



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

RECIÉN NACIDO PREMATURO CON SÍNDROME DE DOWN
APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ESPINOZA VARGAS TATIANA CAROLINA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MONGE PELAEZ JACQUELINE ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Recién nacido prematuro con síndrome de down aplicación proceso
de atención de enfermería

ESPINOZA VARGAS TATIANA CAROLINA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MONGE PELAEZ JACQUELINE ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

Recién nacido prematuro con síndrome de down aplicación proceso de atención de enfermería

ESPINOZA VARGAS TATIANA CAROLINA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MONGE PELAEZ JACQUELINE ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AGUILAR RAMIREZ MAYRA PATRICIA

MACHALA, 04 DE OCTUBRE DE 2021

MACHALA
2021

Recién nacido prematuro con síndrome de down aplicación proceso de atención de enfermería

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

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

Las que suscriben, ESPINOZA VARGAS TATIANA CAROLINA y MONGE PELAEZ JACQUELINE ELIZABETH, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado Recién nacido prematuro con síndrome de down aplicación proceso de atención de enfermería, otorgan 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 tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran 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.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen 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, 04 de octubre de 2021

ESPINOZA VARGAS TATIANA CAROLINA
0750578486

MONGE PELAEZ JACQUELINE ELIZABETH
0705844272

AGRADECIMIENTO

El desarrollo de este trabajo investigativo se lo dedicamos primeramente a Dios por estar siempre en cada camino de nuestras vidas al darnos salud y vida para salir adelante y seguir preparándonos como futuras profesionales, por darnos virtudes y capacidades para vencer cada obstáculo universitario, también se lo dedicamos a nuestros padres por brindarnos el apoyo necesario y la paciencia durante todo el recorrido universitario, en la cual nos ha permitido desenvolvernos académicamente, también agradecemos a nuestras docentes que cada año compartieron sus conocimientos y sus virtudes durante esta etapa universitaria, por la paciencia y perseverancia que han sabido impartir su sabiduría, forjando un camino de conocimiento con todas sus enseñanzas durante este largo proceso académico para así lograr cumplir esta anhelada meta de ser unas profesionales de la salud y poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en el cuidado directo a los pacientes durante su estancia hospitalaria.

RESUMEN

En el embarazo una de las principales complicaciones que se puede dar en la gestante es el parto prematuro, es una de las causas del incremento de la tasa de morbilidad y mortalidad, que a nivel mundial nos reflejan un 60 a 80% de mortalidad, el parto prematuro puede generar también un 50% de discapacidad neurológica congénita, entre estas discapacidades está el síndrome de down, el cual se desarrolla por una alteración del cromosoma 21, por lo tanto puede traer complicaciones en el nacimiento y generar que el recién nacido se encuentre hospitalizado, ya que el índice de morbilidad es alta, en nuestro análisis de caso se desarrolló una de las principales complicaciones como es la hipertensión pulmonar, esta patología se desarrolla por un incremento de la resistencia vascular pulmonar que genera una insuficiencia cardíaca derecha, es una enfermedad que se da de una manera esporádica, esta patología en neonatos se desarrolla por alteraciones cromosómicas o genéticas y por una anomalía que se asocia una hipoxia o enfermedad pulmonar, este trabajo investigativo tiene como **Objetivo** desarrollar un estudio de caso de un recién nacido prematuro con Síndrome de Down mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería basándonos en la teoría déficit de autocuidado de Dorothea Orem para mejorar la calidad de vida, la **metodología** de esta investigación es un análisis de caso real de un estudio científico, descriptivo y analítico. Por lo tanto, tiene que basarse en la recopilación de datos mediante revisión de artículos científicos de revistas indexadas, originales y de años actualizados, con el objeto de estudio. Como **resultado** se consiguió la aplicación del proceso de atención de enfermería en un recién nacido con síndrome de down que padece hipertensión arterial pulmonar, estos cuidados permitieron brindar una atención con calidad y eficiencia para así disminuir los síntomas que tuvo durante su estancia hospitalaria. La **teoría** de Dorothea Orem se basa en el déficit del autocuidado, ya que el recién nacido durante el ingreso a la unidad, tuvo diversas complicaciones y necesitaba el cuidado directo por parte del personal de enfermería, por sus características físicas típicas del síndrome de down, en la cual el enfermero/a tuvo en cuenta las necesidades de regulación que el recién nacido presentó. **Conclusión** los recién nacidos

con síndrome de down necesitan del cuidado por parte de la madre, por el déficit de autocuidado que presenta, por tal razón este estudio se basa en la teoría de Dorothea Orem, que permite minimizar el problema del mismo, en el hogar la madre debe aplicar los cuidados que le explica el personal de salud al momento de darle el alta hospitalaria, también se le indicará que el niño necesita terapia física de rehabilitación para así poder ayudar en la parte motriz para que se pueda desenvolver en la actividad diaria, por eso el personal de enfermería con la aplicación de la teoría antes mencionada y el proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA NIC y NOC permitió que se proporcione una atención de calidad y eficiencia durante su estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVES: Proceso de atención de enfermería, Hipertensión pulmonar, Síndrome de Down, Prematuro.

ABSTRACT

In pregnancy, one of the main complications that can occur in pregnant women is premature delivery, it is one of the causes of the increase in the morbidity and mortality rate, which worldwide reflects 60 to 80% of mortality, the Preterm birth can also generate 50% congenital neurological disability, among these disabilities is Down syndrome, which develops due to an alteration of chromosome 21, therefore it can bring complications at birth and cause the newborn to be hospitalized, since the morbidity index is high, in our case analysis one of the main complications developed, such as pulmonary hypertension, this pathology develops due to an increase in pulmonary vascular resistance that generates right heart failure, that is a disease that occurs sporadically, this pathology in neonates develops by chromosomal or genetic alterations and by an abnormality that is associated with hypoxia or lung disease, this research work has as **Objective** to develop a case study of a premature newborn with Down syndrome by applying the nursing care process based on Dorothea Orem's self-care deficit theory to improve quality of life, the **methodology** of this research is an analysis of real case of a scientific, descriptive and analytical study. Therefore, it has to be based on the collection of data by reviewing scientific articles from indexed journals, original and updated for years, with the object of study. As a **result**, the application of the nursing care process was achieved in a newborn with Down syndrome who suffers from pulmonary arterial hypertension, this care allowed to provide quality and efficient care in order to reduce the symptoms that he had during his hospital stay. Dorothea Orem's **theory** is based on the deficit of self-care, since the newborn during admission to the unit, had various complications and needed direct care by the nursing staff, due to their typical physical characteristics of Down syndrome. in which the nurse took into account the regulatory needs that the newborn presented. **Conclusion** Newborns with down syndrome need care from the mother, due to the deficit of self-care that they present, for this reason this study is based on the theory of Dorothea Orem, which allows minimizing the problem of it, at home The mother must apply the care that the health personnel explains at the time of discharge from the hospital, she will also be told that the child needs physical rehabilitation therapy in order to help in the motor part so that he can develop in daily activity Therefore, the nursing staff

with the application of the aforementioned theory and the nursing care process with the NANDA NIC and NOC taxonomy allowed quality and efficient care to be provided during their hospital stay.

KEY WORDS: Nursing care process, Pulmonary hypertension, Down syndrome, Premature.

Contenido

AGRADECIMIENTO	0
RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	9
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	9
1.2. HECHOS DE INTERÉS.....	9
1.3. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO	10
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
CAPÍTULO II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO	13
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO	13
2.1.1 EPISTEMIOLOGÍA.....	13
2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2.1 PARTO PRETÉRMINO	14
2.2.2 SÍNDROME DE DOWN	16
2.2.3 HIPERTENSIÓN PULMONAR.....	19
2.2.4 HIPOGLICEMIA.....	21
2.2.5 RETARDO DEL CRECIMIENTO.....	21
2.2.6 TEORÍA DE DOROTHEA OREM. DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	22
2.2.7 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	22
CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	23
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA.....	23
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	23
3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO	23
3.1.4 TIPO DE ESTUDIO.....	24
3.1.5 MÉTODOS DE ESTUDIO	24
3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	24
3.1.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	24

3.1.8 CATEGORÍAS.....	25
3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	25
3.2.1 ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES.....	25
3.2.2 PETICIÓN DE ACCESO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	26
3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS.....	26
3.3.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	31
CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.....	34
4.1.1 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIÓN.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
Bibliografía.....	38
ANEXOS.....	42

INTRODUCCIÓN

Se considera un recién nacido prematuro cuando su peso es menor de 1500 gramos, con una alta tasa de mortalidad en los países en vías de desarrollo, si el recién nacido logra sobrevivir mantiene un riesgo mayor de 10 a 15 veces de obtener impedimentos neurológicos a diferencia de un recién nacido a término que mantiene un peso mayor a 2500 gramos. (1) La OMS indica que a nivel mundial 15 millones de bebés nacen antes de llegar a un parto a término, es por ello que cada año fallecen un millón de niños prematuros debido a las complicaciones durante el parto, los recién nacidos que sobreviven sufren alguna complicación en el transcurso del tiempo como discapacidades auditivas, visuales y de aprendizaje. (2)

En América Latina se reportan similares porcentajes en los diversos países: en Brasil 6,6%; Colombia 9,5%; Uruguay 8,7% y Argentina 9,3%; Ecuador tiene la tasa más baja de nacimientos pretérmino dando un 5,1%. Según datos estadísticos del INEC, menciona que la mortalidad infantil es una de las primeras causas en el país. (3) Este incremento se puede desarrollar por diferentes factores como el aumento del uso de fertilización in vitro, la edad materna y el parto electivo antes de término. (4)

Las Naciones Unidas indican que el síndrome de down es una alteración genética, que se origina a través del cromosoma 21 donde se evidencia la existencia de material genético extra y esto provoca una discapacidad intelectual. La tasa de incidencia a nivel mundial se sitúa entre 1 de cada 1000 y 1 de cada 1100 recién nacidos. (5) En Latinoamérica, Argentina y Paraguay tienen la tasa de incidencia más alta, luego le sigue Chile con un 20,1%; en el cuarto lugar comparte Brasil con Colombia con un 17,2%; seguido por Bolivia con un 15,5%, y los países con menor tasas de incidencia en casos de niños con síndrome de Down son Venezuela con un 14,9%; Ecuador con un 14,8% y por último Uruguay con un 13,8%. (6) El niño con síndrome de Down es más propenso a malformaciones genéticas, siendo la cardíaca la más común con un 42 a 48%, evidenciándose en una mayor morbimortalidad e incremento de hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. (7)

Los signos y síntomas en un parto pretérmino son contracciones, cólicos leves, sensación de presión en la región pélvica o en la parte inferior del abdomen, sangrado transvaginal leve, rotura prematura de las membranas donde se puede observar pérdida de líquido continuo de una manera de goteo o chorro y puede reflejar un cambio de flujo vaginal de características acuosas, con aspecto sanguinolento o con mucosidad. (8)

Las complicaciones que presenta un recién nacido con síndrome de down y que requieren de atención médica son: defectos en el corazón, epilepsia o problemas intestinales, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad de la tiroides, leucemia, problemas de la visión, infertilidad y la hipertensión arterial pulmonar. (9) Otras complicaciones que pueden presentar son la pérdida auditiva, infección al oído, cataratas o problemas oculares, dislocación de la cadera, anemia y la enfermedad de Hirschsprung. (10)

El diagnóstico del síndrome de down es a través de una ecografía del feto y verificando la presencia de los niveles de proteínas y hormonas que se obtiene a través de la sangre de la madre en las primeras 15 o 16 semanas de gestación. El personal médico cuando da atención a la gestante solicita una prueba para encontrar ácido desoxirribonucleico en el feto, se lo detecta a través de la sangre de la madre, esto permitirá identificar si existe un riesgo de padecer el síndrome de down. (11)

El tratamiento para la hipertensión pulmonar en un recién nacido con síndrome de down es la administración de vasodilatadores, administración de anticoagulante como la Warfarina ayuda a prevenir coágulos en la sangre de las arterias del pulmón, administración de digoxina para ayudar a que el corazón bombee normalmente y así controlar las arritmias cardíacas, administración de diurético ayuda a eliminar el exceso de líquido en el cuerpo y así va a reducir la acumulación de líquidos en los pulmones y en algunas partes del cuerpo humano como piernas y abdomen; administración de oxigenoterapia ayuda a que el paciente oxigene bien y no tenga una mala mecánica ventilatoria. (12)

La realización de este caso clínico tiene como objetivo implementar el proceso de atención de enfermería, para ello se debe realizar la búsqueda exhaustiva de artículos científicos con la finalidad de conocer y aplicar la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem en el recién nacido prematuro, la misma que indica que todos los individuos necesitan satisfacer requerimientos para mantener la vida, salud y bienestar. La aplicación del proceso de atención de enfermería se basa en 5 etapas las cuales permiten realizar cuidados de enfermería específicos a la prioridad del recién nacido patológico.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El presente estudio analiza el caso de un recién nacido de sexo masculino ingresado al área de Neonatología del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague con diagnóstico médico de recién nacido pretérmino más fenotipo down. El síndrome de Down también se lo conoce como trisomía del par 21 por lo tanto se lo considera como una discapacidad intelectual por una variación genética. Un factor de riesgo es la edad materna avanzada, por lo tanto, va existir un mayor riesgo de mortalidad perinatal en este tipo de patología por la prematurez y el bajo peso al nacimiento. (13) Esta patología tiene diversos patrones de crecimiento y puede ocasionar un riesgo a otras enfermedades. Su incidencia ha disminuido debido al diagnóstico prenatal y a la interrupción del embarazo de una forma voluntaria. (14)

1.2. HECHOS DE INTERÉS

La prematurez es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial como en países desarrollados o en vías de desarrollo, debido a que su morbilidad y mortalidad es alta, por lo que es fundamental conocer los factores de riesgo como la dificultad social, la atención primaria ineficaz y el bajo nivel de estudios. La mejor solución es la prevención, los avances de la medicina se han ido desarrollando con el pasar de los años tanto en lo tecnológico como en lo medicinal en las diferentes áreas de hospitalización. (15)

Los recién nacidos prematuros presentan anomalías congénitas siendo una de ellas problemas cardiacos con un 54 a 66% o problemas digestivos con un 3 a 13%. A su nacimiento pueden tener un peso inadecuado, pero también pueden presentar hiperbilirrubinemia, distrés respiratorio e hipoglicemia, elevando la tasa de hospitalización entre 2 a 5 veces que la población general. La detección temprana de cardiopatías va a mejorar significativamente el cuadro clínico. (16)

1.3. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad, con nivel de escolaridad secundaria, estado civil soltera, nivel socioeconómico bajo, durante su embarazo se realizó 5 controles médicos y 3 ecografías, acude a esta casa de salud por el servicio de emergencia, por presentar dolor tipo contracción de alta intensidad, el médico valora y decide su ingreso con diagnóstico de 34 semanas por fecha de última menstruación, fue hospitalizada durante 5 días por presentar infección de vías urinarias, el cuadro de la paciente no evoluciona, decidiendo realizar cesárea de emergencia, antes de realizar el procedimiento quirúrgico, se administra medicación para maduración pulmonar, bajo normas de sepsia y antisepsia se atiende cesárea obteniendo producto único vivo de sexo masculino, con líquido amniótico claro en moderada cantidad, médico de neonatología recibe a recién nacido mediante camleo y corte de cordón umbilical, lo traslada a termocuna de calor radiante, brinda higiene y abrigo, administra vitamina k y gotas oftálmicas, toma medidas antropométricas con un peso de 1900 gr, longitud de 42 centímetros, perímetro cefálico: 29 centímetros, perímetro torácico: 27 centímetros, perímetro abdominal: 27 centímetros, perímetro braquial: 9 centímetros, perímetro plantar: 8 centímetros. Recién nacido es ingresado al área de neonatología, con diagnóstico de hipoglicemias neonatales, retardo del crecimiento fetal, fenotipo down, hipertensión pulmonar severa y sepsis bacteriana del recién nacido, ingresa con un peso de 1900 gramos y en la actualidad tiene 2090 gramos, durante su estancia presentó hipoglicemias neonatales, según resultados de exámenes de laboratorio se establece sepsis bacteriana en su sistema inmunológico, desde su nacimiento presenta retardo del crecimiento fetal y comunicación interauricular, al

momento se mantuvo con una condición clínica crítica y con un alto riesgo de mortalidad. Durante los turnos el neonato se mantuvo activo y reactivo al manejo, se encontraba con oxígeno a través de cánula nasal a 0,5 litros lo cual se fue destetando hasta que tolere oxígeno al ambiente, hemodinámicamente, sus signos vitales se mantuvieron normales: frecuencia cardiaca entre 135 a 150 x', frecuencia respiratoria entre 49 a 57 x', saturación entre 95 a 100%, a excepción de la temperatura que se encontraba entre 36 a 39 °C, nunca se administró apoyo de vasopresor, durante su estancia hospitalaria presentó hipertensión pulmonar leve, los exámenes de laboratorio reflejan hiponatremia con un valor de Na: 133 mEq/l siendo controlado con el plan de hidratación, también presentó plaquetopenia con un valor de 133000 mcl iniciando tratamiento con fluconazol, la hemoglobina se presenta baja con un valor de 9.5 g/dl y se le administra hemoderivados a 10cc/kg sin tener ninguna complicación, el recién nacido evoluciona favorablemente durante su período de hospitalización que fue por más de un mes, al examen físico se encuentra activo y reactivo al manejo, llanto fuerte, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, recibe por sonda orogástrica alimentación, luego de varios días se retira sonda orogástrica y se inicia ejercicios de succión y deglución para inicio del apego a la madre en relación a la lactancia materna, se educa en el alta hospitalaria donde se le indica la posición, técnica que se utiliza en la alimentación del niño y los beneficios e importancia de la leche materna, también se brinda información sobre signos de alarma en complicaciones que puede presentar un niño con síndrome de down y problemas en la deglución y succión, para evitar que aspire residuos alimenticios, se le explica a la madre que debe acudir a los controles con cardiología, y que el niño debe ir a terapia física de rehabilitación para así poder ayudar en la parte motriz para su desenvolvimiento en la actividad diaria.

FECHA	RESULTADOS DE EXÁMENES
--------------	-------------------------------

19/03	L: 20,65 Seg: 71,60 LINFOCITOS: 20,20 HEMOGLOBINA: 17,9 HEMATOCRITO: 49,3 PLAQUETAS: 150,000 PCR <6 ORH + VDRL: NO REACTIVO, CULTIVOS: HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA 19/03/21 NEGATIVO.
22/03	L:6,30 HEMOGLOBINA:7,40 HEMATOCRITO:45,30 PLAQUETAS:159.00 BILIRRUBINA TOTAL:9,00 BILIRRUBINA DIRECTA:0,58 BILIRRUBINA INDIRECTA:8,42 CALCIO:7,10 SODIO:133,0 POTASIO:4,80 GL:94
23/03	SODIO: 132 POTASIO 5.2 CLORO: 93 CALCIO: 6.69
25/03	L:7180 HEMATOCRITO:49,9 HEMOGLOBINA:19,20 PLAQUETAS:198000 PCR:8 CALCIO:7,50 UREA:17,8 CREA:0,6 BILIRRUBINA TOTAL:811 BILIRRUBINA DIRECTA:0,5 BILIRRUBINA INDIRECTA:7,61 SODIO:129 POTASIO:6 CLORO:91
26/03	SODIO: 133 POTASIO: 56 CLORO: 98. CALCIO: 10
27/03	L:8.810 HEMATOCRITO: 42 HEMOGLOBINA:13.9 PLAQUETAS:146000 IGO: 36 TGP:15 CALCIO:104 UREA:10.7 CREATININA:0.4 BILIRRUBINA TOTAL 412 BILIRRUBINA DIRECTA:049 SODIO:132 POTASIO:6,1 CLORO:102

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un estudio de caso de un recién nacido prematuro con Síndrome de Down mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería basándonos en la teoría déficit de autocuidado de Dorothea Orem para mejorar la calidad de vida.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las características socioculturales de la madre.
2. Identificar las manifestaciones clínicas y complicaciones que presentó el recién nacido prematuro con Síndrome de Down.
3. Elaborar un plan de cuidados de acuerdo a la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

CAPÍTULO II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO

2.1.1 EPISTEMIOLOGÍA

En el año 1866 surge el término síndrome de Down esto se da tras los estudios realizados por J. Haydon Down en el año 1958, era un médico genetista que la denominó mongolismo, y se define como una alteración en el par 21 de los cromosomas, años después cambia su nombre a síndrome de Down en honor a este profesional. (17) El periodo prepatogénico es el trastorno cromosómico, y tiene como huésped a la mujer gestante siendo su factor predominante la edad. En la fase patogénica se presentan las complicaciones que se pueden dar en un recién nacido. (18)

La hipertensión arterial pulmonar es un trastorno cardiopulmonar grave e irreversible, esto nos da una tasa de morbilidad y mortalidad alta. Se define esta patología como la oclusión de las arteriolas pulmonares, disfunción ventricular derecha, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria y la muerte prematura. Esta enfermedad se presenta de diversas formas, entre una de ellas idiopática que quiere decir de una causa conocida o de forma hereditaria en caso de presentarse con una alteración genética. (19)

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 PARTO PRETÉRMINO

El parto prematuro se define cuando el recién nacido tiene menos de 37 semanas de gestación. Esta patología es un problema social y médico que con el tiempo se incrementa y es la principal causa de muerte materna y neonatal con un 70%, y es un origen habitual de hospitalización prenatal. En los recién nacidos prematuros con un peso inferior a los 1000 gramos, sus principales causas de mortalidad son la sepsis, malformación congénita y la insuficiencia respiratoria. (20)

2.2.1.1 ETIOLOGÍA

Esta patología se origina por parto prematuro espontáneo tiene un origen multifactorial, varía por la edad gestacional, factores sociales, o ambientales el cual inicia al trabajo de parto o después de una ruptura prematura de membranas ovulares, en cuanto al parto prematuro indicado por un proveedor de salud tenemos la inducción y parto por cesárea antes de cumplir las 37 semanas de gestación por indicaciones maternas, obstétricas o fetales. (15)

2.2.1.2 FISIOPATOLOGÍA

El parto pretérmino se origina por indicación médica, por una complicación durante la gestación que impide que se cumplan las semanas completas y ponga en riesgo la vida de la madre y el feto, las complicaciones son preeclampsia severa, colestasis hepática, rotura prematura de membranas pretérmino prolongada, desprendimiento prematuro de la placenta, restricción del crecimiento intrauterino, placenta previa y embarazo monocoriónico complicado. (21)

2.2.1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología que se puede presentar en una amenaza de parto pretérmino son: presión en la parte inferior del abdomen, cólicos abdominales de leve intensidad por más de una hora, contracciones uterinas con frecuencia con o sin presencia de dolor, ruptura prematura de membranas que suele estar acompañada de pérdida de líquidos de manera continua, a manera de goteo o chorro, dolor continuo por la región lumbar de leve intensidad y flujo vaginal de características hemorrágicas, mucosas o líquidas. (22)

2.2.1.4 FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo tenemos la edad, anemia, consumo de drogas, hipertensión arterial, preeclampsia, infecciones de vía urinarias, oligohidramnios, sangrado transvaginal y aborto. (23) El personal de salud debe concientizar las intervenciones de prevención para minimizar el parto prematuro en las mujeres gestantes, el primer nivel de atención es la puerta de entrada en la salud pública, donde se capta a las gestantes, se promociona un estilo de vida saludable mediante charlas educativas para intervenir durante toda la etapa de gestación, minimizando los riesgos y controlando los factores modificables como la obesidad, ingesta de bebidas alcohólicas y consumo de tabaco. (24)

Se recomienda a la gestante que los partos deben ser atendidos por médicos, incluso en la atención de los infantes pretérminos tardíos, ya que presentan un alto riesgo de complicaciones a su nacimiento lo que ocasiona un retraso neurológico, muerte neonatal o materna, los embarazos no deseados terminan en un parto pretérmino y las adolescentes que se convierten en madres tienen la posibilidad de que su segundo hijo sea prematuro. (24)

2.2.1.5 COMPLICACIONES

La prematurez se presenta de forma precoz o tardía, entre las complicaciones tenemos síndrome de dificultad respiratoria, el cual se valora con el test de Silverman, problemas en el aparato digestivo como la dificultad para succionar y deglutir,

dificultad para la metabolización, baja tolerancia gástrica, crisis de apnea, función hepática que desarrolla ictericia, hemorragias por déficit de vitamina K, hipoglicemia, protrombina y fibrinógenos, en el sistema hematopoyético se puede dar anemia hipocrómica por déficit de hierro. (25)

El sistema de termorregulación presenta una alteración en la temperatura corporal producto de factores como el peso, déficit de tejido adiposo o mal desarrollo de las glándulas sudoríparas, también inmadurez del sistema nervioso central; en el cardiovascular existe un incremento en la fragilidad capilar ocasionando hemorragias y en el inmunitario un aumento de incidencia en las infecciones del tracto respiratorio, entéricas, piel y desencadenar una sepsis generalizada. (25)

2.2.2 SÍNDROME DE DOWN

Es un trastorno genético que se lo conoce como trisomía 21 y ocasiona problemas mentales y físicos, que originan una discapacidad. Algunos recién nacidos que padecen este síndrome pueden tener afectaciones graves, aunque en otros son leves y pueden llevar una vida normal. Existen dos pruebas exactas para detectar el síndrome de Down una de ellas es la obtención del líquido amniótico alrededor del feto o la toma de muestra del tejido de la placenta, estos exámenes sirven para detectar los cromosomas anormales que se ven asociados a este síndrome. (26)

2.2.2.1 ETIOLOGÍA

Durante la etapa de gestación no existe ningún factor que contribuya en esta anomalía. Pero se da por varios factores etiológicos, dando así a conocer la trisomía 21, sin embargo no se conoce la relación entre ellos, una de las posibles causas de esta alteración cromosómica son las de origen hereditario o diferentes casos que se hayan dado en la familia, otra causa son las madres mayores de 35 años, infecciones, exposición a radioactivos y el déficit de vitaminas. (27)

2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son los tratamientos farmacológicos, edad materna y la exposición a radiaciones o patologías víricas, cuando se refiere al tratamiento farmacológico es la administración de sustancias para tratar una enfermedad psicológica, así también como el uso de métodos anticonceptivos orales, el cual produce aumento de las hormonas y desarrolla cambios uterinos. En la edad materna existe una alteración en el ovocito, que tiene una mayor prolongación a diferencia que en la espermatogénesis y esto hace que las proteínas que se segregan sean separadas, la edad de las madres no debe sobrepasar los 35 años, existe un incremento de riesgo donde se originan aneuploidías, que no da paso a la segregación correcta de hormonas por lo cual se va a originar una disfunción del ADN y van a requerir de enzimas para dar inicio a la reconstrucción del mismo, lo que significa que el organismo no puede realizar correctamente la división celular dando como resultado fallas en los cromosomas. (28) Otros factores son la exposición a radiaciones, patologías víricas, como la rubéola y hepatitis, la exposición a radiaciones es el contacto con agentes lesivos químicos como son las toxinas que pueden originar mutaciones cromosómicas o un desorden genético. (29)

2.2.2.3 COMPLICACIONES

El recién nacido con síndrome de down puede adquirir diversas patologías respiratorias, como neumonías. Estas patologías en recién nacidos se pueden dar por el mal aseo bucal, por hipotonía muscular, por aspiración de alimentos al padecer un trastorno de la deglución o por alteración de inmunidad adaptativa e innata. (18) Los niños con síndrome de down presentan alteraciones autoinmunitarias y endocrinas, como diabetes mellitus tipo 1, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades tiroideas, este tipo de enfermedad incrementa la tasa de morbi-mortalidad. También desarrolla enfermedades cardiovasculares y el aumento de los niveles de lípidos séricos, los factores que desencadenan estas alteraciones endocrinometabólicas son:

la disminución de la tasa metabólica, el incremento del riesgo de diabetes mellitus tipo 2, alteración de la conducta alimenticia y el sedentarismo, estos recién nacidos desarrollan con más facilidad el síndrome metabólico, por el incremento del índice de masa corporal, hiperglucemia, hipertrigliceridemia, resistencia a la insulina, disminución de colesterol y obesidad central. (30) Otra de las complicaciones es la hipertensión pulmonar, que es de origen primario o secundario a una existencia de hipoxia o cardiopatía. El mecanismo de esta patología se asocia a una alteración en el desarrollo vascular, o a un polimorfismo genético que afecta a la producción de óxido nítrico y otros. (18)

2.2.2.4 DIAGNÓSTICO

En un recién nacido el síndrome de down se lo detecta al nacer o después de su nacimiento, el diagnóstico inicial de esta patología son las características físicas del niño como carencia en la tensión muscular, una leve marca en las palmas de las manos, su expresión facial es aplanada y se observa una inclinación de los ojos. El diagnóstico es mediante un estudio cromosómico llamado cariotipo, donde muestra cómo están agrupados los cromosomas dando su tamaño, forma y número. Se puede realizar a través de un examen de sangre o por medio de las células de los tejidos. (31)

2.2.2.5 TRATAMIENTO

El tratamiento para el síndrome de down va a depender de las alteraciones físicas y neurológicas que presente el niño, pero la atención brindada por el personal de salud debe enfocarse a la inclusión social, así como tener un protocolo a seguir de fisioterapias para mejorar el problema del movimiento en la marcha, la resistencia muscular y equilibrio, de esta manera restablecerá su independencia y calidad de vida. (32)

2.2.3 HIPERTENSIÓN PULMONAR

La hipertensión pulmonar es una rara patología que se caracteriza por un incremento de la resistencia vascular pulmonar, que puede conducir a una insuficiencia cardiaca derecha y la muerte en caso de no realizar un tratamiento adecuado. Esta enfermedad se presenta de dos maneras esporádica o en un término familiar, la cual origina complicaciones en la evolución de diversas enfermedades o ser inducida por fármacos o sustancias tóxicas. (33)

2.2.3.1 ETIOLOGÍA

La hipertensión pulmonar se la conoce como una presión arterial media en reposo, se celebró un Simposio Mundial en el año 2018 en Niza, Francia, donde surgió una propuesta describiendo las causas: infección por virus VIH, cardiopatías congénitas, esquistosomiasis, hipertensión portal, enfermedades autoinmunitarias y daño endotelial. (34)

2.2.3.2 FISIOPATOLOGÍA

La hipertensión pulmonar, su fisiopatología no se encuentra definida y el desarrollo de esta patología es independiente a la causa originada de la hipertensión portal y la gravedad de la misma. Los factores que pueden originar son el vaso proliferación, la disminución en la expresión de las prostaciclina en las arterias pulmonares y la resistencia aumentada al flujo arterial. El factor genético en la hipertensión arterial pulmonar no se demuestra en la hipertensión portal, se observa que factores genéticos son susceptibles donde puede desencadenar la enfermedad como una respuesta intracelular. (35)

2.2.3.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que originan la hipertensión pulmonar en un niño son: afecciones cardiovasculares congénitas que pueden conducir a esta patología, enfermedades del desarrollo pulmonar y obstrucción de la arteria pulmonar, diferentes estudios indican que la hipertensión arterial pulmonar en niños mayores tienen características similares a la de un adulto. En neonatos se observa anomalías del desarrollo, pero también se puede asociar a una enfermedad pulmonar, hipoxia, anomalías cromosómicas, genéticas o síndromes genéticos, que pueden originar multifactoriales de esta patología en un 33%. (36)

2.2.3.4 DIAGNÓSTICO

La sintomatología clínica de la hipertensión pulmonar da origen a exámenes iniciales para la detección de esta patología, como es el estudio de un electrocardiograma, ecocardiograma transtorácico, radiografía de tórax, presión en la arteria pulmonar, tomografía de tórax, evaluación del ventrículo derecho, estudio del ventrículo izquierdo, espirometría, oximetría de pulso y estudio de la marcha en 6 minutos. (37)

2.2.3.5 TRATAMIENTO

Diferentes estudios investigativos y el avance tecnológico permiten conocer el tratamiento de la hipertensión pulmonar y cambiar la historia natural de esta patología. El tratamiento de primera elección son las terapias con vasodilatadores pulmonares, pero se puede ayudar con la actividad física, administración de anticoagulación, apoyo psicológico, administración de diurético, tratamiento anticonceptivo y la administración de oxigenoterapia. (38) Pero antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento hay que realizar un estudio de vasorreactividad aguda del lecho vascular pulmonar, para ver si así tendrá una respuesta positiva, para que el recién nacido se beneficie con el tratamiento con calcio-antagonista. Si recibe una respuesta negativa debe disponer de fármacos frente a vías metabólicas implicadas en

el progreso de la enfermedad. La elección inicial de este tratamiento se da por monoterapia o en combinación, esto va a depender de múltiples factores como por ejemplo las comorbilidades, interacción de otros fármacos, seguridad y tolerabilidad. (38)

2.2.4 HIPOGLICEMIA

La prueba de glucosa tomada por un glucómetro debe reflejar un valor igual o superior a 40 mg/dl, si es inferior se debe realizar la glicemia plasmática por punción arterial o venosa, cuyo valor normal es igual o mayor de 45 mg/dl, en los recién nacidos se tiene que controlar las glicemias cada 6 horas durante las primeras horas de vida. Por ello es importante que durante los primeros 30 a 60 minutos inicie la lactancia, si no puede recibir el seno de la madre por su edad gestacional o dificultad para succionar, se colocará una sonda gástrica para la alimentación cada 2 a 3 horas, el alimento con más beneficio para el niño es la lactancia materna. Por lo cual un recién nacido por parto pretérmino menor de 28 semanas recibirá suero glucosado por vía intravenosa con un aporte de 4 y 6 mg/kg/min de glucosa. (39)

2.2.5 RETARDO DEL CRECIMIENTO

El retardo del crecimiento fetal es un factor de riesgo para el incremento de la morbilidad y mortalidad fetal. La detección y diagnóstico precoz de esta patología es una pieza fundamental en la atención prenatal, para valorar el crecimiento fetal, se utiliza el peso donde se observa la progresión de altura sínfisis y fondo uterino, mediante biometría y velocimetría Doppler seriado. Esta patología está asociada con complicaciones indirectas a largo plazo o corto plazo, entre las cuales tenemos hipoglicemia, hipotermia, hiperbilirrubinemia, sepsis, prematuridad, asfixia intraparto y coagulopatías, las complicaciones a largo plazo son coeficiente intelectual disminuida más alteración del tono muscular. (40)

2.2.6 TEORÍA DE DOROTHEA OREM. DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

El déficit del autocuidado que menciona Dorothea Orem es una teoría que se compone por 3 teorías y van relacionadas entre sí: teoría de autocuidado, teoría de los sistemas de enfermería y teoría del déficit de autocuidado. Cada individuo tiene como función humana el autocuidado para así mantener una vida saludable. La definición de las 3 teorías conforman elementos que permiten comprender las necesidades y limitaciones que el recién nacido está pasando. (41) El autocuidado tiene como función reguladora los diversos tipos de regulación del funcionamiento y desarrollo humano. Se aplica de forma deliberada y se desarrolla con el tiempo, siempre teniendo en cuenta las necesidades de regulación que cada recién nacido presenta durante la etapa de crecimiento, desarrollo, características sanitarias, niveles de consumo de energía y factores de entorno de la sociedad. (41)

2.2.7 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería es el principio de una madurez profesional, se la considera una ciencia basada en un extenso marco teórico. Su aplicación no se ha desarrollado a nivel hospitalario, motivo por el cual existen dificultades al momento de implementarlo en una casa de salud tanto para el personal recién graduado como para el que está en formación y se origina por diferentes ideas o criterios existentes. (42)

El profesional de salud dirige su trabajo en el cuidado del recién nacido apoyado en el proceso de atención de enfermería desarrollado en 5 etapas o procesos como la valoración del recién nacido obteniendo datos subjetivos y objetivos, luego de la obtención de estos datos se procede a realizar los diagnósticos de enfermería basándose en las prioridades del problema, se planifica los cuidados de enfermería, para ejecutarlos con eficacia y eficiencia, por último se evalúa los cuidados aplicados en el recién nacido, teniendo en cuenta la integralidad, seguridad, totalidad y continuidad de los cuidados aplicados en los diferentes escenarios. En la atención al

enfermo se desarrolla un proceso interactivo entre el recién nacido y el personal de salud; en la cual el personal de enfermería desarrolla un papel activo al momento de aplicar las acciones. (43)

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El actual análisis de caso se basa en una investigación científica cualitativa, que consiste en una recopilación de datos mediante la búsqueda y revisión bibliográfica de artículos científicos actualizados de los últimos 5 años, que tengan relación con los hallazgos que se encontraron en la historia clínica del objeto de estudio, de una manera que apruebe establecer los principales fundamentos y argumentos basados en hechos reales.

3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Recién nacido de sexo masculino de 1 día de edad con diagnóstico de recién nacido pretérmino, otras hipoglicemias neonatales, retardo de crecimiento fetal, fenotipo down a descartar, también presentó hipertensión arterial pulmonar, comunicación interauricular conducto arterioso permeable y sepsis bacteriana del recién nacido no especificada.

3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio hace referencia al recién nacido de 1 día de edad captado en el área de obstetricia del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague de la ciudad de Santa

Rosa, Provincia de El Oro; para luego, permanecer en el área de unidad de cuidados intensivos neonatales.

3.1.4 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, transversal y analítico, lo cual facilita caracterizar toda la información con cada uno de los eventos ocurridos en el paciente desde su ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatal, hasta su egreso.

3.1.5 MÉTODOS DE ESTUDIO

Método científico: se utiliza una metodología científica, la recolección de datos permite adquirir un mayor conocimiento, dado que la carrera de enfermería se sustenta en bases científicas.

Método analítico: este método nos facilita la interpretación de información científica de tal forma que se detallan puntos de vistas de una manera ideológica constructivista.

Método descriptivo: se destaca a la presentación precisa de la característica de una forma general de tal manera que acceda alcanzar aspectos específicos sistematizados.

3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas desarrolladas dentro de la investigación científica son: la entrevista directa o indirecta con el representante del recién nacido, observación, el análisis de toda la historia clínica y la revisión exhaustiva de artículos científicos.

3.1.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos utilizados dentro del desarrollo de este análisis de caso, son: la historia clínica, la revisión de artículos científicos de impacto de los últimos 5 años relacionados con el objeto de estudio y que son extraídas de la base de datos de

revistas científicas como Science Direct, Google Académico, Scielo, protocolos, guías, libros digitales relacionados al objeto de estudio y de las taxonomías para el desarrollo del PAE.

3.1.8 CATEGORÍAS

El análisis de caso tiene los siguientes criterios establecidos: la anamnesis, el examen físico, antecedentes patológicos familiares y plan de cuidado de enfermería.

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de este análisis de caso se captó en el área de obstetricia al recién nacido prematuro con síndrome de Down, se realiza un proceso sistemático que inicia con la captación del recién nacido y su representante para comunicar sobre el proceso de la investigación a realizar y solicitarle la firma del consentimiento para el desarrollo investigativo basado en principios éticos. Estos documentos permiten una constancia legal que se debe adjuntar en la solicitud que se le entrega al establecimiento de salud para así obtener información de la historia clínica del recién nacido.

Se desarrolló una investigación completa, sistemática y exhaustiva basada en las palabras claves parto pretérmino, síndrome de Down, hipoglicemia, retardo del crecimiento, hipertensión arterial pulmonar, teoría de Dorothea Orem déficit del autocuidado, proceso atención de enfermería; para obtener artículos científicos, protocolos, guías, libros digitales relacionados al objeto de estudio y a las taxonomías para el desarrollo del PAE.

3.2.1 ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

Para el desarrollo de este estudio investigativo se debe abordar los principios bioéticos:

- Autonomía: El personal de salud es el encargado de salvaguardar los derechos del paciente cuando ellos no poseen la capacidad en la toma de decisiones.
- Beneficencia: todas las intervenciones desarrolladas por parte del personal de enfermería se centran en el bienestar del paciente.
- No maleficencia: los cuidados de enfermería que brinda el personal de salud deben estar proyectados en su pronta recuperación sin causar daño en la integridad del paciente, de una forma que resguarde la salud y mejore su calidad de vida.
- Confidencialidad: se debe guardar la integridad del recién nacido, de tal manera que se conserve su privacidad.

3.2.2 PETICIÓN DE ACCESO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Para la obtención de la historia clínica se emitió un oficio por parte de la coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, dirigido al Doctor Chrystian Renán Encarnación Lanche director técnico del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague para que autorice la revisión de datos clínicos registrados en la evolución del recién nacido.

3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS

Historia clínica

Se desarrolló un análisis de caso de la historia clínica de un recién nacido con diagnóstico de parto pretérmino, retardo del crecimiento fetal, comunicación interauricular, sepsis bacteriana, hipoglicemia neonatal, fenotipo Down e hipertensión arterial pulmonar severa.

Anamnesis

Recién nacido de sexo masculino con apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, líquido amniótico claro en moderada cantidad, el test de capurro:38 SG, sin datos de dificultad respiratoria. Posterior a su nacimiento presenta débil reflejo de succión, se realiza Hemogluco test que reporta 35 mg/dl por lo cual se decide su ingreso a Neonatología.

Antropometría:

- Peso: 2090 gr
- Longitud: 42 centímetros
- Perímetro Cefálico: 29 centímetros
- Perímetro torácico: 27 centímetros
- Perímetro abdominal: 27 centímetros
- Perímetro braquial: 9 centímetros
- Perímetro plantar: 8 centímetros

Examen físico

- ❖ Piel: normal
- ❖ Fosas Nasales: normal
- ❖ Cabeza: normocéfalo
- ❖ Ojos: pupilas isocóricas normo reactivas, epicanto
- ❖ Boca: paladar integro sin alteración, macroglosia
- ❖ Tórax: Campos pulmonares ventilados.
- ❖ Ruidos cardíacos rítmicos
- ❖ Abdomen: blando depresible doloroso
- ❖ Cordón: 2 arterias y 1 vena
- ❖ Genitales: masculino
- ❖ Caderas: sin alteración
- ❖ Extremidades Simétricas
- ❖ Neurológico: activo-reactivo

POR SISTEMAS

Neurológico: sin sedación, permanece activo y reactivo al manejo.

Respiratorio: se da soporte de oxígeno por cánula nasal a 0.5 litros por minuto, hasta los 18 días de vida por soporte cardiológico. No se reporta eventos de desaturación ni obstrucción bronquial.

Digestivo: se alimenta con 30 a 20 ml de leche materna por técnica mixta el día 7 de vida; en el día 8 presenta residuo bilioso se suspende alimentación, se realiza radiografía, se observa asas dilatadas por 8 días, el día 16 de vida y de hospitalización se inicia nuevamente alimentación con 4 ml cada 6 horas por sonda orogástrica se va aumentando las tomas progresivamente, al momento se alimenta por succión con tomas de 50 ml.

Hemodinámico: sin apoyo de aminos se mantiene con tensión arterial media (TAM) dentro de los rangos normales, recibe plasma fresco congelado 3/3, se administra transfusión sanguínea.

Infeccioso: ingresa con primer esquema de antibiótico ampicilina, gentamicina, ceftazidima, oxilina, meropenem, vancomicina, fluconazol, cefepime y linezolid.

Metabólico: se encuentra con dish, glicemias normales.

Exámenes complementarios:

19/03: L: 20.65 10^3 /ul Seg: 71.60% Linf: 20.20 HB: 17.90 g/dl Hto: 49.30 %
Plaquetas: 150.000 glucosa: 79.0 mg/dl PCR<6mg/dl ORH+ VDRL No reactivo.

CARDIOLÓGICO 20/03 CIA propio de la edad, conducto arterioso permeable, hipertensión arterial pulmonar 45 mmHg, función ventricular conservada Indicando paracetamol, furosemida, espironolactona, balances negativos, oxígeno por puntas nasales.

22/03 L:6.30 10^3 /ul Hemoglobina: 17.40 g/dl Hematocrito: 45.30 % Plaquetas 159.00 10^3 /ul BT 9.00 mg/dl BD 0.58mg/dl B:8.42 mg/dl CA: 7.10 mg/dl PCR-6 Sodio: 133.0 mEq/L Potasio: 4.80 mEq/L Cloro: 94 mEq/L

23/03 sodio: 132.0 mEq/L potasio: 5.20 mEq/L cloro: 93: mEq/L calcio: 6.69 mg/dl.

24/03 L:7.18 10^3 /ul Hemoglobina: 19.20 g/dl Hematocrito: 49.90 % Plaquetas 198.00 10^3 /ul BT 8.11 mg/dl BD 0.50mg/dl CA: 7.50 mg/dl UREA: 17.8 mg/dl CREA: 0.60mg/dl

26/03 sodio: 133.0 mEq/L potasio: 5.6 mEq/L cloro: 98 mEq/L.

27/03 L:8.81 10^3 /ul Hemoglobina: 13.98 g/dl Hematocrito: 42.00 % Plaquetas 146.00 10^3 /ul BT 4.12 mg/dl BD 0.49mg/dl CA: 10.40 mg/dl UREA: 10.7

mg/dl CREA: 0.40mg/dl TGO: 36.0 U/L TGP:15.0 U/L sodio: 132.0 mEq/L potasio: 6.1 mEq/L cloro: 102 mEq/L

29/03 SANGRE OCULTA POSITIVA B: 6.68 NA mEq/L 134 K: 5.1 mEq/L CL: 105 mEq/L HB 15.90 g/dl HTO 44.30 % PLQ: 133 10³/ul TGO 34.00 U/L TGP: 10.0 U/L CA: 8.60 mg/dl UREA: 10.7 mg/dl CREA: 0.60 mg/dl BT: 7.05 mg/dl BD: 0.37 mg/dl.

01/04 PCR-6 mg/dl L: 20.26 10³/ul HB: 15.50 g/dl HTO: 44.00 % PLQ 78 10³/ul CA 10.90 mg/dl NA: 133 mEq/L K 6.1 mEq/L

04/04 L:11.02 10³/ul Hemoglobina: 12.30 g/dl Hematocrito: 34.90 % Plaquetas 112.00 10³/ul CA: 11.00 mg/dl UREA: 5.8 NA: 137.0 mEq/L K: 3.9 mEq/L.

06/04 L:10.33 10³/ul Hemoglobina: 10.50 g/dl Hematocrito: 30.80 % Plaquetas 253.00 10³/ul CA: 11.30 mg/dl UREA: 5.8 mg/dl.

09/04 PCR: -6mg/dl L: 9.51 10³/ul HB: 9.50 g/dl HTO: 27.50% PLQ: 289 00 10³/ul CA 10.40 mEq/L NA: 134.0mEq/L K:5.4mEq/L CL: 101 mEq/L

11/04 L:6.46 10³/ul Hemoglobina: 7.60 g/dl Hematocrito: 20.80 % Plaquetas 150.00 10³/ul.

12/ 04 CULTIVO DE ORINA: NEGATIVO.

14/04 PCR-6 mg/dl L:9.39 10³/ul HB: 15.20 g/dl HTO: 43.60 % PLO: 176.00 10³/ul TGO: 35.0 U/L TGP: 12.0 U/L CA: 10.90 mg/dl UREA: 10 mg/dl CREA: 0.50 mg/dl COLETO.86.00 mg/dl. sodio: 132.0 mEq/L. potasio: 5.4 mEq/L cloro: 100 mEq/L.

17/04 PCR-6mg/dl L:8.82 10³/ul HB: 14.80 g/dl HTO: 42.80 % PLQ: 186.00 10³/ul CA: 11.30 mEq/L NA: 134.0 mEq/L K: 6.4 mE1/L CL:101 mEq/L.

Plan de tratamiento

- Nada por vía oral
- Lactancia materna por sonda orogástrica cada 3 horas.
- Ampicilina 209 miligramos intravenoso cada 12 horas (0)
- Gentamicina 8.4 miligramos intravenosa cada día (1)
- Ceftazidima 57 miligramos intravenoso cada 12 horas

- Oxacilina 47.5 miligramos intravenoso cada 12 horas
- metronidazol 29 miligramos intravenoso cada 8 horas
- Ceftazidima 60 miligramos intravenoso cada 8 horas
- Oxacilina 50 miligramos intravenoso cada 8 horas
- Fluconazol 12 miligramos intravenoso cada día
- Meropenem 57 miligramos intravenoso cada 8 horas
- Vancomicina 19 miligramos intravenoso cada 8 horas
- Gluconato de Calcio 209 miligramos intravenosa cada 8 horas

3.3.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 2 NUTRICIÓN					
DX DE ENFERMERÍA: 00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C Prematuridad M/P Incapacidad para mantener una succión eficaz.					
S	O	A	P	I	E
Llanto, recién nacido interrumpe lactancia, a los 5 minutos de haber empezado.	Bajo peso de 1900gr.	<p>DOMINIO 2 Nutrición</p> <p>CLASE 1 Ingestión</p> <p>DX DE ENFERMERIA: 00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C Prematuridad M/P Incapacidad para mantener una succión eficaz.</p>	<p>ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tolerancia alimentaria. * Hidratación. * Glucemia. 	<p>1056 Alimentación enteral por sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Insertar una sonda orogástrica de acuerdo al protocolo del centro. * Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo. * Observar si la colocación de la sonda es correcta, inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro. * Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. * Sostener al lactante y hablar con él durante la alimentación, para estimular las actividades de alimentación habituales. * Antes de cada alimentación comprobar si hay residuos y comunicar al médico. <p>5244 Asesoramiento en la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la 	<p>Escala de medición</p> <p>1=Inadecuado. 2=Ligeramente adecuado. 3=Moderadamente adecuado. 4=sustancialmente adecuado. 5=Completamente.</p>

				<p>lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none">*Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna de la madre.*Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia.*Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama.*Evaluar la capacidad del lactante para amamantar.*Ofrecer instrucciones para el alta y organizar los cuidados de seguimiento adaptados a las necesidades específicas del lactante prematuro.	
--	--	--	--	---	--

Dominio 11: Seguridad/Protección.

DX: Riesgo de infección (00004) **R/C** Procedimientos invasivos.

S	O	A	P	I	E
Alza Térmica	Se observa a recién nacido con Hipertermia .	<p>Dominio 11: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 1. Infección.</p> <p>DX DE ENFERMERIA: Riesgo de infección (00004) R/C Procedimientos invasivos.</p>	<p><i>NOC: (1902) control del riesgo</i></p> <p><i>190201 reconocer el riesgo.</i></p> <p><i>190204 desarrollar estrategias de control del riesgo efectivas.</i></p> <p><i>190217 supervisa los cambios en el estado de salud.</i></p>	<p><i>NIC: (6550) protección contra las infecciones.</i></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantener las normas de asepsia para el paciente. -Observar los signos y síntomas de infección. -Inspeccionar la existencia de enrojecimiento. -Administrar terapia de antibióticos. -Poner en práctica precauciones universales 	<p>Escala de medición</p> <p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuente mente demostrado.</p> <p>5. Siempre demostrado</p>

CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

4.1.1 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

Huertas Tacchino, Erasmo en el año 2018 mediante un análisis de caso indica que el parto pretérmino se puede desarrollar por una complicación que se da durante la etapa de gestación, esto va originar que no se cumpla las semanas correspondiente al embarazo, lo cual puede desencadenar riesgos para el producto y la madre, también durante la etapa del embarazo se pueden presentar varias complicaciones: el desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, restricción o retardo del crecimiento intrauterino, colestasis hepática y preeclampsia severa; (21) en el presente caso se puede observar que el producto único vivo nace a través de un parto pretérmino, con un peso inferior a lo normal.

Rellan Rodríguez y otros mencionan que la prematurez se puede desarrollar de una manera tardía o precoz lo cual puede ocasionar diversas complicaciones como es el síndrome de down, síndrome de dificultad respiratoria, baja tolerancia gástrica al momento de ingerir su alimentación, problemas de la metabolización y otros; (25) en el presente caso el recién nacido fue diagnosticado con síndrome de down por las características físicas y por la prematurez en el cual el recién nacido se encontraba.

Allred y otros, definen que el síndrome de down es una alteración genética en el cromosoma 21, lo cual va a desarrollar dificultades mentales y físicas, que en el recién nacido ocasionan una discapacidad, para detectar este síndrome existe dos pruebas la primera es obtener líquido de la cavidad uterina o coger una muestra del tejido de la placenta, estas pruebas nos permiten detectar a tiempo las alteraciones cromosómicas y se la puede detectar durante el embarazo; (26) por otro lado, el recién nacido tiene problemas o dificultades físicas ya que padece el síndrome de down y presenta problemas en la deglución y succión.

Takahisa y otros indican que la hipertensión pulmonar es una complicación que se puede dar en un paciente con síndrome de down y para la detección de esta patología se toma como referencia el valor de 20 mmHg para así brindar los cuidados al recién nacido con esta enfermedad. (34) Benavides Luna en el año 2017, indica que esta patología no está definida y que para que se origine va a ver una causa independiente de la hipertensión portal y va a depender de la gravedad de la misma, pero si menciona que se puede dar por varios factores: la vaso proliferación, la resistencia que se puede incrementar en el flujo arterial y la disminución de la expresión prostaciclina de las arterias pulmonares o también por un factor genético que no se evidencia en la hipertensión portal, lo cual desarrolla la enfermedad como una respuesta intracelular; (35) el recién nacido de nuestro estudio de caso desarrollo esta patología durante su estancia hospitalaria motivo por el cual fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos neonatales, con soporte de oxígeno para evitar complicaciones a nivel respiratorio.

CONCLUSIÓN

Una vez desarrollado y concluido el estudio de caso se pudo observar que el problema principal por el cual ingresó el recién nacido al área de neonatología fue el parto pretérmino más hipoglicemia neonatal y síndrome de down, que con el transcurso de los días de hospitalización, se detectó hipertensión pulmonar, siendo este el principal problema para que el neonato continúe más días de hospitalización, las intervenciones de enfermería van basadas a las necesidades del niño durante su estancia hospitalaria, para brindar un cuidado de enfermería con calidad y calidez, dando como resultado un mejoramiento en su peso, gran interés por parte de la madre del recién nacido, buen manejo del mismo, y tramitando cita con cardiólogo pediatra para saber cómo se encuentra el estado de salud de la complicación cardíaca.

El personal de enfermería cumple un papel muy importante en el manejo y recuperación del recién nacido tanto en la asistencia directa como educación que se brindó a la madre, la misma que incluye cuidados en la alimentación como lactancia materna, importancia, beneficios y técnicas, signos de alarma, explicación de procedimientos a realizar, aseo, etc.; con el objetivo que la madre replique en su hogar los cuidados aplicados en el recién nacido, con el fin de reestablecer no solo su salud física, sino su completo estado de bienestar.

El proceso de atención de enfermería es un método científico que permite al profesional de salud desarrollar intervenciones de enfermería, mediante un proceso que consta de 5 etapas las cuales son: valoración del recién nacido obteniendo datos subjetivos y objetivos, que permiten desarrollar diagnósticos, elaborar intervenciones de acuerdo a las necesidades, se procede a ejecutarlas, para evaluar los cuidados con la finalidad de observar resultados positivos, este proceso es sistemático y científico.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a toda mujer en proceso de gestación, acudir a sus controles mensuales, con la finalidad de prevenir diversas complicaciones en el feto o en la madre, la educación que el personal de salud brinde a la ciudadanía es de gran importancia para prevenir diferentes patologías mediante charlas educativas brindando información para mejorar estilos de vida saludables en la comunidad, ya que es una herramienta fundamental y necesaria.
- Se debe disponer en todas las instituciones públicas o privadas diversos recursos e implementaciones de métodos con la cual permitan identificar precozmente las complicaciones del embarazo, debido a esto los profesionales de la salud siempre debemos mantenernos informados sobre los nuevos tratamientos médicos y las nuevas intervenciones de enfermería en los pacientes con diversas patologías, para así reducir la tasa de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, el personal de salud debe involucrarse con la comunidad para brindar información mediante boletines o mediante charlas a las gestantes o a los usuarios que acuden al primer nivel de atención, donde el personal de salud promociona y previene diversas patologías y así reduce el índice de tasa de mortalidad y morbilidad de diversas enfermedades.
- Para la realización de un estudio de caso clínico el personal de salud debe indagar la historia clínica detalladamente para así tener un objetivo claro del estudio a desarrollarse, de esta manera va a obtener la información pertinente, por ello es importante que el profesional sea investigativo y científico al momento de realizar el estudio de caso, para que así tenga facilidad al desarrollar cada capítulo del análisis de caso y de esta manera contribuir con conocimiento verídico.

Bibliografía

1. Ota Nakasone A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018 Julio; 64(3): p. 415-422.
2. Organización Mundial de la Salud. Organización mundial de la salud. [Online].; 2018 [cited 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
3. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guia de práctica clínica. Ministerio de Salud Pública. 2016.
4. Díaz Fonseca Y, Pérez Dajaruch M, Paz Delfin D, Ferrer Montoya R, Montero Aguilera A. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed. 2019 Septiembre; 23(5): p. 1163-1182.
5. Naciones Unidas. Naciones Unidas. [Online].; 2020 [cited 2021 Julio 05]. Available from: <https://www.un.org/es/observances/down-syndrome-day>.
6. Notimerica. Notimerica. [Online].; 2016 [cited 2021 Agosto 27]. Available from: <https://www.notimerica.com/sociedad/noticia-cifras-sindrome-down-iberoamerica-20160321145713.html>.
7. El niño con Síndrome de Down en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Chilena de Pediatría. 2017 Marzo; 88(5).
8. Revista Mayo Clinic. Revista Mayo Clinic. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto 28]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>.
9. Mandal DA. News Medical life Sciences. [Online].; 2019 [cited 2021 Agosto 28]. Available from: [https://www.news-medical.net/health/Down-Syndrome-Complications-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Down-Syndrome-Complications-(Spanish).aspx).
10. Centros para el control y la prevención de Enfermedades. Centros para el control y la prevención de Enfermedades. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/downsyndrome.html>.
11. Powell-Hamilton NN. msdmanuals. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto 28]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/anomal%C3%ADas-cromos%C3%B3micas-y-gen%C3%A9ticas/s%C3%ADndrome-de-down-trisom%C3%ADa-21>.
12. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2021 [cited 2021 Agosto 28]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pulmonary-hypertension/diagnosis-treatment/drc-20350702#>.

13. Ortiz Romaní K, Mucha-Montoya R. Papel del enfermero en la nutrición de un recién nacido prematuro con síndrome de Down. CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud. 2017; 2(3): p. 190-199.
14. Gutiérrez Sánchez AM, Marín Andrés M, de Arriba Muñoz A. Síndrome de Down: incidencia actual y comorbilidades Down. Medicina Clínica. 2020; 154(8): p. 321-322.
15. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2016; 81(4): p. 330 - 342.
16. Capurro NN, Basualto CC, Olivos AA, Lein MG, Aristizabal LL, Torrente AG, et al. Anomalías congénitas y comorbilidad en neonatos con Síndrome de Down. Revista Chilena de Pediatría. 2020; 91(5): p. 732-740.
17. Mazzuchino MG, Loss T. Síndrome como enfermedad. Representaciones sociales en las definiciones del diccionario académico. Un análisis discursivo. Revista Digital Internacional de Lexicología, Lexicografía y Terminología. 2018; 2(1).
18. Donoso E, Vera C. Aumento de la mortalidad infantil en niños con síndrome de Down: Chile 1997-2013. Revista médica de Chile. 2016; 144(11).
19. Fontecha MB, Anadón R, Mazzei JA, Fundia AF. Avances en la genética de la hipertensión arterial pulmonar. Insuficiencia Cardíaca. 2020; 15(1): p. 10-18.
20. Pacheco J. Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018; 64(3): p. 393-397.
21. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018; 64(3): p. 399-404.
22. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2020 [cited 2021 Julio 28. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>.
23. Zerna Bravo C, Fonseca Tumbaco R, Viteri Rojas AM, Zerna Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Revista Ciencia UNEMI. 2018; 11(26): p. 134 - 142.
24. Ramírez Murillo. Prevención De Parto Pretérmino. Medicina Legal de Costa Rica. 2018; 35(1).
25. Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García MP. El recién nacido prematuro. Asociación Española de Pediatría. 2008;: p. 68-77.

26. Alldred S, Takwoingi Y, Guo B, Pennant M, Deeks J. Pruebas séricas del primer y segundo trimestres con y sin ecografía del primer trimestre para el cribado del síndrome de Down (Revisión). Biblioteca Cochrane. 2017.
27. Fernández Morales AD. Síndrome de Down y la actividad física. Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad. 2017 Enero; 3(1): p. 1-11.
28. Díaz Hernández DJ, Torres Gómez IP, Arango Martínez AM, Manrique Hernández RD, Gallo Bonilla JE. Aspectos genómicos, transcriptómicos y del diagnóstico en el síndrome de Down. Medicina y Laboratorio. 2020; 24(1): p. 37-56.
29. Fernández Morales AD. Aspectos Generales Sobre El Síndrome De Down. Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad. 2016; 2(1): p. 33-38.
30. Cammarata Scalisi F, González S, Álvarez Nava F. Síndrome metabólico en el síndrome de Down. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2016 Junio; 14(2): p. 96-106.
31. National Association for Down Syndrome 1460. SÍNDROME DE DOWN FACTORES. National Association for Down Syndrome. 2016.
32. ChoosePT. Guía ChoosePT. [Online].; 2017 [cited 2021 Julio 20. Available from: <https://www.choosept.com/symptomsconditionsdetail/physical-therapy-guide-to-down-syndrome-2>.
33. Regard L, Montani D. Hipertensión arterial pulmonar. Sciencedirect. 2017; 22(1): p. 1-11.
34. Takahisa K, Naoki O, Shiro A, Toyooki M. Pulmonary Hypertension: Diagnosis, Management, and Treatment. Nagoya journal of medical science. 2019; 81(1): p. 19–30.
35. Benavides Luna HM. Fisiopatología de la hipertensión arterial pulmonar. Revista Colombiana de Cardiología. 2017 Septiembre; 24(1): p. 11-15.
36. Haag DD. Hipertension Arterial Pulmonar En Pediatría. Revista Medicina Infantil. 2019; 16(2): p. 168-176.
37. Villaquirán Torres C. Evaluación diagnóstica en hipertensión arterial pulmonar. Revista Colombiana de Cardiología. 2017; 24(1): p. 20-27.
38. Garrido Lestache MEB, Gómez Sánchez M. Estrategia terapéutica en hipertensión arterial pulmonar. Revista Colombiana de Cardiología. 2017; 24(1): p. 41-47.
39. Repetto M, Eyheralde C, Moraes M, Borbonet D. Hipoglicemia en el recién nacido de riesgo, guías clínicas de diagnóstico e intervención 2017. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2017 Octubre; 88(6): p. 341-344.

40. Retardo Del Crecimiento Fetal: Diagnóstico Y Manejo Obstétrico. Revista Médica Panacea. 2020; 9(3): p. 198-205.
41. Naranjo Hernández DCY, Concepción Pacheco DCJA, Rodríguez Larreynaga LM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017; 19(3): p. 89-100.
42. Naranjo Hernández DCY, González-Hernández ML, Sánchez-Carmenate LM. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2018; 22(6): p. 831-842.
43. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería Universitaria. 2019 Julio; 16(4): p. 374-389.

ANEXOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO POR REPRESENTANTE DE RECIÉN NACIDO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la participante esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Espinoza Vargas Tatiana Carolina y Monge Peláez Jacqueline Elizabeth, estudiantes de enfermería. El objetivo de este estudio es: Desarrollar el proceso de atención de enfermería en un estudio de caso de un recién nacido prematuro con Síndrome de Down basándonos en la teoría déficit de autocuidado de Dorothea Orem, mediante la revisión de la historia clínica y artículos científicos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo y visitas domiciliarias durante la investigación, lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Espinoza Vargas Tatiana Carolina, Monge Peláez Jacqueline Elizabeth. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es:

Desarrollar el proceso de atención de enfermería en un estudio de caso de un recién nacido prematuro con Síndrome de Down basándonos en la teoría déficit de autocuidado de Dorothea Orem, mediante la revisión de la historia clínica y artículos científicos.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Espinoza Vargas Tatiana Carolina, Monge Peláez Jacqueline Elizabeth al teléfono 0963354465, 0968895123.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Espinoza Vargas Tatiana Carolina, Monge Peláez Jacqueline Elizabeth al teléfono anteriormente mencionado.

Jasmine Teodolinda Apolo Gonzalez
Nombre del Participante


Firma del Participante
CI: 7705783839

12-05-2021
Fecha

SOLICITUD EMITIDA POR LA COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA PARA EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL RECIEN NACIDO.



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:

Machala, 22 de junio del 2021

Señor Doctor
Chrystian Renán Encarnación Lanche
Director Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague- Santa Rosa
En su despacho. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la Historia Clínica N° 121390, a los estudiantes del Décimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria y realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en Enfermería.

Se guardará la debida confidencialidad de los datos del paciente y el nombre de la institución; se cuenta con el debido consentimiento informado y firmado por el usuario.

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- ▣ TATIANA CAROLINA ESPINOZA VARGAS CI: 0750578486
- ▣ JACQUELINE ELIZABETH MONGE PELAEZ CI: 0705844272

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo

Atentamente.

SARA
MARGARITA
SARAGURO
SALINAS

Firmado digitalmente por
SARA MARGARITA
SARAGURO SALINAS
Fecha: 2021.06.23
17:57:18 -05'00'

Lcda. Sara Margarita Saraguro Salinas
Coordinadora -Carrera de Enfermería
SS/Sara S

HOSPITAL OBSTÉTRICO	
ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE	
SECRETARÍA DOCUMENTOS	
FECHA:	25-06-2021
RECIBIDO POR:	S. Saraguro
IMPRESIONES	SOBRE
CAPICITA	TAMILLAS

RESPUESTA DE APROBACION DE PARTE DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL OBSTÈTRICO ÀNGELA LOAYZA DE OLLAGUE



Ministerio de Salud Pública
Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague

CERTIFICADO DE INTERVENCIÓN

Por medio de la presente en respuesta a la solicitud de la **Srtas. Tatiana Carolina Espinoza Vargas y Jacqueline Elizabeth Monge Pelaez** estudiantes de la carrera de Enfermería. Mediante la solicitud sobre Análisis de Caso para el respectivo proceso de Titulación. Mediante el respectivo análisis por el Comité de Ética Institucional del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague.

De igual manera se **APRUEBA** la solicitud para la realización De recolectar información para el Proyecto final. En el oficio entregado manifiesta el título del Proyecto, documento membretada de la Universidad por la cual sustenta la solicitud del documento.

CONFIDENCIALIDAD EN LOS DOCUMENTOS CON INFORMACIÓN DE SALUD Capítulo III.

Art.7 El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

Los Registros Profesionales objeto del Proyecto de Digitalización son documentos que contienen información personal, la cual al reposar en una institución pública se clasifica como información confidencial.

Es todo lo que se puede certificar en Honor a la verdad, por lo tanto se emite el presente certificado.

Santa Rosa, Viernes 28 de Junio 2021



Psic. Laddy Alvarado O.
Secretaria Comité de Ética