del cordón, trauma al nacer e insuficiencia respiratoria o hemodinámica neonatal.(4)

Según la Organización Mundial de la Salud, anualmente nacen aproximadamente 130 millones de niños; de estos, casi el 2.5% nacen muertos 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%).(5)(6)

Datos estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, revelan que cada año 5 millones de recién nacidos padecen de asfixia de los cuales 1 millón fallece y una cifra similar sobrevive pero con secuelas neurológicas, es decir desarrollan parálisis cerebral, discapacidades físicas, problemas de aprendizaje y otros problemas del desarrollo como: sordera y ceguera. Tres de cada cuatro millones de las muertes neonatales que ocurren en el mundo podrían ser evitadas con la implementación de intervenciones de bajo costo y sin alta tecnología.(6)(7)

La incidencia de la asfixia perinatal es mucho más elevada en los recién nacidos término de madres diabéticas o toxémicas, así como también en el retraso de crecimiento intrauterino, la presentación pelviana y en los postérmino.(8)

En un estudio realizado por la Universidad Católica de Chile, evidencia que 85% de los casos de asfixia perinatal se presentan durante el parto y período expulsivo y clínicamente es manifestado como una depresión cardiorrespiratoria la cual si no es tratada a tiempo agrava la situación de la enfermedad. En otros estudios le dan mucha más importancia a la infección y a enfermedades maternas asociadas, considerando que estas aumentan la probabilidad de la asfixia.(8)

Datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), señala que en el 2016 en Ecuador la asfixia perinatal estaba en el sexto lugar de las causas de mortalidad neonatal, mientras que en el 2018 descendió al octavo puesto, lo que se considera como un logro para la disminución de los trastornos neurológicos que genera esta patología.(9)(10)

1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio

La asfixia etimológicamente significa falta de respiración o falta de aire. La asfixia perinatal está clínicamente caracterizado como un síndrome en el cual existe una suspensión o disminución grave del intercambio gaseoso a nivel principalmente de la placenta o los pulmones generando varios cambios irreversibles como hipoxemia e hipoxia tisular, hipercapnia y acidosis metabólica y en algunos casos la muerte.(8)

Existen varias causas de la asfixia perinatal pero la gran mayoría son de origen intrauterino, según datos estadísticos publicados por la Organización Mundial de la Salud esta enfermedad se encuentra entre las tres principales causas de mortalidad neonatal a nivel mundial.(11)

Las consecuencias neurológicas de esta patología son una de las más graves como el daño cerebral y secuelas neurológicas en los niños, por ejemplo el retraso psicomotor severo el cual se puede correlacionar con un déficit cognitivo posterior que es una consecuencia del deterioro de algunas áreas corticales producidas por hipoxia o una lesión isquémica multifocal. Los trastornos en el lenguaje, la audición y la visión evidencian lesiones parasagitales extensas las cuales pueden abarcar regiones parieto-occipital.(12)(13)

Según de la gravedad del daño causado en el recién nacido, las secuelas van hacer leves o graves, además del tratamiento oportuno instaurado durante las primeras horas de vida es fundamental, dependiendo de todos estos factores la calidad de vida del niño puede ser satisfactoria y se pueden mejorar aquellas falencias, no solamente con un tratamiento farmacológico, si no con intervenciones multidisciplinarias como terapias que se enfoquen en el problema que presenta, ya sea motriz, cognitivo o de lenguaje, además de la educación y concientización a la madre y familia como actuación principal de enfermería para de esta manera mantener y mejorar el estado de salud del niño.(14)(15)

El cuidado que brinda la madre es rol fundamental para que exista una conexión afectiva y un mejoramiento favorable del niño, la aceptación de la familia y el tener una adaptación plena mientras va creciendo determina la calidad de vida futura del paciente.

1.2. Hechos de interés

El término asfixia existe desde los años 1700 – 1710, en la antigua Grecia definían a este vocablo como “la ausencia de pulso”. Existen varias publicaciones clásicas que evidencian la utilización de los términos asfixia al nacer o perinatal desde el siglo 19, en el año de 1885 se realiza una carta a la editorial American Journal of Obstetrics and Diseases of Woman and Children emitida por el Señor W. Bizzel en la que mencionaba “El cordón umbilical cada vez iba disminuyendo su pulso. Conforme el niño no llore o haga una señal de vida o a menos una respiración, lo descubría para que su piel mantenga contacto con el aire frío, por varias ocasiones una palmada y compresión en el pecho, humedecí la cara y el pecho, toda maniobra era inútil no se evidenciaba ni el más mínimo intento de respiración”.(16)

Con el trascurso de las décadas se ha ido mejorando el tratamiento y diagnóstico en los recién nacidos con esta patología. Sin embargo no es hasta el siglo 20 que la anestesióloga la Dra. Virginia Apgar realiza su primera publicación en la revista College of Physicians and Surgeons and the Anesthesia Service en la cual crea una nueva escala para la evaluación de los recién nacidos llamada “Test de Apgar” la cual consiste en la evaluación de cinco parámetros que son valorados al minuto y a los cinco minutos respectivamente de la expulsión del producto. En esta publicación hace énfasis a la valoración y tratamiento del recién nacido con asfixia o apnea.(17)

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

- Diseñar un plan de cuidados de enfermería basados en la teoría de Virginia Henderson en un neonato diagnosticado con asfixia al nacer + hipoxia intrauterina para mejorar la calidad de vida.

1.3.2. Objetivos específicos

- Mencionar las necesidades básicas que se encuentran alteradas fundamentado en la teoría de Virginia Henderson para brindar un cuidado integral.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería basándose en las bases teóricas del NANDA.

2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO

2.1. Bases teóricas de la investigación

2.1.1. Asfixia al nacer o perinatal.

La asfixia es definida como un síndrome clínico en el cual el recién nacido presente una deficiencia general de oxigenación o insuficiencia en la perfusión de los órganos diana como el cerebro, corazón y riñones. Por otro lado la asfixia perinatal se la puede definir como una agresión producida al feto por una deficiencia de la perfusión tisular, es decir, es la que se produce como su palabra mismo lo menciona en el periodo perinatal o sea antes del parto, durante el trabajo de parto y después del nacimiento.(18)(19)

2.1.2 Fisiopatología

El feto se desarrolla y se mantiene en un ambiente relativamente hipóxico pero el cual cuenta con el oxígeno necesario para poder cubrir sus necesidades. Existe la reserva, que es un grupo de mecanismos compensatorios que van a permitir que el feto pueda tolerar satisfactoriamente el estrés que produce el trabajo de parto y la expulsión, y así mantener una mejor capacidad de transporte y liberación de oxígeno, una mayor resistencia a la acidosis y mejor capacidad de redistribución de sangre oxigenada a los tejidos, agregando la disminución de consumo de oxígeno y el intento de glucólisis anaerobia.

En presencia de una situación de hipoxia, luego del consumo de la reserva respiratoria, el feto inicia una serie de mecanismos de adecuación, percibe una redistribución del gasto cardiaco en donde concentra el flujo de tal manera que este se acrecenta en el corazón, el cerebro y las suprarrenales, por otro lado la irrigación de otros órganos se deteriora incrementando su vulnerabilidad. A través de varios mecanismos que se detallan a continuación se consigue esta redistribución de flujo.

- Un aumento en los niveles de adrenalina, que direcciona a un incremento de la resistencia vascular periférica e hipertensión.
- El ahorro de energía fetal se logra minimizando los movimientos respiratorios y corporales e instaurándose una bradicardia (por doble mecanismo: incitación de los quimiorreceptores por hipoxia y de barorreceptores por hipertensión).

- Vasodilatación cerebral, con flujo prioritario hacia el tallo encefálico, regularizada por la hipoxia y la hipercapnia.
- Si los episodios de hipoxias son graves y/o duraderos, los mecanismos de compensación fetal se sobrepasan, surgiendo variaciones en todos los niveles de la ahorro.(20)

Cambios hemodinámicos: Al avanzar la hipoxia fetal, disminuye la presión arterial media a medida que desciende el gasto cardíaco, aboliendo la centralización hacia los órganos vitales, de tal forma que el sistema de abastecimiento de oxígeno al cerebro fracasa, al mismo tiempo que fallan los mecanismos de autorregulación del flujo cerebral, de tal manera que se vuelve dependiente de la presión arterial media (PAM).

En el sistema nervioso central (SNC), la localización del daño va a depender de la distribución de la vascularización cerebral.

En situaciones de hipoxia grave, el flujo es primordial hacia el tronco encefálico en detrimento del córtex; dentro del mismo la corteza parietal parasagital es la más sensible a las lesiones hipóxicas. Cuando el cerebro está en desarrollo, la matriz germinal se encuentra sometida a rápidas alteraciones, resultando particularmente frágil a lesiones isquémicas e hipóxicas, así como a las variaciones hemodinámicas. Se evidencia una alta ocurrencia de lesiones renales, como efecto de la redistribución del flujo sanguíneo, el más susceptible al daño isquémico es el túbulo proximal, alcanzando a producirse necrosis de las células epiteliales del túbulo.(21)(22)

2.1.3. Epidemiología

Los enfoques epidemiológicos deben dirigirse de forma bidireccional durante el periodo perinatal ya que se han observado que han existido algunas complicaciones durante este tiempo, además se ha evidenciado que estas condiciones han modificado el estado de salud a futuro de estos recién nacidos. Los estudios epidemiológicos han coadyuvado para poder concebir mejor los factores de riesgo y el pronóstico oportuno durante el período perinatal, además de los patrones de seguimiento de morbilidad y mortalidad neonatal, para la valoración de la atención médica regional y de esta manera ayudar a los profesionales de salud en una eficacia en los tratamientos.

Cada año nacen aproximadamente 130 millones de niños a nivel mundial, de los cuales un 2,5% nacen muertos y más del 3% fallece durante los primeros 28 días de vida. Se considera que entre las principales causas de muerte son: la asfixia perinatal que ocupa el tercer lugar con 23% seguido de las infecciones con un 26% y en primer lugar la prematuridad con un 28%, por lo que hay que hacer énfasis en la asfixia perinatal por las secuelas que esta genera.(5)(6)

La UNICEF afirma que existe una relación directa de salud entre la madre y el recién nacido, por lo que el estado nutricional, así como la edad, el tiempo intergenésico añadidos la accesibilidad a los servicios de salud, la calidad de los controles prenatales, el servicio recibido durante el parto y los cuidados postnatales deciden los índices de supervivencia de los niños y niñas durante su primer mes de vida.(23)

2.1.4 Clasificación de la Asfixia perinatal

Desde la perspectiva de la Asociación de Ginecología y Obstetricia y la Academia Americana de Pediatría la asfixia perinatal se clasifica en:

Asfixia perinatal moderada: Se considera asfixia perinatal moderada según el puntaje de apgar obtenido, si el valor es de 4 - 6 a los cinco minutos y el pH del cordón umbilical de 7.0 – 7.18.

Asfixia perinatal severa: Los criterios que se utilizan es que la puntuación del apgar sea de 0-3 a los cinco minutos, el Ph del cordón umbilical es menor de 7.0 y existe algún grado de afección hacia el sistema neurológico, gastrointestinal, renal, pulmonar, cardiovascular, metabólico y hematológico.(24)(16)

En algunos otros estudios muestran que la clasificación también depende de los valores de los gases arteriales, en otra clasificación también la encontramos basándose exclusivamente en la puntuación de apagar basándose en los mismo valores de la clasificación anterior.

2.1.5. Factores de riesgo

Se hace referencia a la asfixia perinatal porque esta puede presentarse durante el embarazo, trabajo de parto y el parto, así como también después del nacimiento, es por ello que se consideran varias causas como las que se mencionan a continuación:

Causas Maternas: entre las causas maternas tenemos las hemorragias que se presentan en el tercer trimestre de gestación, las infecciones (tales como urinarias, corioamnionitis y sepsis), la hipertensión arterial gestacional y crónica, la anemia, intoxicaciones por sustancias psicotrópicas, colagenopatías y a comorbilidad obstétrica.

Causas Obstétricas: aquí mencionamos el líquido amniótico meconiado, la incompatibilidad céfalo-pélvica, el uso de fármacos como la oxitocina, la presentación fetal, un trabajo de parto prolongado o distócico, ruptura prematura de membranas, oligoamnios o polihidramnios.

Causas útero – placentarias: las dividimos en tres categorías:

- Anormalidades del cordón umbilical: como el circular de cordón irreductible, procúbito y el prolapso del cordón umbilical.
- Anormalidades placentarias: una de las principales en esta categoría la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, hipotonía e hipertonía uterina y las alteraciones en la contractilidad uterina.
- Anormalidades uterinas anatómicas: el útero bicorne.

Causas Fetales: se presentan alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal como taquicardia, bradicardia, arritmia, disminución de los movimientos fetales percibidos por la madre, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso, postmadurez, macrosomia fetal, malformaciones congénitas, fetos múltiples y eritroblastosis.

Reconocer los factores de riesgo más usuales y susceptibles de variación permite adecuar a las condiciones específicas de riesgo en la atención perinatólogica y neonatólogica para obtener un mejor resultado en el servicio brindado al binomio madre-hijo.(11)

2.1.6. Diagnóstico

La Dra. Virginia Apgar en 1952 formuló un sistema de puntuación que era un procedimiento de forma rápida para poder evaluar el estado clínico de un recién nacido

al minuto y a los cinco minutos de edad, para de esta manera realizar una intervención oportuna de la respiración. En un segundo informe publicado en 1958 tras la evaluación a pacientes, se estandariza este sistema de puntuación para los recién nacidos. El test de Apgar consta de cinco componentes: Frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y el color, en donde cada uno tiene una puntuación de 0,1 y 3. La valoración del apagar se la realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del producto. La puntuación de Apgar sigue siendo un método rápido y eficaz al momento de dar información sobre el estado y la respuesta de reanimación del recién nacido.(25)(26)

Los protocolos del programa de reanimación neonatal establecen que “las acciones de medidas de resucitación adecuadas no deben dictarse por las puntuaciones de apgar, ni mucho menos retrasarse las intervenciones de resucitación hasta la evaluación del primero minuto si el recién nacido se encuentra deprimido”. Es indispensable aprender a reconocer el condicionamiento de la puntuación de Apgar. El test de Apgar es una método en el que se expresa la condición fisiológica del recién nacido, el cual incluye componentes subjetivos y un marco de tiempo limitado.(27)

La puntuación de apgar es una forma rutinaria para evaluar la condición clínica de los neonatos al 1 y 5 minutos después del nacimiento, es considerado como una pauta para un pronóstico de salud neurológica y un desarrollo cognitivo, la puntuación baja tiene gran relación con la mortalidad perinatal, la parálisis cerebral, epilepsia y bajo rendimiento escolar.(28)

Además antes de que se vea afectada la puntuación del Apgar debe ser significativa la alteración bioquímica. Los componentes del test de Apgar como el color, el tono y la irritabilidad refleja dependen en gran parte de la madurez fisiológica del lactante. Por ejemplo se puede dar una puntuación baja a un recién nacido prematuro sano sin evidencia de asfixia solamente por la inmadurez.(29)

Los resultados de los gases venosos del cordón umbilical son una herramienta indispensable y precisa para evaluar la acidemia neonatal en el momento de la entrega. Existe una gran alteración de la variación de la recogida de muestras para colección de gases venosos del cordón umbilical ya que no es una práctica estandarizada entre las instituciones y los proveedores dentro de la misma institución. Es muy posible que con estas grandes variaciones no sea posible detectar algunos casos de acidosis neonatal,

especialmente en la reevaluación del test de Apgar. Así mismo, no está esclarecido si los casos de acidemia neonatal, que presentan una puntuación de Apgar normal a los cinco minutos son clínicamente relevantes.(30)

2.1.7. Necesidades de Virginia Henderson

El profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario cumple un rol muy importante en el cuidado directo y otros ámbitos proporcionando atención integral a todas las personas sin discriminación alguna, así como un cuidado individualizado a cada ser humano, familia, comunidad en todas las circunstancias que estos se encuentren, ya sean sanas o enfermas para poder restablecer y/o mantener su salud o fomentarla.

Las intervenciones y cuidados de enfermería se fundamentan en bases teóricas, en donde la enfermera evalúa y prioriza las necesidades de cada individuo y se inclina por la teoría que ayude a restablecer o mejorar la salud de su paciente.

La teoría de Virginia Henderson es esencial y direccionada a una disciplina basada en los cuidados de enfermería la cual se enfoca en “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que ayuden a su salud, a la recuperación y obtener una muerte digna, así como también a realizar actividades que el individuo por sí mismo no es capaz de realizarlas debido a su limitación o falta de conocimientos, ayudar a que logre su independencia a la mayor brevedad posible”.(1) Valiéndonos de estos principios realizamos este trabajo investigativo se aplica esta teoría con la finalidad de mejorar el estado de salud del paciente ya que este es un neonato el cual no comprende las acciones que debe realizar y necesita que sus necesidades fisiológicas sean suplidas y restauradas por parte de enfermería y de su agente cuidador, al que se le proporciona una valoración y priorización de las necesidades alteradas y así mejorar o disminuir las secuelas de la patología que presentó al momento del nacimiento.

3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada.

3.1.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo científico, analítico y descriptivo, se la realizó mediante búsqueda y análisis de artículos científicos direccionados al estudio, así como revisión y

valoración de la historia clínica y seguimiento del paciente y su mamá para la recolección de información para el análisis de caso, detallando las características principales que se han observado en el transcurso de los hechos.

3.1.2. Unidad de análisis

El paciente es un recién nacido de sexo masculino, diagnosticado con Asfixia al nacer + hipoxia intrauterina.

3.1.3. Área de estudio

El presente trabajo de análisis de caso se desarrolló en el área de Unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital general Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

3.1.4. Tipo de estudio

En el presente trabajo investigativo se aplicó una investigación científica, descriptiva y analítica, que nos permiten guiar y obtener información con bases teóricas que fundamenten nuestra investigación y así poder desarrollar y cumplir los objetivos planteados.

3.1.5. Método de estudio

3.1.5.1. Método científico: metodología utilizada para aplicar conocimientos teóricos-prácticos basados en teorías científicamente fundamentadas, de esta manera las intervenciones efectuadas tiene validez científica.

3.1.5.2. Método descriptivo: método cualitativo utilizado para detallar las características y especificar de manera más organizada los factores desencadenantes de esta patología, las secuelas que generan y compararlas con las evidenciadas en el paciente.

3.1.5.3. Método analítico: proceso utilizado para analizar la historia clínica del paciente, identificar elementos fundamentales que conforman el caso clínico.

3.1.6. Técnicas a utilizar

- **Observación:** procedimiento empleado para la recolección de información del análisis de caso, se realiza una observación no estructurada, pero participativa debido a que la inclusión en la investigación es fundamental en el trabajo a realizar.
- **Entrevista:** se ejecutó una entrevista no estructurada orientada exclusivamente a la madre del paciente, la que se fue desarrollando con una conversación fluida y sostenida, generando un ambiente de seguridad y así poder obtener toda la información necesaria de los hechos al momento del trabajo de parto y el parto, las secuelas que generaron en el paciente y su estado actual.

3.1.7. Instrumentos de investigación

1. Historia clínica del paciente
2. Consentimiento informado de la madre del paciente (ya que el paciente es un menor de edad).
3. Fuentes bibliográficas de revistas científicas.
4. Bases de datos EBSCO, E-book y Scopus de la UTMACH

3.1.8. Categorías

Inspección de los diferentes criterios que son valorados durante el desarrollo del análisis de caso son:

1. Anamnesis
2. Antecedentes familiares
3. Antecedentes obstétricos
4. Signos vitales (valoración de apgar al nacimiento)
5. Manifestaciones clínicas y evolución durante la estancia hospitalaria
6. Planes de cuidado de enfermería

3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación

La investigación se la realizó bajo un proceso administrativo y sistemático, a través de la aceptación y firma del consentimiento informado de la madre del menor como representante legal, se deja constancia del documento ético legal para efectuar el estudio de caso, luego la información de la historia clínica se obtuvo mediante gestionaamiento en la facultad académica y en el hospital General Teófilo Dávila.

Para complementar la investigación se realizó la recolección de información a través de la búsqueda de bases teóricas científicas considerando las siguientes revistas que tienen un gran impacto tales como: Dialnet, Elsevier, Scielo, PubMed, Latina Perinatal, Scopus, EBSCO, lilacs, ScienceDirect.

3.2.1. Aspectos éticos legales

En la ejecución de este proyecto investigativo se cumplen a cabalidad los principios bioéticos que se detallan a continuación:

- **Autonomía:** Debido a que la mayoría de la información presente en este estudio de caso es de fuente secundaria de la historia clínica, la cual se tuvo acceso por medio del permiso consentido por el paciente.
- **Beneficencia:** Se diseña un plan de cuidados el cual está encaminado a la patología diagnosticada al neonato al momento del nacimiento.
- **No maleficencia:** las intervenciones establecidas en esta enfermedad son encaminadas a mejorar su calidad de vida y disminuir las secuelas.
- **Confidencialidad:** Se mantiene en completa discreción los nombres y datos personales del paciente y de la madre de manera anónima para evitar perjudicar su integridad moral.

3.2.2. Petición de acceso para el manejo de análisis de la historia clínica

El acceso a la historia clínica del paciente se lo obtuvo mediante el oficio N° UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0903-OF, generado y emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala dirigido al Gerente del Hospital General Teófilo Dávila el Señor Mauro Calles Palomeque.

3.2.3. Ubicación de la historia clínica

En respuesta a la aceptación de solicitud del oficio emitido por la coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala se obtuvo el acceso a la historia clínica del paciente la cual posaba en el área de estadística del Hospital General Teófilo Dávila.

3.2.4. Revisión de la historia clínica

Luego de haber accedido a la historia clínica del paciente se procedió a la recolección de información más relevante, para así poder desarrollar el análisis de caso de una manera veraz.

3.3. Sistema de categorización en el análisis de la información

3.3.1. Descripción del caso

1 de julio del 2019: Madre gestante acude al Hospital General Teófilo Dávila a las 3H40 con dolor tipo contracción, con un Diagnóstico de embarazo de 37.2 SG + Ruptura prematura de membranas + labor de parto fase activa al cual al ser valorada se le administra misoprostol, 13H00 paciente es nuevamente valorada y continúa en fase activa; 17H42: Se obtiene recién nacido por parto eutócico, producto único vivo de sexo masculino, presentación cefálica con presencia de líquido amniótico de características claras con cianosis y flacidez generalizada, frecuencia cardíaca 60x', por lo que es llevado a sala de recepción previo clampeo de cordón umbilical, se aspiran secreciones naso y orofaríngea sanguinolentas con sonda de succión #8 y se procede a intubación endotraqueal inmediata, se da ventilación a presión positiva AMBU- TET durante 60 segundos obteniendo mejoría de FC 138x'. RN con hipotonía muscular, presentando un APGAR 3-6 al primer y quinto minuto respectivamente, con respiraciones espontaneas, con tiraje intercostal y retracción xifoidea, recibe oxígeno por cánula nasal a 1 litro manteniendo una saturación de 99%, el cual fue diagnosticado con: Recién nacido a término Adecuado para edad gestacional (39 S.G.) + asfixia al nacer + hipoxia intrauterina + dificultad respiratoria del Recién Nacido + Riesgo de infección por Ruptura Prematura de Membranas +- 16 horas.

3.3.2. Antecedentes prenatales:

Madre de 20 años de edad, GORH+, antecedentes ginecoobstétrico: gesta: 3 parto: 1 aborto: 1 cesárea: 0, controles prenatales 5, ecografía obstétricas 2 aparentemente reporte normal (ultima eco reporta oligoamnios), último parto hace 2 años. Toma hierro + ácido fólico desde el tercer mes de embarazo hasta finalizar embarazo. Inmunizaciones: 1ra dosis de toxoide tetánico. No hospitalizaciones. Refiere infección del tracto urinario + vaginosis desde el 5to mes de embarazo por lo que recibe tratamiento vía oral por 7 días (curada), no enfermedades febriles ni eruptivas; al 6to mes de gestación colocan dos dosis de maduración pulmonar de forma ambulatoria por infecciones a repetición y riesgo de parto pretérmino. No dengue, Zika ni chikungunya, no procesos febriles ni eruptivos. Madre ingresa el 01 de julio del 2019 a las 03h40 por pérdida de líquido, colocan misoprostol vía vaginal, a las 13H00 madre refiere que desde su ingreso no sentir movimientos fetales.

3.3.3. Diagnóstico médico

Recién nacido T/AEG (39S.G.) + Asfixia al nacer + Hipoxia intrauterina + Dificultad respiratoria del recién nacido.

3.3.4. Proceso de atención de enfermería

El proceso de Atención de enfermería en una estrategia metodológica que sirve como herramienta de conocimiento y destreza, que favorece a desarrollar el pensamiento crítico del profesional de enfermería.(31)(32)

Es indispensable la utilización del proceso de atención de enfermería o también denominado proceso enfermero en la práctica clínica para determinar las necesidades del individuo, familia o comunidad. El proceso de atención de enfermería no es una teoría pero si es método que ayuda de forma sistemática para la aplicación y selección de los cuidados de enfermería humanitarios centrados en el logro de los resultados anhelados, en donde los profesionales de enfermería valoran, determinan y diagnostican los problemas reales o potenciales, determinan las necesidades del paciente, cómo se debe planificar la atención, de qué manera seleccionar las intervenciones de enfermería de forma individualizada y como evaluar los efectos que generan estas intervenciones en el paciente.(33)(34)

La aplicación del proceso de atención de enfermería en todos los grupos etarios es importante porque permite intervenir oportunamente disminuyendo el riesgo de complicaciones o secuelas severas. La planificación familiar permite que una familia proyecte sus metas y limitaciones al momento de tener hijos, la información y el conocimiento; es fundamental para la prevención de futuras complicaciones durante la gestación, enseñar a la madre, padre, familia y la comunidad la importancia de los controles prenatales, como en el caso presentado; la madre del paciente cumplió con todos los controles durante su embarazo. El rol de la enfermera y del equipo de salud es preparar física y psicológicamente el proceso de parto, embarazo y puerperio, identificar las señales de peligro, por ello el proceso de atención de enfermería está vinculado a una base científica teórica de enfermería, en donde los diagnósticos enfermeros y las intervenciones que se van aplicar siempre deben ser lo más oportunos tomando en cuenta el mejor modelo de enfermería que se adapte a las necesidades presentadas por el paciente. En el presente caso las intervenciones aplicadas por enfermería durante la fase de parto (la educación y el apoyo afectivo) y la recepción del recién nacido fueron adecuadas; junto con el médico ejecutaron las medidas de valoración y reanimación al neonato para así poder estabilizarlo y durante su hospitalización se brindó una asistencia eficiente enmarcándose en una recuperación favorable.

Por estas razones se adapta la teoría de Virginia Henderson, de estabilizar y restaurar las necesidades básicas que se encuentran alteradas.

Valoración de enfermería en base a las necesidades básicas de Virginia Henderson:

Necesidad 1: Respirar normalmente

Paciente presentó problemas respiratorios por lo que durante algunos días se mantuvo con ventilación mecánica y luego con oxígeno por cánula nasal.

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente

Neonato durante los primeros días de vida se mantuvo en N.P.O, luego tuvo una alimentación por sonda orogástrica, y a la alimentación por succión el reflejo de succión estaba abolido y el deglución disminuido.

Necesidad 3: Eliminar desechos corporales

No presenta ninguna alteración.

Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada

El recién nacido presenta una hipotonía, disminución en los movimientos de las extremidades.

Necesidad 5: Dormir y descansar

No presenta ninguna alteración.

Necesidad 6: Elegir ropa adecuada

El neonato es un ser que aún no tiene conciencia propia de las acciones.

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal

No presentó ninguna alteración.

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal

El neonato es un ser que aún no tiene conciencia propia de las acciones.

Necesidad 9: Evitar los problemas del entorno

El neonato es un ser que aún no tiene conciencia propia de las acciones.

Necesidad 10: Comunicarse con otras personas

El llanto como medio de comunicación del recién nacido con su entorno, el cual se encuentra afectado por las secuelas neurológicas durante el parto.

Necesidad 11: Creencias y valores familiares

La madre del menor refiere que son de religión católica.

Necesidad 12: Trabajar y sentirse realizado

El paciente carece de conciencia y autonomía para realizar alguna actividad.

Necesidad 13: Participar en actividades recreativas

No realiza ninguna actividad debido a su condición.

Necesidad 14: Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

La ausencia de respuesta a los estímulos externos, condiciona la capacidad de descubrir el medio.

Para efectuar el plan de cuidados nos vamos a enfocar en las intervenciones que el personal de enfermería debe realizar en pacientes con esta patología durante su estadía hospitalaria y la educación que se le debe brindar a la madre para que imparta cuidados de calidad, el afrontamiento de la familia ante este nuevo integrante.

Tabla 1. Patrón respiratorio ineficaz

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 4 Actividad/Reposo		Clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares		
DIAGNOATICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION
ETIQUETA (PROBLEMA) 00032: Patrón respiratorio ineficaz r/c distrés respiratorio e/p quejido, tiraje intercostal.	ETIQUETA 0403: Estado respiratorio: ventilación	[40301] Frecuencia respiratoria.	3390: Ayuda a la ventilación -Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción. -Mantener una vía aérea permeable. -Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios -Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.	Escala de medición: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla 2. Riesgo de aspiración

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 11 Seguridad/Protección		Clase 1 Infección		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION
<p>ETIQUETA (PROBLEMA)</p> <p>00039: Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución</p> <p>Definición Riesgo de que penetre en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sólidos o líquidos.</p>	<p>1010: Estado de deglución</p> <p>1918: Prevención de la aspiración</p>	<p>101010 Momento del reflejo de deglución</p> <p>101013 Esfuerzo deglutorio normal</p>	<p>3200: Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>-Mantener vías aéreas permeables.</p> <p>-Alimentación en pequeñas cantidades.</p> <p>-Comprobación de colocación de sonda nasogástrica.</p> <p>-Evitar la alimentación si los residuos son abundantes.</p> <p>-Mantener en posición semifowler- rossier durante la alimentación.</p>	<p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla 3. Patrón de alimentación ineficaz del lactante

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 2 Nutrición		Clase 1 Ingestión		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION
<p>ETIQUETA (PROBLEMA)</p> <p>00107: Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c incapacidad para iniciar una succión eficaz e/p deterioro neurológico y anomalía anatómica.</p> <p>Definición Deterioro de la habilidad del lactante para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.</p>	<p>100: Establecimiento de la lactancia materna: lactante</p>	<p>100801: Ingestión alimentaria oral</p>	<p>1860: Terapia de deglución -Proporcionar dispositivos de ayuda (chupones), para ayudar al reflejo de succión. -Ayudar con los dedos al movimiento del maxilar inferior para ayudar a la estimulación y el reflejo de la succión. -Brindar educación a la madre para que ella ayude a la estimulación del reflejo de succión.</p>	<p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla 4. Riesgo de deterioro de vinculación entre los padres y el lactante

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 7 Rol/Relaciones		Clase 2 Relaciones familiares		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION
<p>ETIQUETA (PROBLEMA)</p> <p>00058: Riesgo de deterioro de vinculación entre los padres y el lactante r/c enfermedad del neonato que impide la iniciación eficaz del contacto parenteral m/p expresiones verbales</p> <p>Definición Vulnerabilidad a una interrupción del proceso entre los padres y el niño.</p>	<p>ETIQUETA</p> <p>1500 Lazos afectivos entre padres e hijo.</p> <p>2111 Ejecución del rol de padres</p>	<p>221129 Mantiene la comunicación abierta</p> <p>221115 Demuestra empatía hacia el niño.</p> <p>221106 Estimula el crecimiento emocional.</p>	<p>5270: Apoyo emocional. Proporcionar ayuda a tomar decisiones. } 5400 Potenciación de la autoestima. Animar al aceptar nuevos desafíos.</p> <p>7140 Apoyo a la familia. Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, la familia y de los profesionales de cuidado. Proporcionar a la familia acerca de los progresos del paciente.</p>	<p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla 5. Afrontamiento familiar comprometido

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio Afrontamiento y Tolerancia al estrés		Clase 1 Respuesta postraumática		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION
<p>ETIQUETA (PROBLEMA)</p> <p>00074: Afrontamiento familiar comprometido r/c secuelas de daño neurológico evidenciadas a largo plazo.</p> <p>La persona que habitualmente rinda el soporte principal proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo. insuficiente o inefectivo (o hay que peligro de que ello suceda) que puede ser necesario</p>	<p>ETIQUETA</p> <p>2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario</p> <p>2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional</p>	<p>220203 Demostración de consideración positiva por el receptor de cuidados</p> <p>220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento</p> <p>220217 Implicación del receptor de los cuidados en el plan asistencia</p>	<p>7110: Fomento de la implicación familiar - Ayudar al cuidador principal a conseguir el material para proporcionar los cuidados necesarios.</p> <p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo. - Remitir a programas de fomento de rehabilitación.</p> <p>7040 Apoyo al cuidador principal. - Enseñar al cuidador la terapia del paciente.</p> <p>7140 Apoyo a la familia. -Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. - Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.</p>	<p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Descripción de resultados

Recién nacido que permaneció 28 días hospitalizado, observándose mejoría clínica paulatinamente sin embargo se evidencia las secuelas ocasionadas por esta patología.

Evolución

1/07/2019 recién nacido de una hora de vida es ingresado desde centro obstétrico al área de neonatología por presentar al nacimiento cianosis y flacidez generalizada, gesticulaciones, frecuencia cardiaca de 60 por minuto, en donde fue llevado a sala de recepción y le aspiran secreciones orofaríngeas sanguinolentas, le realizan entubación endotraqueal, con apagar de 3 – 6 al primer y quinto minuto respectivamente, luego presenta respiración esporádica por lo que retiran entubación endotraqueal y colocan oxígeno por cánula nasal por lo que deciden ingreso con un diagnóstico de Recién nacido a término adecuado para edad gestacional (39 semanas de gestación) + Asfixia la nacer + hipoxia intrauterina + dificultad respiratoria del recién nacido + Riesgo de infección por ruptura prematura de membranas de \pm 6 horas. En donde permanece en una cuna de calor radiante con oxígeno por cánula nasal, con líquidos parenterales, antibioterapia con ampicilina y gentamicina, gluconato de calcio. A las dos horas de hospitalización presenta desaturación por 3 ocasiones hasta 60 %, pausas respiratorias por \pm 30 segundos, se observan movimientos de extensión de extremidades superior más chupeteo y desviación de la mirada por dos ocasiones con una duración de \pm 20 segundos, en donde proceden a intubación endotraqueal y es conectado a ventilación mecánica y administración de fenobarbital.

4/07/2019 neonato en su cuarto día de hospitalización continua con intubación endotraqueal, bajo efecto de sedante y anticonvulsivante, hipo activo con mínimo reflejo al estimulación, se observa mirada fija hacia arriba, en NPO y con SOG abierta, presentado tiraje intercostal y retracción xifoidea, piel con leve tinte icterico, líquido parenteral de base se le aumentan electrolitos por resultados de exámenes. Resultados de eco tranfontanelar normal.

5/07/2019 recién nacido en iguales condiciones le realizan exámenes el cual presenta bilirrubinas alteradas, por lo que indican colocación de lámpara de fototerapia.

6/07/2019 se indica alimentación de leche materna 3.5 mililitros por sonda orogástrica con buena tolerancia, continúa con tratamiento farmacológico indicado, se aspira por tubo endotraqueal abundantes secreciones cremosas verdosas. Se suspende fototerapia.

8/07/2019 según resultado de cultivo se hace rotación de antibióticos y se aumenta ácido fucídico por onfalitis. La alimentación por sonda nasogástrica aumenta a 10 mililitros. Piel con presencia de petequias en tórax anterior y región proximal de extremidades inferiores.

10/07/2019 es extubado y se coloca oxígeno por cánula nasal a 1 litro por minuto con lo que satura de 96 – 98%, marcación de tiraje intercostal.

13/07/2019 se le cambia oxígeno por HOOD a 5 litros x', con tolerancia favorable, se aumenta alimentación por sonda orogástrica a 20ml, continúa con su mirada fija hacia arriba y hipoactivo.

15/07/2019 según los resultados de cultivo realizado se realiza nuevamente rotación de antibióticos y se mantiene con amikacina. Hipoactivo poco reactivo al manejo, llanto agudo de tipo neurológico con succión ausente.

19/07/2019 se realiza tolerancia al oxígeno al ambiente con una reacción positiva, se cambia alimentación por succión en donde solo se logra alimentar con 10 ml con gran dificultad, por lo que se observa que el reflejo de succión está totalmente abolido.

25/07/2019 suspensión de antibióticos, se indica estimulación temprana, se aumenta mililitros de alimentación, reflejo de succión abolido y deglución disminuida, mirada enfocada hacia arriba, llanto neurológico débil, hipoactivo, extremidades con limitación de movimientos.

29/07/2019 neonato es dado de alta con interconsulta por estimulación temprana y educación a la madre sobre el manejo de su hijo, la importancia del rol que desempeña ella para el mejoramiento de reinscripción de salud del paciente, los signos y síntomas de alarma que se pueden presentar y cómo debe desenvolverse para evitar complicaciones.

Enfermería tiene funciones dependientes, independientes e interdependientes, que son clave para la atención de la fase expulsiva del parto y la atención inmediata del recién nacido, el personal profesional de salud conjuntamente realizó una atención integral en el parto pese a la poca colaboración de la paciente, una pronta recepción y reanimación del

neonato que presentaba un bajo apgar. Tras todas las intervenciones realizadas en el transcurso de la hospitalización el neonato fue mejorando y sus secuelas de daño neurológico eran más evidentes, donde enfermería impartía educación a la madre acerca del manejo de su hijo. Es claro que enfermería no solo satisface las necesidades del paciente, ayuda a la familia a que lo instaure a tener una vida habitual, educar a los padres al afrontamiento de este nuevo ser que puede presentar o acentuar los daños neurológicos a largo plazo.

4.2. Argumentación teórica del proceso

La asfixia perinatal se encuentra entre las tres primeras causas de muertes neonatal a nivel mundial, reportes de la Organización Mundial de la Salud. Estos son datos alarmantes los cuales deben disminuir, la población materno infantil es un grupo muy vulnerable requiere un mayor enfoque para minimizar riesgos y mejorar los estándares de salud de la población en general. La asfixia perinatal es la causa más común que está asociada a lesión neurológica, como derivación a un déficit neurológico grave en los niños que se presenta en tiempo prolongado.(35)

En un estudio realizado por Vericat A, señala que la lesión cerebral por asfixia perinatal se debe a isquemia cerebral o hipoxia lo que genera daños neurológicos a largo plazo en donde se van a presentar secuelas motoras, cognitivas, epilepsia y déficit neurosensoriales y las manifestaciones son más severas si se presentaron convulsiones o coma, en nuestro análisis de caso el neonato presentó asfixia perinatal más hipoxia intrauterina y durante la estancia hospitalaria presentó convulsiones en las primeras horas de vida siendo este un signo según el autor, de presentar futuras lesiones neurológicas a largo plazo, las cuales se van atenuando con el pasar del tiempo, ya que en la actualidad el paciente tiene cinco meses de vida y fue diagnosticado por Parálisis cerebral infantil.(36)

El recién nacido presentó reflejos arcaicos alterados como el de succión y el de búsqueda, y una ausencia de el de moro, por lo que es evidente que presentaba una alteración en el desarrollo psicomotor; según Moreno en su estudio también refiere esta sintomatología como una evidencia del desarrollo psicomotor donde los signos de alerta se manifiestan con movimientos oculares (estrabismo, sol poniente, nistagmo, desviación de la mirada), persistencia de los reflejos arcaicos (patrón de reflejo anormal), tono muscular (hipotonía). En el reflejo de prensión palmar: al colocar nuestra dedo en la palma de la

mano del bebé, este no responde con ningún movimiento, existe una ausencia total ante este estímulo lo que indica según Sellán en su libro de cuidados neonatales de enfermería, que hace referencia a la valoración de los reflejos neurológicos y que la ausencia durante las primeras semanas de vida sería una señal de un probable trastorno neurológico o un signo de daño neurológico.(37)(38)

En la valoración de apgar del recién nacido se obtuvo una puntuación de 3 – 6 al minuto y a los cinco minutos respectivamente, y este neonato si fue diagnosticado con Asfixia al nacer por lo que si guarda cierto tipo de relación la puntuación del Apgar con la patología lo cual concuerda con Méndez en donde señala que la asfixia perinatal no es sinónimo de recién nacido deprimido con una puntuación de apgar de 0-3, pero se correlaciona con la mortalidad y es un factor que se vincula con lesiones neurológicas, el peligro de presentar un mayor daño neurológico aumenta si a los 10, 15 o 20 minutos el Apgar tiene un valor menor de 3, siendo un método muy útil para que el equipo de salud actúe con mayor rapidez y eficiencia ante estas situaciones alarmantes las que requieren una intervención óptima.(39) Eun señala que en los productos prematuros la relación es mínima entre el apgar bajo con los daños neurológicos, debido a que un bebé prematuro sano sin asfixia con problemas fisiológicos puede recibir una puntuación baja, es por ello que la relación es más estrecha entre los neonatos a término que los pre o postérmino.(29)

La asfixia producida en el neonato estudiado corresponde a una asfixia prenatal ya que se presentó durante la expulsión, tenía como factores relacionados una ruptura prematura de membranas de 16 horas de evolución que el mismo autor Rivera considera que la incidencia de la asfixia se presenta en un 90% en el período prenatal y solo un 10% en el postnatal, está generalmente relacionada con la edad gestacional y el peso fetal como una de las causas maternas, así mismo el parto prolongado en el que no existía una colaboración por parte de la madre, el recién nacido fue a término con un peso dentro de los parámetros normales los cuales indican que estas dos características no están dentro de las más comunes señaladas por este autor pero sí son relevantes.(11)

El neonato necesita de un núcleo familiar en donde sienta la efectividad de sus padres para poder desarrollarse en un ambiente de armonía y seguridad, al ser ingresado en una unidad la enfermera tiene el papel de promocionar este vínculo y tratar de que no se pierda para que tanto la madre como el padre se encuentren involucrados de la situación y que este lazo no se pierda. Existencias diferencias en el afrontamiento por parte de los

progenitores ya sea por desconocimiento, miedo, incertidumbre ante la situación, en las áreas de neonatología es la madre quien tiene un mayor acercamiento y preocupación por el estado de salud de su hijo mientras que el padre se muestra un poco más apartado de lo acontecido, en esta estudio el padre se mostraba más temeroso al contacto, ejercía el papel de protección hacia la esposa; la madre presentaba una mayor disponibilidad por aprender un correcto cuidado del manejo de su hijo y mejor captación para la educación que se le impartía.(40)

4.3. Conclusiones

La asfixia perinatal es una patología que dependiendo de la gravedad en la que se presente va generar los daños en la salud del menor, estas secuelas con mayor impacto son la mortalidad y los trastornos neurológicos que se evidencian con más profundidad a largo plazo. En el estudio de caso el neonato durante la estancia hospitalaria ya demostró alteraciones en la valoración de los reflejos neurológicos y del desarrollo motriz, de tal forma que la asfixia perinatal dejó secuelas en la salud del neonato.

La educación que enfermería brinda a las gestantes en el primer nivel de atención es fundamental, para que la madre durante las fases de parto ya esté preparada psicológicamente y tenga una predisposición de cooperación al momento de generarse el parto y reconozca para evitar complicaciones como la suscitadas en este caso, en donde se evidenció poca colaboración por parte de la madre en la fase de expulsión del feto lo que contrajo graves repercusiones en la salud del neonato, dejando como consecuencia tras esta patología secuelas neurológicas que se evidenciaron durante la estadía hospitalaria, las cuales repercuten no sólo en la salud y calidad de vida del paciente, sino un cambio en las actividades que normalmente realizaban los padres, ya que por los daños neurológicos generados en el niño, este necesita mayor tiempo y paciencia para acudir a las sesiones de estimulación temprana, un mayor cuidado en la alimentación y así evitar complicaciones. Se impartió métodos a la madre sobre el correcto manejo del recién nacido a fin de evitar contratiempos con la salud del menor. De tal manera las intervenciones de enfermería durante la hospitalización del neonato se basaron en el déficit de autocuidado, aplicando el proceso de atención de enfermería en donde se priorizaron las necesidades, se ejecutó un plan de cuidados en donde dependiendo de la mejoría clínica del paciente se iban modificando, en los que se priorizó el patrón respiratorio, riesgo de aspiración por una alimentación ineficaz del lactante, el afrontamiento familiar de la enfermedad, el aumento del vínculo familiar y la educación para una correcta manipulación del recién nacido.

4.4. Recomendaciones

Es importante que todo el personal de salud conozca los protocolos de atención integral, como los de control prenatal para que indiquen a las pacientes y la familia la relevancia de los mismos, eduquen sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, las guías de atención integral del parto, recepción del recién nacido, y de las diferentes complicaciones que se pueden presentar durante y después del mismo para así minimizar sus consecuencias.

Por otra parte enfermería no debe enfrascarse solo en brindar cuidados, si no a determinar prioridades de una manera rápida, apoyándose en una base teórica fundamentada la cual se adapte mejor al problema suscitado en ese momento y en la toma de decisiones mediante el juicio crítico para una valoración y actuación oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lourdes Cabasco Allauca, Ana Hinojosa Chariguamán, Morayma Remache Agualongo MO. Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro ginecológico “Amawta Wasi Samay” Guaranda-Bolívar. *Cienc Digit [Internet]*. 2019;3(1):50–63. Available from:
http://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/250/553?fbclid=IwAR3VLc_Ez-FTX_-ZkT7lsQOy8i4wVFJdtDYVwnJWBZe7cQwtTj5o22U205Q
2. Fernanda Machado Pinchero, Fátima do Espiritu Santo, Carla Lube de Pinho LCP. Perfil de idosos hospitalizados segundo Virginia Henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem. *Rev Pesqui [Internet]*. 2016;8(3):4789–95. Available from:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4292/pdf>
3. Fernano Silvera, Juan Pablo Gesuele, Rosana Montes de Oca GV. Neuroprotección en pacientes con asfixia perinatal. *Arch Pedriatría del Uruguay [Internet]*. 2016;87(3). Available from:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Daniela Sánchez Couto, Ana Rodríguez Flores P de O y QCP. Cuidados integrales de enfermería en un lactante con encefalopatía isquémica hipóxica relacionada con la asfixia perinatal. *Enfermería Cuid Humaniz [Internet]*. 2019;8(2). Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062019000200034&script=sci_arttext
5. Alfredo Llambías Peláez, William Julián Reyes, Rolando Pérez Buchillón, Luis Carmenate Martínez, Leonardo Pérez Martínez GDD. Factores de riesgo de la asfixia perinatal. *Rev MediCiego [Internet]*. 2016;22(4):30–5. Available from:
<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/666>
6. Organización Mundial de la Salud O. Reducir la mortalidad de los recién nacidos [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 10]. Available from:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
7. María Lemus Varela, Augusto Sola, Sergio Golombek, Hernando Baquero, Carmen Dávila, Diana Fariña, María Lima, Ramon Villamayor FN.

- Recomendaciones terapéuticas del VII Consenso Clínico de Siben para la encefalopatía hipoxico-isquémica. *Neo Rev* [Internet]. 2016;17(9). Available from: <https://neoreviews.aappublications.org/content/17/9/e554>
8. Romero, F., E. Herles, A. Lino, . Rojas MF. Factores asociados a asfixia perinatal en un hospital de Callao, Perú. *Perinatol y Reprod Humana* [Internet]. 2016;30(2):51–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716300401>
 9. (INEC) INDE y C. Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016 [Internet]. 2016. p. 36–7. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
 10. Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018 [Internet]. 2019. p. 47–8. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2018/Principales_resultados_nac_y_def_2018.pdf
 11. María Rivera Miranda, Nadia Lara Latamblé TBB. Asfixia al nacer: factores de riesgo aterno y su repercusión en la mortalidad neonatal. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2018;97(5). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinficie/ric-2018/ric185k.pdf>
 12. Asim Al Balshi, María A. López PW. Impacto de la ventilación en el desarrollo de daño cerebral en el recién nacido con asfixia, tratados con hipotermia. *Anest en México* [Internet]. 2017;29(1):30–40. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00030.pdf>
 13. Manotas H, Troncoso G, Sanchez J MG. Descripción de una cohorte de pacientes neonatos con diagnóstico de asfixia perinatal, tratados con hipotermia terapéutica. 2017. *Perinatol y Reprod Humana* [Internet]. 2018;32(2):70–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533718300815>
 14. S.M. Barbed Fernández, I. Baquedano Lobera, Z. Galve Pradel, P. Abenia Usón SRG. Revisión y actualización del protocolo de actuación ante sospecha de encefalopatía hipóxico-isquémica en un hospital emisor y durante el transporte al centro de referencia. *Boletín la Soc Pediatría Aragón, La Rioja y Soria* [Internet].

- 2019;49(1):5–10. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7103044>
15. Juan Arnaez, Alfredo García Alix, Sara Calvo SLL. Asistencia en España del recién nacido con asfixia perinatal candidato a hipotermia terapéutica durante las primeras seis horas de vida. *An Pediatr* [Internet]. 2018;89(4):211–21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304496>
 16. Calix F. Correlación entre el test de APGAR y gasometría del recién nacido con asfixia perinatal de la sala de neonatología del Hospital Leonardo Martínez. [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA; 2016. Available from:
www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS12/pdf/TMVS12.pdf
 17. Santiago Vasco, Alonso Herrera, María Acosta PT. Factores de riesgo para recién nacidos con Apgar bajo. *Rev Lat Perinatol* [Internet]. 2018;21(3):138. Available from: http://www.revperinatologia.com/images/4_Factores_de_riesgo.pdf
 18. Jorge Carrillo MY. Monitorización electrónica en trabajo de parto, asfixia y prevención. *Rev Electron Cient y Acad Clin Alem* [Internet]. 2016;6(4). Available from:
<http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/386>
 19. Lila del Riesgo, Alba Salamanca, Pedro Monterrey, Pablo Bermúdez, Juan Vélez GS. Hipoxia perinatal en el Hospital Mederi de Bogotá: comportamiento en los años 2007 a 2011. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017;19(3). Available from:
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/332-339/>
 20. Y. Moral, N.J. Robertson, F. Goñi de Cerio DAA. Hipoxia-isquemia neonatal: bases celulares y moleculares del daño cerebral y modulación terapéutica de la neurogénesis. *Rev Neurol* [Internet]. 2019;68:23–36. Available from:
https://www.neurologia.com/articulo/2018255?fbclid=IwAR3hWWyIJJaLV9NV-xRMSVvqh_Kz6C1A9-gY6aaes79_nQDq0zK0VioyKkic
 21. Daniela Satragno, Elba López, Gustavo Golsmit, Guillermo Colantonio VR. Recomendaciones para el tratamiento con hipotermia en recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2017;115(3). Available from:
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n3a26s.pdf>
 22. MSP. GUIA DE PRACTICA CLINICA: Encefalopatía hipóxicaisquémica del recién nacido [Internet]. Ministerios de Salud Publica. 2019. p. 15–6. Available

- from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_ehirn2019.pdf
23. UNICEF. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2016: Una oportunidad para cada niño [Internet]. 2016. p. 1–184. Available from: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
 24. Beltan G. Factores maternos y neonatales relacionados a la asfixia perinatal en los recién nacidos del Servicio de Neonatología del hospital nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido de 2013 a 2015 [Internet]. 2016. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/53103161.pdf>
 25. Shimona Lai, Christopher Flatley SK. Perinatal risk factors for low and moderate five-minute Apgar scores at term. *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2017;210:251–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211517300088>
 26. Instituto Mexicano del Seguro Social. GUIA DE PRACTICA CLINICA: Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal [Internet]. 2010. p. 1–21. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/632GRR.pdf>
 27. Zhong, You Jia, Martina Claveau, Eugene W. Yoon, Khalid Aziz, Nalini Singhal, Prakesh S. Shahae P. Neonates with a 10-min Apgar score of zero: Outcomes by gestational age. *Resuscitation* [Internet]. 2019;143:77–84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957219305702#!>
 28. N.K.O. Almeida, C.E. Pedreira RMVRA. Impact of maternal education level on risk of low Apgar score. *Public Health* [Internet]. 2016;140:244–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350616300452>
 29. Seonghoon Eun, Jeong Min Lee, Dae Yong Yi, Na Mi Lee, Hyery Kim, Sim Weon Yun, InSeok Lim, Eung Sang Choi SAC. Assessment of the association between Apgar scores and seizures in infants less than 1 year old. *Seizure* [Internet]. 2016;37:48–54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1059131116000571>
 30. Bethaby A. Sabol ABC. Acidemia in neonates with a 5-minute Apgar score of 7 or greater – What are the outcomes? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;215(4):486. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937816302514>
 31. Liliana Elba Ponti, Ruth Tirsca Castillo, rosana Viganatti, Narceisa Elena Monaco

- JEN. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *SciELO Espana* [Internet]. 2017;31(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412017000400007&script=sci_arttext&tlng=en
32. F.Jara Sanabria ALP. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016;13(4):208–15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300410>
 33. Barrios Gomez EM, Sánchez Hernández E, Rocha Lopez L VGM. Resultados del proceso de atención en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Rev Sanid Milit* [Internet]. 2016;70(3). Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=73242>
 34. Patricia Potter, Anne Griffin, Patricia A. Stockert AMH. Fundamentos de Enfermería. In: Ostenford WR, editor. *Fundamentos de enfermería* [Internet]. Novena Edi. Barcelona: Elseiver; 2017. p. 43. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ILWXDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=proceso+de+atencion+de+enfermeria&ots=1q01nyNnDq&sig=0KW-Ewu0s2aZWEQ2kvDPjGP6sVM#v=onepage&q&f=false>
 35. Rincon Socha, Prexedes Isabel, Del Riesgo Prendes IP. Risk Factors Associated with the Diagnosis of Perinatal Asphyxia at Méderi University Hospital, Bogotá, 2010-2011. *Rev Ciencias la Salud* [Internet]. 2017;15(3). Available from: Risk Factors Associated with the Diagnosis of Perinatal Asphyxia at Méderi University Hospital, Bogotá, 2010-2011.
 36. Vericat A OA. Riesgo neurológico en el niño de mediano riesgo neonatal. *Acta Pediatr Mex* [Internet]. 2017;38(4). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912017000400255&script=sci_abstract&tlng=en
 37. Roberto Mora YOG. Signos de alerta de desviación del desarrollo psicomotor y su relación con la afectación en las escalas de neurodesarrollo infantil. *Rev Cuba Neurol y Neurocir* [Internet]. 2017;7(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2017/cnn171b.pdf>
 38. María Carmen Sellán Soto AVS. Cuidados neonatales de enfermería. In: *Cuidados neonatales de enfermería* [Internet]. 2017. p. 29–30. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MvSfDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=P>

P1&dq=cuidados+neonatales+de+enfermeria&ots=2pvuT8xYMY&sig=dQ0ABw9U0uP4kzkQ67dsvLnbyv8#v=onepage&q=cuidados neonatales de enfermeria&f=false

39. Ana Celamdes Mendez, Yenny Guevara Consuegra, Orlando R Molina MNR. Apgar bajo al nacer y asfixia neonatal ¿Causas maternas? Rev Centroam Obstet y Ginecol [Internet]. 2018;19(3). Available from:
<http://www.revistamedica.org/index.php/revcog/article/viewFile/668/577>
40. Utrilla Rojo, Sellán Soto M, Ramos Cruz A MMG. La relación enfermera - padre - neonato desde la perspectiva enfermera. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018;34:3. Available from:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2402>

Anexo N°1: Oficio de solicitud para el acceso de la historia clínica de la paciente en el Hospital General Teófilo Dávila.


UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969
Calidad, Pertinencia y Calidez
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN/CARRERA: ENFERMERÍA

Oficio nro. UTMACH-PCQS-CCEF-2019-0903-OF
Machala, 07 de noviembre de 2019

Señor.
MAURO CALLES PALOMEQUE
Gerente Hospital General Teófilo Dávila
Ciudad.

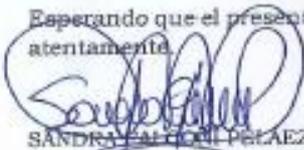
De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N° 477353 del paciente MITE ALEJANDRO (RN), a los estudiantes del Décimo Semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en la asignatura de Titulación, impartida por la Dra. Elizabeth Miranda Velázquez, Profesora de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala.

El tema del análisis de caso es **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON EN UN RN CON ASFIXIA AL NACER EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA"**. La estudiante de la Carrera de Enfermería, que acudirán es:

- Guaman Granda Sandy Lizbeth (C.I. 0704651009)

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.


SANDRA PALACIOS PALAÉZ
Coordinadora Carrera de Enfermería
Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud
C.I. 0704840867
fsandra@utmachala.edu.ec



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA
SECRETARÍA GENERAL
RECIBIDO POR:
Nombre: **Johanna R.**
Fecha: **07-NOV-19**
Hora: **15:25** No. Hoja: **#2**

SPP/Pricilla G. Página 1/1

Dir. Av. Pimentónes s/n. 242 Ve. Machala Píapi. Tel: 790367 - 790368 - 790369 - 790370
www.utmachala.edu.ec

Machala, 06 de Noviembre del 2019

Leda. SANDRA FALCONI Mgs.

Coordinadora de la carrera de Enfermería

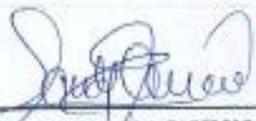
Presente.

De nuestra consideración:

Yo, GUAMAN GRANDA SANDY LIZBETH portadora del número de cédula de ciudadanía N° 070465100-9, estudiante del 10mo SEMESTRE PARALELO "A" en la asignatura de TITULACION bajo la responsabilidad de la DOCENTE DRA. MIRANDA VELAZQUEZ ELIZABETH, Esp, solicitamos a Ud; se gestione con el Ec. CALLES PALOMEQUE MAURO, GERENTE del HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA" de la ciudad de MACHALA, acceso de la HISTORIA CLINICA N°477353, del paciente R/N MITE ALEJANDRO, con DIAGNOSTICO DE RNT/AEG (39SG) + ASFIXIA AL NACER + HIPOXIA INTRAUTERINA + DIFICULTAD RESPIRATORIA para nuestro trabajo de ANALISIS DE CASO con el tema de "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE BASADO EN LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON EN UN RN CON ASFIXIA AL NACER EN EL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA"

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,


GUAMAN GRANDA SANDY LIZBETH
C.I.: 070465100-9

 19 NOV 2019
Quien ocupo

Anexo N°2: Permiso de aceptación a la solicitud de acceso de la historia clínica

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Coordinación Zonal 7 - Salud
Hospital General Teófilo Dávila – Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GD4-2019-0227-M

Machala, 21 de noviembre de 2019

PARA: Sra. Mgs. Alexandra Elisabeth Benalcázar Martínez
Analista Responsable de Admisión

ASUNTO: 2069 Universidad Técnica de Machala emite oficio solicitando se autorice acceso historial clínico para análisis de caso para la estudiante Guaman Granda Sandy

De mi consideración:

En respuesta al Documento No MSP-CZ7-HTD-AUS-2019-0436-E, suscrito por la Lda. Sandra Falcetti Pelana, mediante el cual solicita se autorice acceso a la historia clínica # 477353, del paciente MITE ALEJANDRO (RN), para realizar análisis del caso a la estudiante, Guaman Granda Sandy.

En este sentido comunico que la presente investigación es de tipo descriptiva retrospectiva, no involucra el manejo de muestras biológicas, tampoco utiliza financiamiento de entidades públicas por lo cual consideramos factible se realice en nuestra institución.

Por lo tanto solicitamos muy comedidamente se brinde todas las facilidades a la investigación para que pueda acceder a las historias clínicas y recopile la información necesaria para su investigación.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

En respuesta al Documento No. UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0903-OF

2069 Universidad Técnica de Machala emite oficio solicitando se autorice acceso historial clínico para análisis de caso para la estudiante Guaman Granda Sandy

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Bojacá y Buenavista esquina Machala – Ecuador
Teléfono: 593 (2) 3711780 ext 7817 www.78180102.gob.ec



Coordinación Zonal 7 - Salud
Hospital General Teófilo Dávila – Gestión de Docencia e Investigación

Magisterando Nro. MSP-CZ7-ITD-GBI-2019-0217-M

Machala, 21 de noviembre de 2019

Dr. Rodrigo Moisés Cerón
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Referencia:
- MSP-CZ7-ITD-ALIS-2019-0456-E

Asunto:

control_socio_sanitario_clinico_pam_machala_de_paso_para_la_creadora_guano_grota_sanit.pdf