



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

TITULO DEL PROYECTO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE LICENCIADAS
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

**PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO SEGÚN EL MODELO DE
ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN USUARIOS PEDIÁTRICOS CON
CONVULSIONES POR ALZA TÉRMICA, HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS
ALARCÓN, CANTÓN SALITRE. 2017-2018**

AUTORAS:

ALBÁN HEREDIA FERNANDA LIZBETH
LUNA VERDEZOTO KERLY PAOLA

TUTORA:

LIC. MAURA MUÑOZ

GUARANDA-ECUADOR

DEDICATORIA

Agradezco a Dios y a la Virgencita por brindarme salud, inteligencia, esfuerzo y paciencia para poder culminar con mis estudios.

Este trabajo lo dedico a mi madre Ruth y mi hermano Cristian por ser mí pilar primordial en el trascurso de mi vida estudiantil, quienes cumplieron el rol de Padre que le hacía falta a mi vida, y gracias a ellos con su amor, empeño, esfuerzo y lucha constante para conseguir que sea alguien en la vida, ahora puedo lograr y cumplir con nuestro sueño, a mi mamacita Flor y a mi angelito que desde el cielo me ha cuidado y guiado Marcelito Fernando, personas que son mi vínculo fundamental de inspiración y superación para no rendirme y seguir adelante con mis sueños y objetivos profesionales, gracias por confiar en mí, lo logramos, este logro es de nosotros.

Fernanda Albán H.

Dedico este trabajo a Dios, a la Virgen de Guadalupe y del Cisne y a mi Arcángel San Miguel, que con su bendición me han guiado por el camino del bien y me han dado inteligencia para cumplir con esta meta.

A mis padres queridos Gabriel y Bety, quienes me dan su amor, su apoyo incondicional que se han sacrificado por verme sobresalir, todas sus enseñanzas, valores inculcados y palabras de aliento, me han formado como una persona de bien y hoy este logro es en su nombre. A mis hermanos Katherine, Paúl, Mishel y Dany, que son mi fortaleza, mi motivo para salir adelante, quienes me han ayudado y acompañado durante todo este recorrido, a mis abuelitas Flor y Polita, a mi novio Giancarlo, quienes con sus consejos y su cariño me han alentado a no rendirme y han sido la base fundamental para alcanzar mis objetivos y superarme.

Paola Luna V.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a la Virgen, por permitirnos culminar con nuestro trabajo de titulación, estudios y llegar a ser profesionales, a nuestros padres y hermanos que con su cariño y apoyo constante e incondicional nos han guiado a alcanzar una meta más.

Al Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón del Cantón Salitre y a la Licenciada Sucety Goya, por brindarnos la apertura para llevar a cabo y culminar con el trabajo de investigación.

A la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano, Carrera de Enfermería por permitirnos formarnos como profesionales, a nuestros Docentes, en especial a la Licenciada Maura Muñoz, por ser la maestra guía del trabajo de titulación proporcionando conocimientos necesarios desde el inicio hasta la culminación del presente trabajo.

Fernanda Albán H.

Paola Luna V.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
TITULO.....	IX
RESUMEN.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	2
1. EL PROBLEMA	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN	6
1.4. OBJETIVOS.....	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
CAPITULO II	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Bases teóricas.....	9
2.2.1. Modelo de Adaptación de Callista Roy	9
2.2.2. Sistema Adaptativo Humano: SAH.....	9
2.2.3. Ambiente.....	10
2.2.4. Estímulos	10
2.2.5. Nivel de Adaptación.....	11
2.2.6. Mecanismos de afrontamiento.....	11
2.2.7. Salud	11
2.2.8. Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.	12
2.2.9. Test de Capurro.....	13
2.2.10. Test de Denver	14
2.2.11. Proceso de Atención de Enfermería.	14
2.2.12. Beneficios del uso del Proceso de Atención de Enfermería.	15
2.2.13. Proceso de Atención de Enfermería para el usuario.....	15
2.2.14. Fases del Proceso de Enfermería.....	15
2.2.15. PRIMERA FASE: VALORACIÓN:.....	16
2.2.16. Tipos de Valoración.	16

2.2.17. Actividades específicas en la Valoración.....	16
2.2.18. SEGUNDA FASE: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.....	16
2.2.19. TERCERA FASE: PLANEACIÓN.....	17
2.2.20. CUARTA FASE: EJECUCIÓN.....	17
2.2.21. QUINTA FASE: EVALUACIÓN.....	18
2.2.22. CONVULSIONES.....	19
2.2.23. Factores de Riesgo.....	20
2.2.24. Etiología.....	20
2.2.25. Cuadro N° 14. Fisiopatología:.....	21
2.2.26. Epidemiología.....	21
2.2.27. Tipos y Clasificación Convulsiones.....	22
2.2.28. Convulsión Febril.....	23
2.2.29. Clasificación convulsión Febril.....	24
2.2.30. Los fármacos anticomiciales más usados y sus efectos adversos (EA).....	26
2.2.31. Tradiciones culturales.....	30
2.2.32. Remedios caseros o tratamientos naturales que adoptan las madres al presenciar una convulsión:.....	30
2.2.33. Valoración de los antecedentes neonatales.....	30
2.2.34. Flujograma del Hospital Dr. Oswaldo Jarvis Alarcón, Salitre.....	31
2.2.35. Generación de problemas y sub-problemas.....	32
2.2.36. Modos, dominios, funciones y diagnósticos de enfermería.....	33
2.2.37. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLISTA ROY EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES.....	34
2.3. Terminología.....	65
2.4. Sistema de Variables.....	68
2.4.1. Variable Independiente.....	68
2.4.2. Variable Dependiente.....	68
2.4.3. Operacionalización de Variables.....	69
CAPITULO III.....	90
3.1. Tipos de Investigación:.....	90
3.2. Diseño.....	91
3.3. Universo.....	91
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	92

GUÍA DE OBSERVACIÓN, REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, ENCUESTA Y ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MADRES DE LOS USUARIOS PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES POR ALZA TÉRMICA:	93
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE CONVULSIONES FEBRILES Y EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY, APLICADA A 6 ENFERMERAS.....	114
GUÍA DE SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN, PARA EVIDENCIAR LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN, SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.....	116
CUADRO COMPARATIVO DEL PROCESO DE ATENCIÓN.....	123
CAPITULO IV.....	125
4. RESULTADOS.....	125
CAPITULO V	127
5.1. CONCLUSIONES.....	127
5.2. RECOMENDACIONES.....	128
5.3. PROPUESTA.....	129
BIBLIOGRAFÍA	133
ANEXOS	135
Anexo N° 1. OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN.	136
Anexo N° 2: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR SERVIDORES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	137
Anexo N° 3: VALIDACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	139
Anexo N° 4: CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES MENORES DE 6 AÑOS.	143
Anexo N° 5. RECURSOS Y PRESUPESTO.....	148
Anexo N°6: DETALLE GENERAL DEL PRESUPUESTO	149
Anexo N°7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	150
Anexo N° 8. MODELO DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN.	152
Anexo N° 9. MODELO DE LA GUÍA DE SEGUIMIENTO, APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN, SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.	156
Anexo N° 10. ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN.	160
Anexo N° 11. LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	164
Anexo N° 12: REGISTRO DE ASISTENCIA EN LA SOCIALIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	170

Anexo N° 13: CERTIFICADO ASISTENCIAL, HOSPITAL BÁSICO SALITRE DR.
OSWALDO JERVIS ALARCON.....171

**CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO
POR EL TUTOR (A)**

Guaranda, 05 de Abril del 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR/A

La suscrita **LIC. MAURA MUÑOZ NARANJO**, directora del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA:

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: **“PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN USUARIOS PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES POR ALZA TÉRMICA, HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN, CANTÓN SALITRE. 2017-2018”**. Realizado por las estudiantes: **Fernanda Lizbeth Albán Heredia** y **Kerly Paola Luna Verdezoto**, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



LIC. MAURA MUÑOZ NARANJO

DIRECTORA DE TESIS

TITULO

“Proceso de atención enfermero según el modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Cantón Salitre, 2017-2018”

RESUMEN

El presente proyecto de titulación denominado: Proceso de atención enfermero según el Modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Cantón Salitre. 2017-2018. **Objetivo:** Determinar la importancia del conocimiento y la aplicación del proceso de atención enfermero, en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica; por tanto el estudio resalta los cinco modos propuestos por Sor Callista Roy: Adaptación, físico – fisiológico, autoconcepto, desempeño de funciones y relaciones de interdependencia, considerando al individuo como un ser adaptativo, facilitando así el trabajo de la enfermera, en la identificación de problemas, solucionando los mismos y mejorando la calidad de vida de la persona, familia y comunidad. **Método:** se llevó a cabo una guía de observación a 6 enfermeras sobre la aplicación y cumplimiento del proceso de atención de enfermería según el modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, revisión de 34 historias clínicas, guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años y entrevista aplicada a las madres de los usuarios pediátricos para determinar los antecedentes maternos, neonatales, creencias culturales y manejo de las convulsiones. **Diseño:** el estudio es de carácter retrospectivo, de campo, descriptivo, cualitativo. **Resultados:** se determinó el perfil epidemiológico de 40 usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en donde se obtuvieron los siguientes datos: 55% correspondiente al sexo masculino, 45% al sexo femenino, 60% son usuarios pediátricos de 1 – 3 años de edad, 75% de etnia montubia, 60% habita en la zona rural, 60% utilizan medicina occidental, las madres se caracterizan en un 44% por estar casadas y en unión libre, el 50% tienen instrucción primaria, las convulsiones con mayor frecuencia se presentan en el primer hijo en un 41%, dentro de la morbilidad el 43% de las convulsiones son causadas por la neumonía, enfermedad diarreica aguda en un 27%, como antecedentes familiares se encuentran las convulsiones febriles negativas con un 56% , destacándose con un 75% las convulsiones típicas o simples, el 60% de los casos han presentado un solo episodio convulsivo durante las primeras 24 horas, el 75% de los casos se originan por un cuadro infeccioso viral, el 93% de las convulsiones no dejan secuelas, se formulan diagnósticos de enfermería con base a la valoración que permite la identificación de los modos afectados. **Conclusiones:** Al concluir el trabajo de investigación se determinó que el

cuidado que brinda el personal de enfermería a usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, no está basado en un modelo de atención que oriente a la enfermera a solucionar los problemas o satisfacer las necesidades del niño, el personal de enfermería realizan los diagnósticos de enfermería de acuerdo al PES (problema, etiología, signos y síntomas), para solucionar las necesidades del individuo, familia y comunidad; el cuidado o atención que brinda el personal de enfermería no responde a un modelo o teorización; los modos afectados en un niño con convulsiones por alza térmica son: Adaptación, físico-fisiológico, autoconcepto, desempeño de funciones, relaciones de interdependencia, los cuales son resueltos cumpliendo las fases del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), en base a los resultados del estudio se elaboró el proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy y se socializó. **Palabras clave:** Modelo de Adaptación de Callista Roy, proceso de atención de enfermería, convulsiones por alza térmica, usuarios pediátricos.

ABSTRACT

This project titled: Nursing Care Process According to the model of adaptation of Callista Roy in pediatric users with convulsions by thermal boost, Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Canton Salitre. 2017-2018. **Objective:** To determine the importance of knowledge and the application of the nursing care process in pediatric users with thermal boost convulsions; therefore, the study highlights the five modes proposed by Sor Callista Roy: adaptation, physical – physiological, self-concept, performance of functions and relationships of interdependence, considering the individual as an adaptive being, thus facilitating the work of the nurse, in the identification of problems, solving the same and improving the quality of life of the person, family and community. **Method:** An observation guide was carried out to 6 nurses on the application and fulfillment of the nursing care process according to the adaptation model of Sor Callista Roy, review of 34 clinical histories, observation guide to 6 pediatric users with thermal boost convulsions under 6 years and interview applied to the mothers of pediatric users to determine the maternal, neonatal, beliefs Culture and seizure management. **Design:** The study is of retrospective character, field, descriptive, qualitative. **Results:** The epidemiological profile of 40 pediatric users under 6 years old with thermal boost seizures was determined, where the following data were obtained: 55% corresponding to the male sex, 45% to female sex, 60% are pediatric users of 1 – 3 years of age, 75% ethnic Montubio, 60% live in rural areas, 60% use Western medicine, mothers are characterized by 44% because they are married and in free union, 50% have primary education, seizures are most often presented in the first child by 41%, within the morbidity, 43% of the seizures are caused by the pneumonia, acute diarrheal disease by 27%, as a family history are the negative febrile convulsions with a 56%, highlighting with 75% the typical or simple convulsions, 60% of cases have presented a single convulsive episode during the first 24 hours, 75% of the cases originate from a viral infectious disease, 93% of the seizures leave no sequelae, we formulate nursing diagnoses based on the valuation that allows the identification of the affected modes. **Conclusions:** At the conclusion of the research work, it was determined that the care provided by nursing staff to pediatric users with thermal boost convulsions is not based on a model of care that orients the nurse to solve the problems or meeting the needs of the child, nursing staff perform the nursing diagnoses according to PES (problem, etiology,

signs and symptoms), to solve the needs of the individual, family and community; the care or care provided by nursing staff does not respond to a model or theorization; the affected modes in a child with thermal boost convulsions are: adaptation, physical-physiological, self-concept, function performance, interdependence relationships, which are resolved by completing the phases of the nursing care process (assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation), based on the results of the study, the process of nursing care was elaborated according to the model of adaptation of Callista Roy and was socialized. **Key words:** Callista Roy adaptation model, nursing care process, thermal boost convulsions, pediatric users.

INTRODUCCIÓN

Las convulsiones febriles son consideradas un problema de salud, en niños que oscilan entre las edades de 6 meses a 6 años, siendo su causa principal las infecciones de tipo viral y bacteriana, que si no son tratadas a tiempo pueden dejar secuelas a largo plazo, por lo cual nuestro trabajo de investigación está dirigido a este problema de salud y al cuidado que debe brindar el personal de enfermería, a través del Proceso de Atención según el modelo de Callista Roy que integra 5 modos: adaptación, físico-fisiológico, rol relaciones, desempeño de funciones, relaciones de interdependencia, donde el personal de enfermería identifica problemas, elabora diagnósticos, establece objetivos, intervenciones, actividades, dirigidos a la solución de problemas; no solo de orden fisiológico, sino también psicológica, integrando a la familia.

Las convulsiones febriles son un problema de salud frecuente en el Cantón Salitre, por lo que el personal de enfermería debe estar constantemente capacitado para brindar una atención inmediata, respondiendo a las necesidades del usuario pediátrico.

Trabajo de investigación, que beneficiará al personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, identificando los cuidados de enfermería prioritarios, que contribuirán a la recuperación del usuario; el mismo que se encuentra constituido de manera sistemática que se detalla en los siguientes capítulos.

CAPITULO I: Consta del planteamiento y formulación del problema, justificación de la investigación y objetivos general y específicos.

CAPITULO II: Incluye, antecedentes de la investigación, bases teóricas en las cuales se sustenta científicamente el presente trabajo, terminología y sistemas de variables que permite contextualizar el tema.

CAPITULO III: Se define el tipo de investigación, el diseño y universo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, análisis y discusión de resultados.

CAPITULO IV: Se encuentran los resultados en base a los objetivos de la investigación.

CAPITULO V: Se establece conclusiones y recomendaciones obtenidas durante el proceso de investigación, además contiene la propuesta planteada a la institución de salud.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal de Enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Cantón Salitre, aplica los cuidados de enfermería de forma técnica al usuario pediátrico con convulsión por alza térmica y no basada a un modelo de enfermería.

“Es por eso que la infancia es la época de la vida en la que con mayor frecuencia se presentan convulsiones. Son causa de alarma y es importante una correcta actuación debido a las posibles repercusiones sobre el sistema nervioso, ya sea por su etiología, por las secuelas derivadas de las convulsiones por sus efectos secundarios sobre otros órganos y sistemas” (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012).

A medida que pasa el tiempo, la necesidad del personal de enfermería por enriquecer sus conocimientos de acuerdo a las nuevas actualizaciones en salud es cada día más importante, para poder brindar una atención eficiente y eficaz al usuario.

Según (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012) “La convulsión es el principal signo clínico de disfunción del sistema nervioso central. Su frecuencia es de 4-6 casos por cada 1.000 niños. Las crisis asociadas con fiebre se observan en uno de cada 30-50 niños; y las que no tienen relación con la elevación térmica, en un niño de cada 200. La etapa de la vida humana en la que se presenta convulsiones con mayor frecuencia son los dos primeros años de vida, porque durante este periodo confluyen varios factores que predisponen a la aparición de las mismas:

- Inmadurez del sistema nervioso central.
- Facilidad para la hipertermia.
- Labilidad metabólica (hipoglicemia e hipocalcemia).
- Traumatismos obstétricos.
- Accidentes.
- Malformaciones congénitas”.

En el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón del Cantón Salitre, Provincia del Guayas, se acogieron las siguientes estadísticas sobre pacientes pediátricos con convulsiones:

Cuadro N° 1. Estadísticas de convulsiones pediátricas.

AÑO	TOTAL DE CONVULSIONES NO ESPECIFICADAS Y FEBRILES	CONVULSIONES FEBRILES	GENERO		EDAD							
			M	F	5m	6m	1	2	3	4	5	6
2016	34	12	8	4	1		2	2		2	2	3
2017	50	22	10	12	1	2	7	4	4	3		1
Total	84	34										
%	40%											

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

Fuente: Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, 25 de Noviembre del 2017.

Por lo tanto, el profesional de enfermería debe garantizar al usuario pediátrico con convulsiones una atención inmediata, mediata y continua hasta su recuperación con los recursos necesarios, poniendo en práctica las acciones de enfermería y cuidados generales para la estabilización de las funciones más afectadas en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, siendo estas las siguientes funciones afectadas con su respectivo problema.

Cuadro N° 2. Modos, funciones y dominios afectados

MODOS	DOMINIOS	FUNCIONES	PROBLEMA
Adaptación	Seguridad y protección	Protección inmunológico	Hipertermia Deterioro de la integridad cutánea Alteración del sistema nervioso
Físico fisiológico	Percepción cognición Nutrición Actividad y reposo Actividad y reposo	Neurológica Nutrición Oxigenación Circulatorio	Riesgo de confusión aguda Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico Patrón respiratorio ineficaz Riesgo de disminución del gasto cardiaco
Autoconcepto	Actividad y reposo	Actividad y descanso	Deterioro del sueño.
Desempeño de funciones	Actividad y reposo	Actividad y descanso	Alteración de la actividad y descanso
Relaciones de interdependencia	Rol-relaciones		Riesgo de deterioro parental

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

Otros de los aspectos que hay que tomar en cuenta es el recurso humano que está conformado por: 7 enfermeras, cinco licenciadas rurales, 5 internos de enfermería, 15 auxiliares de enfermería, distribuidos en diferentes turnos ofreciendo atención las 24 horas, los 365 días del año, sin discriminar su condición de salud, etnia, condición social, religión, edad y género. Pero no todo el personal de enfermería está totalmente capacitados sobre la atención a usuarios pediátricos con convulsiones provocadas por alzas térmicas, basadas en un modelo teorización de enfermería.

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del Proceso de Atención Enfermero según el Modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Según fundamentos teóricos, “El riesgo en la infancia de padecer convulsiones febriles es del 2-5% sin antecedentes familiares; pero si un progenitor o hermano ha padecido convulsiones febriles, el riesgo es del 10-20%” (Dusembery & White, 2010).

En el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón del cantón Salitre, tradicionalmente el cuidado se lo ha realizado de una manera desintegrada sin responder a una teorización o modelo de enfermería estandarizado, lo que genera diferencia de juicios que se evidencian en el cuidado y los reportes de enfermería. Surgiendo la necesidad de unificar los criterios y adoptar un modelo de cuidado en enfermería que permita ayudar al usuario y familia, no solo a recuperarse de una enfermedad o prevenirla, sino a crecer y recuperar su salud lo más rápido posible. Para lo cual es necesario elaborar, integrar y socializar al personal el Proceso de Atención de Enfermería según el modelo de Adaptación de Callista Roy a usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, aplicando la taxonomía NANDA NOC NIC.

El desempeño del personal requiere de responsabilidad, actuación rápida, segura, poner en práctica la intervención médico-enfermera de acuerdo al estado de los pacientes pediátricos que llegan con convulsiones por alzas térmicas, razón por la que el personal debe estar en constante capacitación y actualización de conocimientos.

El personal de enfermería en el desempeño de sus prácticas, tiene el deber de brindar una atención de calidad de acuerdo a las necesidades del usuario. Mediante la intervención correcta de enfermería, se brindará un cuidado óptimo al paciente con convulsiones febriles, razón por la que ésta investigación esta direccionada al cuidado de enfermería en pacientes pediátricos.

Siendo beneficiarios los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica y el personal de enfermería del Hospital, el mismo que será capacitado sobre el cuidado según el Modelo de Adaptación, evitándose complicaciones y brindando una atención con calidad, calidez, eficiencia y eficacia, para el bienestar de los usuarios que acuden a esta casa de salud pública.

Esta investigación aportara beneficios al personal de enfermería, sobre el cuidado usuarios pediátricos con convulsiones que acuden al Hospital Oswaldo Jervis Alarcón del Cantón Salitre, Provincia del Guayas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la importancia del conocimiento y la aplicación del proceso de atención enfermero, en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Cantón Salitre.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

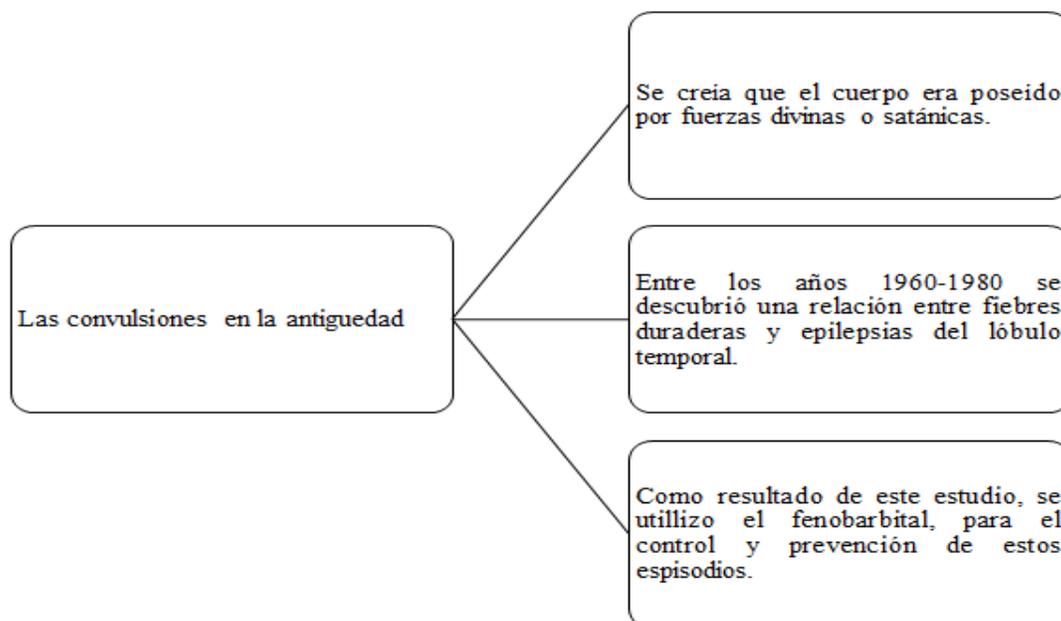
- Conocer el modelo o teorización de enfermería que aplica el personal del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, en la atención al niño con convulsiones con alza térmica.
- Identificar los modos afectados por alza térmica en usuarios pediátricos con convulsiones.
- Implementar el Proceso de Atención Enfermero en base al Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica.
- Capacitar al personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, sobre el cuidado enfermero según el Modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alzas térmicas.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Cuadro N° 3. Antecedentes de las convulsiones



Fuente: (Rivera Aillón, 2015)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo de Adaptación de Callista Roy

2.2.2. Sistema Adaptativo Humano: SAH

(Díaz de Flores, y otros, 2002) Manifiesta que: “Roy describe a las personas como seres holísticos, con artes que funcionan como unidad con algún propósito, no es una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo”.

El ser vivo se adapta gracias a experiencias pasadas, por lo que el enfermero/a tiene que valorar al individuo como un organismo auténtico, en libertad de dignidad y autonomía. (Díaz de Flores, y otros, 2002).

La valoración del ser humano, no solo debe estar orientada al aspecto fisiológico, sino también a lo psicológico y a lo social, para brindar el cuidado de enfermería adecuado y garantizar la recuperación del ser humano. (Diaz de Flores, y otros, 2002).

2.2.3. Ambiente

Cuadro N° 4. Ambiente

Es todo lo que rodea al ser humano, que influye en su desarrollo fisiológico y psicosocial, que interviene en su adaptación .

La enfermera debe establecer una relación con el paciente, que permita crear un ambiente positivo o negativo que influya en la recuperación y crecimiento recíproco.

Fuente: (Diaz de Flores, y otros, 2002)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

2.2.4. Estímulos

De acuerdo a (Diaz de Flores, y otros, 2002) “Roy define los estímulos como: todo aquello que provoca una respuesta”. Y los clasifica en:

Cuadro N ° 5. Estímulos

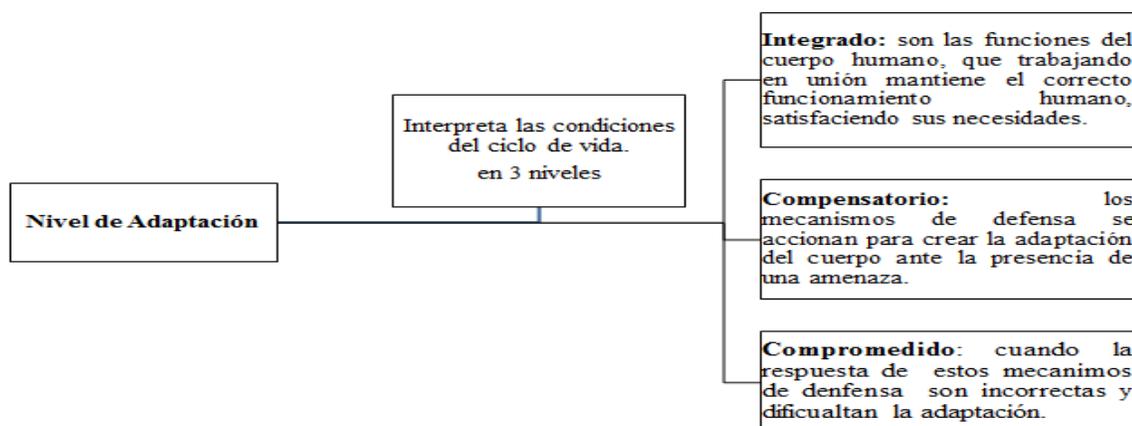
Focal	Contextuales	Residuales	Culturales	Familiares	Etapas de Desarrollo	Integridad	Ambiente
Acontecimiento en el que la persona centra su pensamiento	Son circunstancias que mejoran o empeoran el estímulo focal.	Son estímulos ambientales que intervienen en la adaptación.	Sociales, Económicos, Etnias y creencias.	Labores familiares	De crecimiento desde el nacimiento	Efectividad mental y la adaptación	Relaciones sociales, médicas, económicas y políticas.

Fuente: (Diaz de Flores, y otros, 2002)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

2.2.5. Nivel de Adaptación.

Cuadro N° 6. Nivel de Adaptación.



Fuente: (Diaz de Flores, y otros, 2002)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

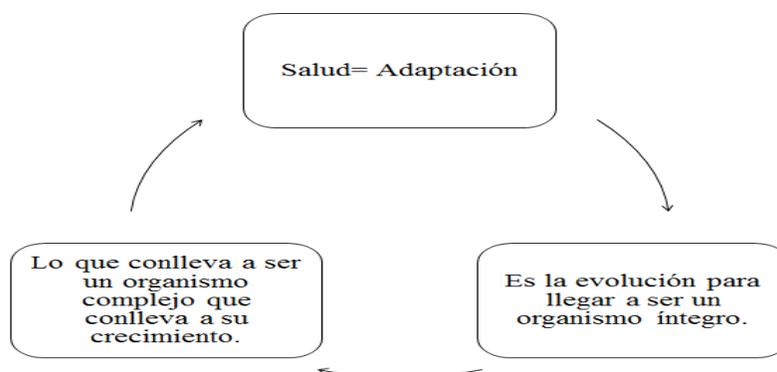
2.2.6. Mecanismos de afrontamiento

Los subsistemas reguladores y cognitivos, son los que llevan a cabo los procesos de adaptación para afrontar los estímulos. (Diaz de Flores, y otros, 2002).

La enfermera, una vez que ha identificado los estímulos, entra en relación con sus habilidades y la condición del ser humano para entender la reacción durante el proceso de adaptación, tanto fisiológico y psicosocial. (Diaz de Flores, y otros, 2002).

2.2.7. Salud.

Cuadro N° 7. Salud.



Fuente: (Diaz de Flores, y otros, 2002)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

2.2.8. Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

Cuadro N° 8. Modelo de Sor Callista Roy.

PROMOVER LAS CONDUCTAS ADAPTATIVAS DE LA PERSONA	<p>El hombre es un ser biopsicosocial y está en constante interacción con el entorno</p> <p>Se adapta de acuerdo a la satisfacción de sus necesidad fisiológica, interdependencia y rol.</p>
MODO FISICO-FISIOLOGICO	<p>Datos generales</p> <p>Antecedentes de la historia clínica materna</p> <p>Valoración vital</p> <p>Valoración de la madurez</p> <p>Valoración antropométrica</p> <p>Examen físico</p> <p>Función neurológica</p> <p>Función oxígeno y sentidos</p> <p>Función de nutrición</p> <p>Función de eliminación de líquidos</p> <p>Función de protección inmunológico</p> <p>Función endocrina y reproductiva</p> <p>Función de actividad y descanso</p>
AUTOCONCEPTO	<p>El yo físico</p> <p>Engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo.</p> <p>El yo espiritual está representado por la constancia los valores o expectativas, la moral, la ética y la espiritual del ser.</p>
DESEMPEÑO DEFUNCIONES <p>Se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad</p>	<p>El rol primario determina la gran mayoría de comportamientos que tiene una persona en un periodo particular de su vida, está determinado por la edad, el género, y la fase de desarrollo.</p>

<p>RELACIONES INTERDEPENDENCIA</p> <p>Se centra en las relaciones cercanas de las personas con su finalidad, estructura y desarrollo.</p>	<p>DE</p> <p>Se refieren al hecho de recibir y ofrecer amor, respeto y los valores durante el transcurso de una relación de interdependencia.</p>
--	--

Fuente: Manual de Enfermería (Almeida de Jara, 2014).

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

2.2.9. Test de Capurro

Cuadro N° 9. Test de Capurro: Estima la edad gestacional de un neonato en cinco criterios. (Aguilar, 2016).

Forma de la oreja	Aplanada, sin incurvación. 0	Borde superior parcialmente incurvado 8	Todo el borde superior incurvado 16	Pabellón totalmente incurvado 24	
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable 0	Palpable <5mm= 5	Palpable entre 5-10 mm= 10	Palpable >10mm= 15	
Formación del pezón	Apenas visible sin areola 0	Diámetro <7.5mm, areola punteada, borde no levantado.10	Diámetro >7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado.15		
Textura de la piel	Muy fina gelatinosa 0	Fina, lisa 5	Más gruesa, discreta, descamación superficial. =10	Gruesas, grietas superficiales, descamación de mano y pies. 15	Gruesa, grietas profundas, apergaminadas. 20
Pliegues plantares	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior. 5	Marcas bien definidas en la ½ anterior, surcos en 1/2 anterior. 10	Surcos en la mitad anterior. 15	Surcos en más de la mitad anterior =20

Fuente: (Aguilar, 2016)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Cuadro N° 10. Clasificación según la edad gestacional.

REFERENCIAS	
Postmaduro:	42 semanas o mas
A termino:	37 a 41 semanas
Prematuro leve:	35 a 36 semanas
Prematuro moderado:	32 a 34 semanas.
Prematuro extremo:	Menor de 32 semanas

Fuente: (Aguilar, 2016)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

2.2.10. Test de Denver

Evalúa el desarrollo psicomotor de los niños comprendidos entre las edades de 1 mes a los 6 años, en cuatro áreas. (Ludueña, 2015).

Cuadro N° 11. Áreas del Test de Denver.

Personal social: relación con los demas y su autocuidado.	Motricidad fina adaptativa: coordinacion para tomar y manipular los objetos.
Lenguaje: habilidades para hablar y escuchar	Motricidad gruesa: la habilidad de niño para manejar y controlar sus extremidades y tronco.

Fuente: (Ludueña, 2015)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

2.2.11. Proceso de Atención de Enfermería.

Elaborado según la taxonomía **NANDA NOC NIC**, es un procedimiento ordenado y estructurado, permitiendo a la enfermera brindar un cuidado integral, humano, eficaz y eficiente, al individuo, familia y comunidad; favorece la planificación de intervenciones que serán de necesidad para satisfacer las necesidades y resolver los problemas de salud. (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

2.2.12. Beneficios del uso del Proceso de Atención de Enfermería.

De acuerdo a (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011):

- La enfermera brinda la atención no solo dirigida a solucionar su enfermedad sino también al cuidado psicosocial.
- La enfermera se enfoca en el individuo y dirige sus cuidados sin perder el sentido de humanidad.
- Establece un plan de cuidados integrando los modos fisiológicos y psicosociales.
- Es flexible y promueve el pensamiento crítico.
- Incluye a la familiar en el cuidado de sus familiares, haciéndoles ver como una parte importante de su recuperación.
- Permite obtener resultados satisfactorios, para la enfermera, para el individuo, la familia y la comunidad.

2.2.13. Proceso de Atención de Enfermería para el usuario.

Los beneficios que menciona (Almeida de Jara, 2014) son:

- Participar con el enfermo y la familia.
- Proporcionar los datos, para aceptar el diagnóstico de enfermería.
- Comprobar los objetivos que se mencionan en el plan de cuidados.
- Crea con el paciente y la familia un ambiente seguro y terapéutico”.

2.2.14. Fases del Proceso de Enfermería.

El proceso de enfermería consta de 5 fases que son secuenciales y relacionadas entre sí que es fundamental para la elaboración del proceso de atención de enfermería según el modelo de adaptación identificando y clasificando los patrones funcionales afectados para mejorar la adaptación y salud del usuario. (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

Las 5 Fases del Proceso de Atención de Enfermería. (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

- ✓ Valoración
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Planeación
- ✓ Ejecución

- ✓ Evaluación

2.2.15. PRIMERA FASE: VALORACIÓN:

“La valoración es la primera fase de la identificación del problema; siendo un proceso continuo, de recolección de datos sobre el estado de salud de la persona, la familia y la comunidad en forma organizada y sistemática, que se obtiene de diversas fuentes: de la persona, de otras personas, de pruebas diagnósticas, de registros médicos, de enfermería, de bibliografía evidencias importantes” (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

2.2.16. Tipos de Valoración.

Según (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011) “existen dos tipos de valoración: la global y la focalizada.

- En la global o también denominada holística se toman los datos básicos o de referencia.
- La focalizada es continua y centrada en puntos concretos, brinda información detallada sobre el estado de un problema de salud específico.

2.2.17. Actividades específicas en la Valoración.

Estimula a buscar la información requerida para comprender los problemas estos son los siguientes:

- **Recolección de datos:** etapa en la que se reúne toda la información sobre la persona, la familia y la comunidad.
- **Validar los datos:** es decir, verificar que la información sea veraz y exacta.
- **Organizar los datos,** para identificar los patrones de salud afectados y determinar la enfermedad. (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

2.2.18. SEGUNDA FASE: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

El diagnóstico de enfermería es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, la familia o comunidad, que describe la situación de salud real o potencial del paciente el cual permite obtener cuidados en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida” (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

Según (Almeida de Jara, 2014) el diagnóstico pueden hacerlo a través de:

- Métodos de información útil.
- Análisis e interpretación de datos.
- Relación de los datos con necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente.
- Elaborar los diagnósticos utilizando los siguientes términos: alteración, deterioro, falta de, disminución, insuficiente, incapacidad para, fallo en, interrupción de, reducción de, molestias, si resolver, dificultad para, en desacuerdo con, sin participar en, no apropiada para, reducción”.

2.2.19. TERCERA FASE: PLANEACIÓN.

En esta fase del Proceso de Atención de Enfermería se contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, fase que se inicia después de la redacción del diagnóstico de enfermería y finaliza con la documentación del plan de cuidados. (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

La Planificación implica las siguientes etapas según (Almeida de Jara, 2014):

- Priorización de problemas.
- Elaborar objetivos junto con el paciente (objetivos cognitivos, afectivos y psicomotrices).
- Estrategias para prevenir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

2.2.20. CUARTA FASE: EJECUCIÓN

En esta fase se pone en acción las estrategias de Enfermería enunciadas en el plan de cuidados, intervenciones específicas dirigidas a ayudar al usuario (a) al logro de los resultados esperados.(Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

Según (Almeida de Jara, 2014):

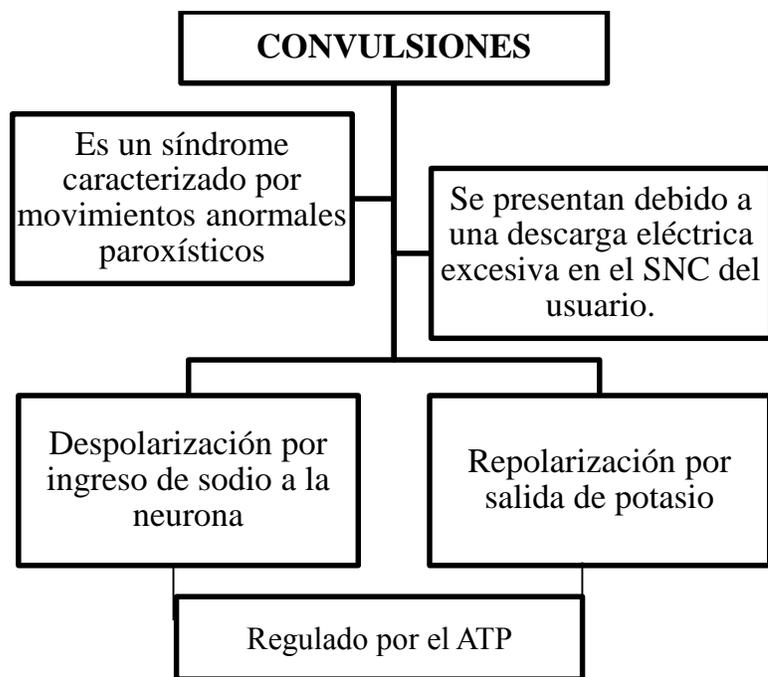
- “Se inicia la ejecución de acciones de enfermería para alcanzar los objetivos.
- El plan de cuidados es una directriz.
- Es ejecutado por la enfermera profesional de la salud o la familia.
- Es el instrumento fundamental para la evaluación de la efectividad de la atención de enfermería”.

2.2.21. QUINTA FASE: EVALUACIÓN

Es la fase final del Proceso de Enfermería es decir cuando el profesional interacciona con el paciente identificando si alcanzado los objetivos propuestos y si las actividades son las indicadas o necesitan ser modificadas. ” (Caro Rios & Guerra Gutierrez, 2011).

2.2.22. CONVULSIONES.

Cuadro N° 12. Convulsiones.



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Fuente: (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012)

Según datos de: (Behrman, Kliegman, & Arvin, 1997).

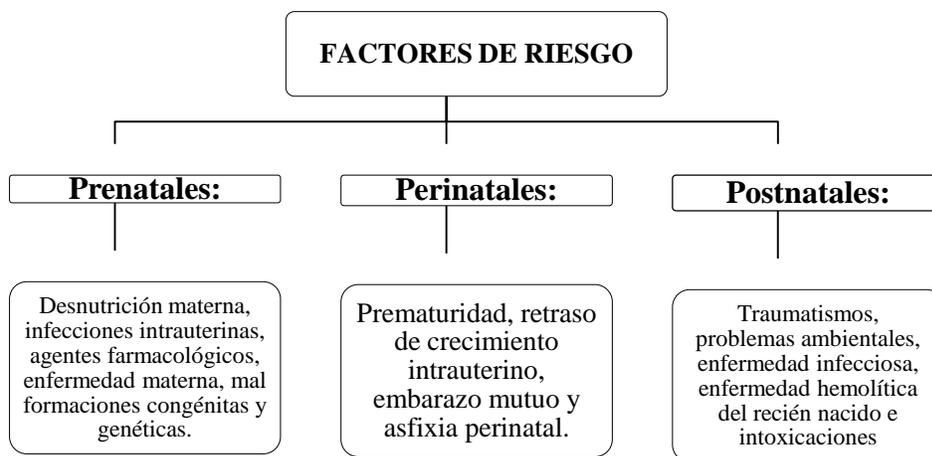
- ❖ Las convulsiones febriles rara vez desembocan en epilepsia, cuando estas no presentan un tratamiento específico.
- ❖ Se debe explorar minuciosamente y estudiar adecuadamente a todos los niños para averiguar la causa de la fiebre asociada.
- ❖ Hay frecuentes antecedentes familiares de crisis febriles en padre y hermanos, lo que sugiere una predisposición genética.

“La convulsión coincide con una rápida subida de la temperatura. La convulsión es típicamente generalizada, tónico – clónica de varios segundos a 10 minutos de duración, seguido de un breve periodo proscritico de somnolencia. Las convulsiones febriles que duran más de 15 minutos sugieren una causa orgánica, como un proceso infeccioso o toxico, y exigen una investigación a fondo, para descartar una meningitis. Las causas más

frecuentes de convulsiones febriles son las infecciones virales de las vías respiratorias superiores, el exantema súbito y la otitis media aguda” (Behrman, Kliegman, & Arvin, 1997).

2.2.23. Factores de Riesgo

Cuadro N° 13. Factores de Riesgo



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Fuente: (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012)

2.2.24. Etiología

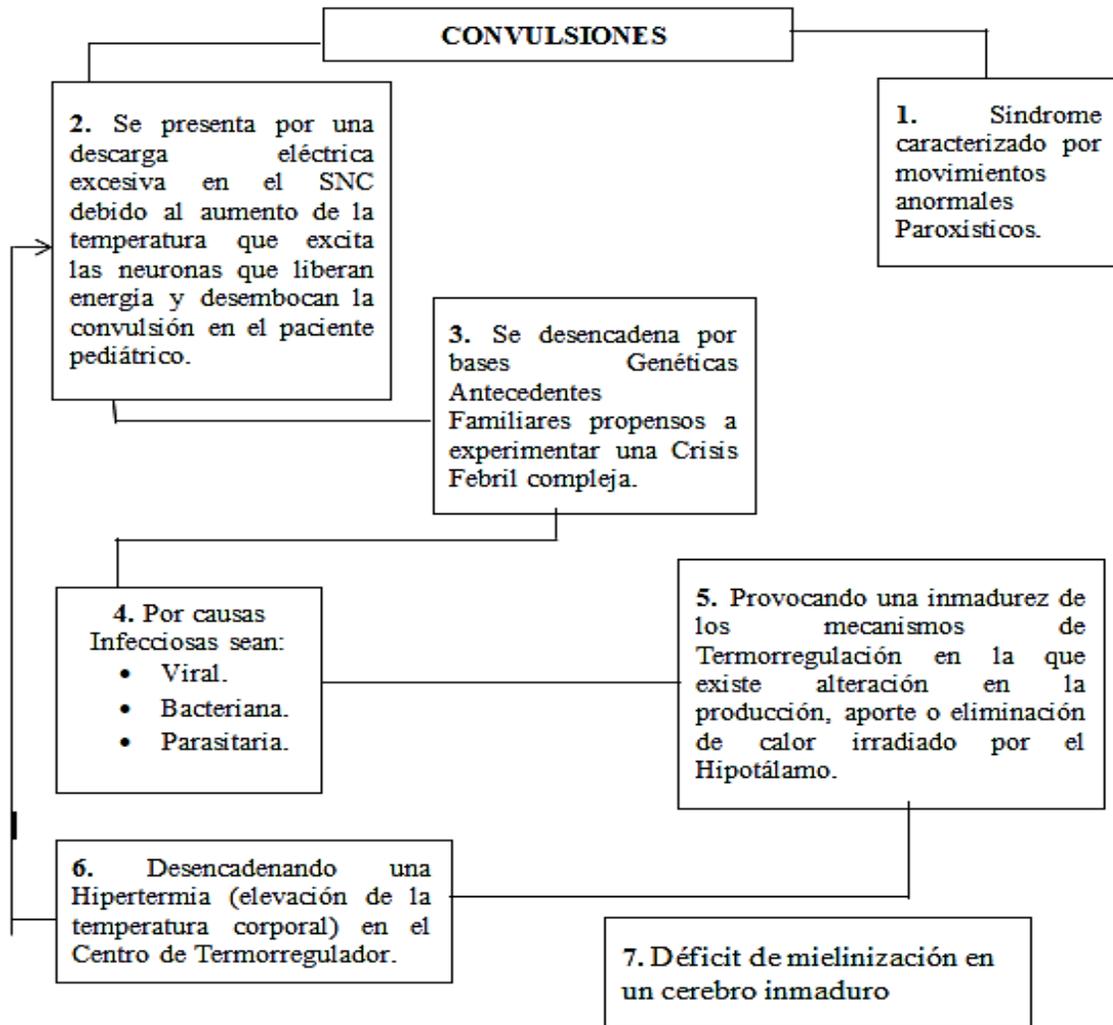
Las causas más frecuentes de convulsiones en la infancia según (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012) son:

- Febriles.
- Desordenes metabólicos.
- Infecciones (p.ej.: meningitis).
- Postraumáticos (p.ej.: traumatismo craneo encefálico)
- Toxinas (p. ej.: hiperbilirrubinemia, drogadicción).

De acuerdo a la edad las causas se pueden agrupar en:

- **Recién nacidos y lactantes pequeños:** hemorragias, infecciones, mal formaciones congénitas, trastornos metabólicos, toxico manía materna, etc.
- **Lactantes mayores y niños pequeños:** hipertermia, infecciones e intoxicaciones.
- **Niños mayores:** epilepsia, traumatismo craneo encefálico y drogas” (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012).

2.2.25. Cuadro N° 14. Fisiopatología:



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

Fuente: (Behrman, Kliegman, & Arvin, 1997).

2.2.26. Epidemiología.

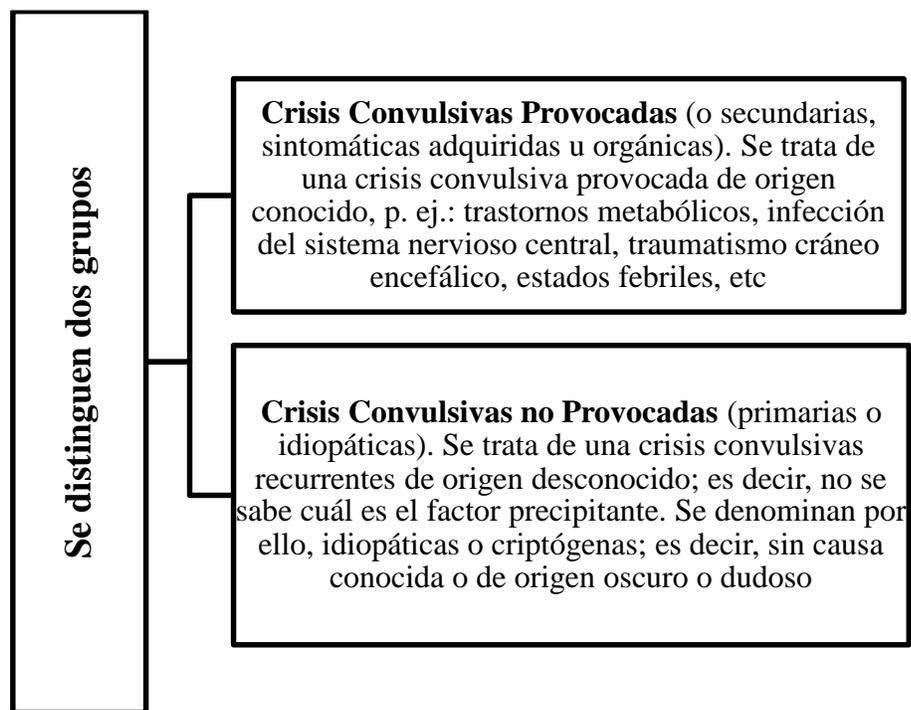
Las investigaciones realizadas por (Dusembery & White, 2010), manifiesta lo siguiente:

- “La edad más habitual para convulsiones febriles es de 6 meses a 6 años, son pocas habituales después de los 6 años de edad.
- En general, el riesgo en la infancia es del 2-5%; si un progenitor o hermano ha padecido convulsiones febriles, el riesgo es del 10-20%.

- Las convulsiones pueden ocurrir precozmente en la enfermedad mientras asciende la temperatura, o incluso antes que se reconozca a existencia de fiebre o enfermedad.
- El riesgo de recurrencia de las convulsiones febriles es del 25-35%. Factores de riesgo para la recurrencia:
 - Primera convulsión febril antes del año de edad.
 - Segunda convulsión febril después de las febrículas.
 - Historia familiar de convulsiones febriles.
 - Asistencia a guarderías.
 - Epilepsias en familiares de primer grado, convulsiones febriles complejas o anomalías del neurodesarrollo”.

2.2.27. Tipos y Clasificación Convulsiones

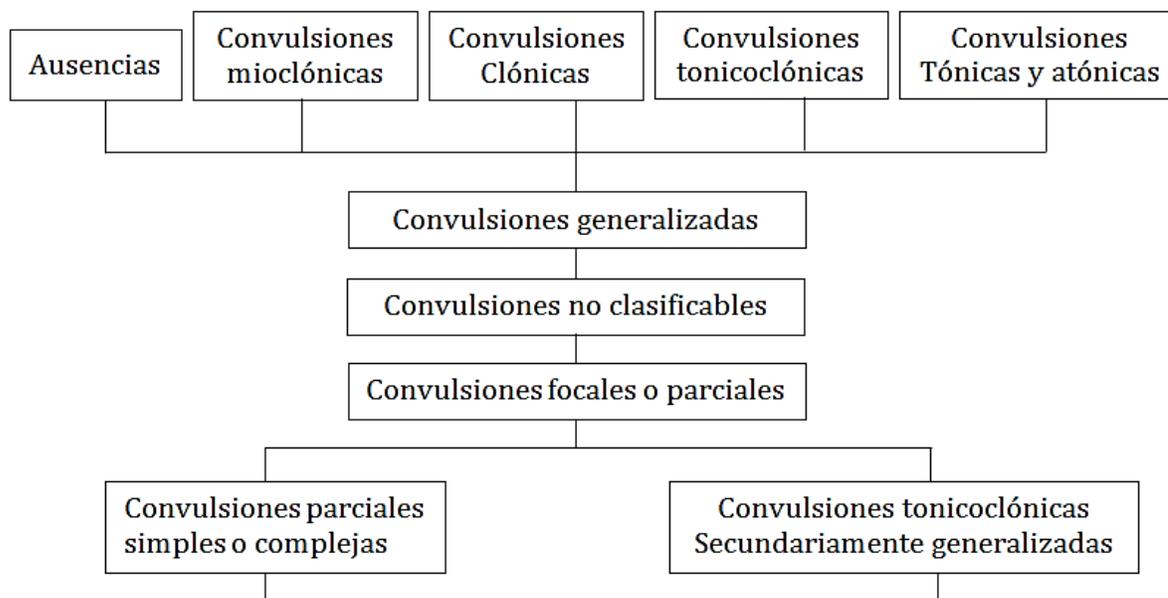
Cuadro N° 15. Tipos y Clasificación Convulsiones



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Fuente: (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012)

Cuadro N° 16. Tipos de convulsiones en pediatría descritos en la clasificación internacional.



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Fuente: (Paris Mancilla, Sanchez D., Beltramino, & Cocto Garcia, 2013).

2.2.28. Convulsión Febril

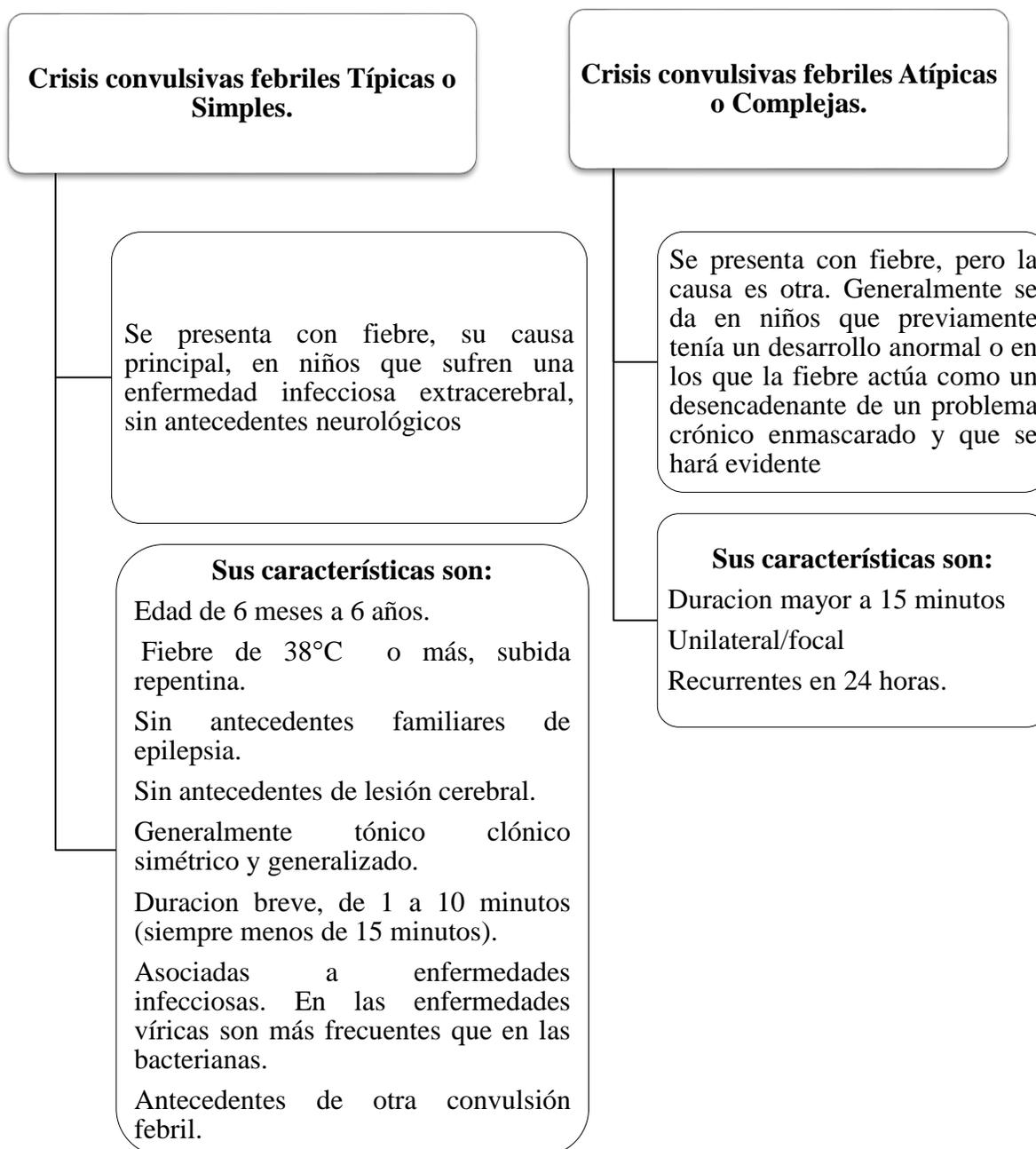
“Cuando las convulsiones febriles ocurren con mucha frecuencia, habrá que tener en cuenta que riesgo es mayor, si la recurrencia de las crisis o los efectos adversos de la medicación indicada para prevenirlas los factores que se analizaran son: antecedentes de crisis anteriores riesgo, prevención de un trastorno neurológico de base y el nivel de comprensión y ansiedad de la familia” (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012).

“Un 93% evoluciona hacia la epilepsia. Los factores de riesgo para desarrollarlas son: antecedentes familiares, primera crisis febril antes de los 9 meses de edad, retraso en el desarrollo y una exploración neurológica anormal” (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012).

Se clasifican en convulsiones febriles simples, que son breves y generalizadas aproximadamente el 80% de ellas en atípicas o complejas, que son prolongadas y focales o lateralizadas, aproximadamente el 20%. Es importante distinguir los dos grupos” (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012).

2.2.29. Clasificación convulsión Febril

Cuadro N° 17. Clasificación convulsión Febril



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Fuente: (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012).

Cuadro N° 18. Convulsiones febriles en la infancia.

	Benignas o Típicas	Complicadas o atípicas
Edad	6 meses – 6 años	Cualquier edad
Tipo de convulsión	Tónico-clónica, tónica, clónica o atónica generalizada.	Ídem o focal
Duración	Breve o < de 10 segundos	Prolongada
Frecuencia	Única en el día	Repetidas en el día
Secuela	Ausente	Ausente o signos transitorios o permanentes focales.
Cuadro infeccioso	Claro	Claro o dudoso
Maduración neuropsíquica	Normal	Normal o anormal
Antecedentes de lesión neurológica previa	No	Si/No
Antecedentes familiares	Convulsiones febriles o negativas	Epilepsia
EEG	Normal	Normal/anormal

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Fuente: (Paris Mancilla, Sanchez D., Beltramino, & Cocto Garcia, 2013)

2.2.30. Los fármacos anticomiciales más usados y sus efectos adversos (EA) son:

2.2.30.1. Cuadro N° 19. Diazepam

DIAZEPAM			
MECANISMO DE ACCIÓN: Actúa facilitando la unión entre el GABA (neurotransmisor más importante) y el receptor, facilitando su actividad, actúa sobre el hipotálamo, tálamo y sistema límbico.			
VÍA DE ADMINISTRACIÓN: I.V			
FUNCIONES AFECTADAS	VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Actividad y descanso 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación muscular 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del patrón actividad y descanso R/C dosis del medicamento M/P relajación muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar al familiar que durante y después la administración del medicamento el usuario podrá sentir somnolencia o sensación de cansancio. • Administrar dosis menores. • Mantener en observación de 2 a 3 horas después de la administración.
<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenación 	<ul style="list-style-type: none"> • Bradipnea 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en el patrón de oxigenación R/C administración rápida del medicamento M/P bradipnea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar el medicamento bien diluido y de forma lenta. • Control de signos

<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Incontinencia o retención urinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro en la eliminación renal R/C administración del medicamento M/P disuria, incontinencia o retención urinaria. 	<p>vitales, especialmente la respiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar ingesta y eliminación.
<ul style="list-style-type: none"> • Circulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del patrón circulatorio R/C administración del medicamento M/P hipotensión y taquicardia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales especialmente PA y FC.
<ul style="list-style-type: none"> • Protección-inmunológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Flebitis • Irritación local 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la integridad cutánea R/C administración rápida del medicamento M/P flebitis, irritación local. 	<ul style="list-style-type: none"> • No administrar el medicamento por vías venosas pequeñas. • Administración lenta de la medicación.

Fuente: (Mosquera Gonzales & Galdos Anuncibay, 2005), (Rodríguez Carranza, 2009) y (Velasquez Gabiria, 2013-2014).

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

2.2.30.2. Cuadro N° 20. Fenobarbital

FENOBARBITAL			
MECANISMO DE ACCIÓN: Actúa como estabilizante de la membrana neuronal por afinidad físico-química por los lípidos de la membrana.			
VÍA DE ADMINISTRACIÓN: I.V			
FUNCIONES AFECTADAS	VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Actividad y descanso 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Alteración de los ciclos del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del patrón actividad y descanso R/C dosis del medicamento M/P relajación y alteración de los ciclos del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • aconsejar al familiar que durante y después la administración del medicamento el usuario podrá sentir somnolencia o sensación de cansancio. • Administrar dosis menores. • Mantener medidas de confort. • Evitar la manipulación del ambiente y del niño. • Mantener en observación de 2 a 3 horas después de la administración. • Administrar el

<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenación 	<ul style="list-style-type: none"> • Bradipnea • Ataxia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en el patrón de oxigenación R/C administración rápida del medicamento M/P bradipnea y ataxia. 	<p>medicamento bien diluido y de forma lenta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales, especialmente la respiración. • Controlar signos vitales especialmente PA y FC.
<ul style="list-style-type: none"> • Circulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del patrón circulatorio R/C administración del medicamento M/P hipotensión y taquicardia. 	<ul style="list-style-type: none"> • No administrar el medicamento por vías venosas pequeñas.
<ul style="list-style-type: none"> • Protección- inmunológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Flebitis • Irritación local 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la integridad cutánea R/C administración rápida del medicamento M/P flebitis, irritación local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración lenta de la medicación.

Fuente: (Velasquez Gabiria, 2013-2014)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

2.2.31. Tradiciones culturales

Desde tiempos remotos se han considerado a las convulsiones como una afectación física que debe ser tratada y cuidada, con medicina oriental. (Valera, 2017)

2.2.32. Remedios caseros o tratamientos naturales que adoptan las madres al presenciar una convulsión:

De acuerdo a (Valera, 2017) se aplicaban:

- Baños fríos de agua
- Malvavisco y toronjil
- Jazmín amarillo
- Tilo

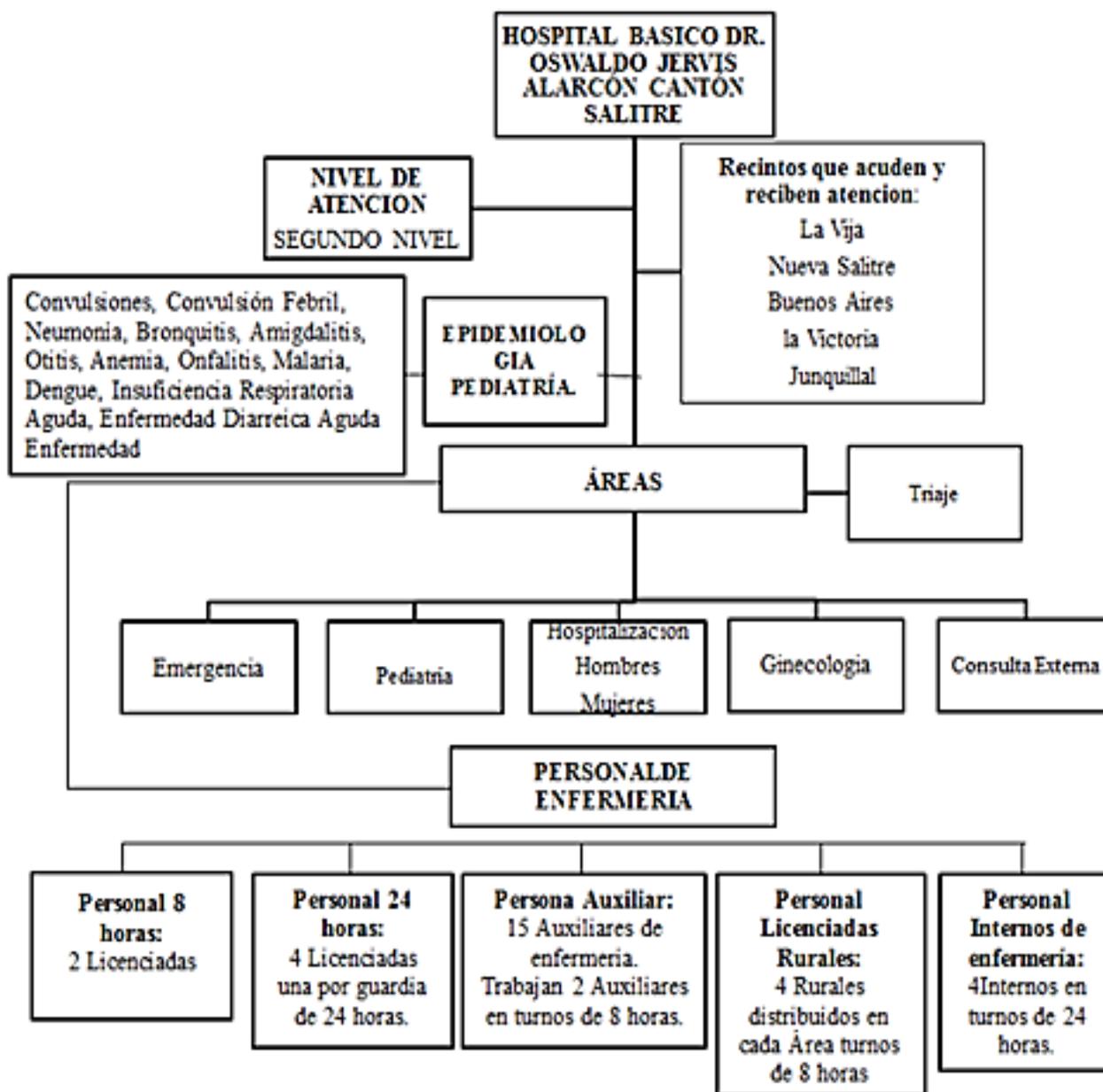
2.2.33. Valoración de los antecedentes neonatales.

Las convulsiones febriles pueden ser originadas durante las primeras 24 horas de nacido o como producto de una infección viral o bacteriana que eleva la temperatura a as de 38° C. (MedlinePlus, 2017). Entre las cuales se destacan las siguientes:

- Neumonía
- Bronquiolitis
- Dengue
- Insuficiencia respiratoria
- Enfermedad diarreica aguda
- Otitis media aguda

2.2.34. Flujograma del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Salitre.

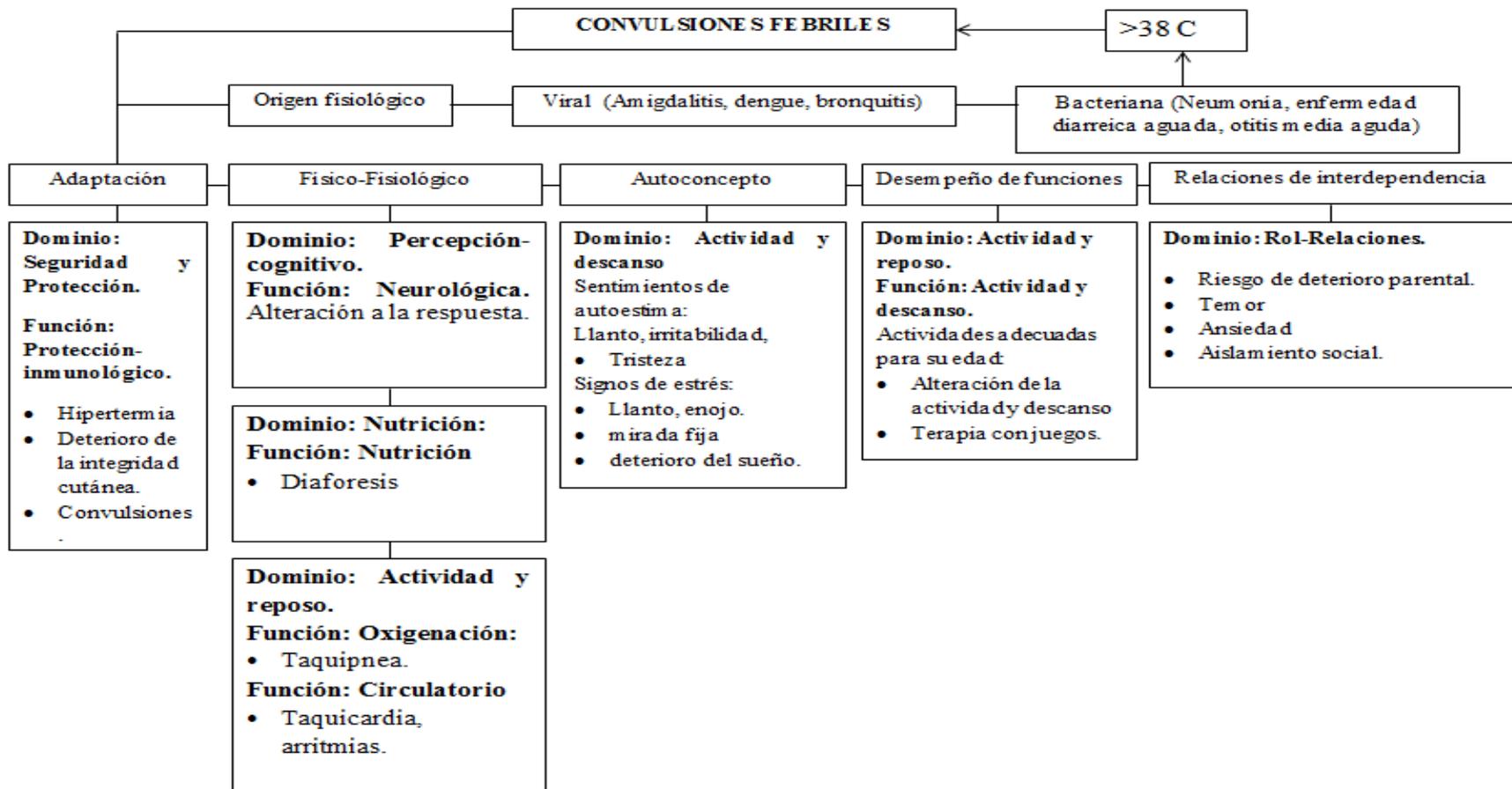
Cuadro N° 21. Flujograma del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Salitre.



Fuente: Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón

2.2.35. Generación de problemas y sub-problemas.

Cuadro N° 22. Generación de problemas y sub-problemas.



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

2.2.36. Modos, dominios, funciones y diagnósticos de enfermería.

Cuadro N° 23. Modos, dominios, funciones y diagnósticos de enfermería.

MODOS	DOMINIO	FUNCIONES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
Adaptación	Seguridad y protección	Protección – inmunológico	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertermia R/C enfermedad M/P convulsiones, taquicardia y taquipnea. • Deterioro de la integridad cutánea R/C materias extrañas que perforan la piel M/P eritema, flebitis. • Alteración del sistema nervioso R/C proceso infeccioso (bacteriana) M/P hipertermia y convulsiones.
Físico fisiológico	- Percepción – cognición Nutrición Actividad y reposo Actividad y reposo	Neurológica Nutrición Oxigenación Circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de confusión aguda R/C infección. • Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C aumento de la temperatura corporal. • Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico M/P taquipnea. • Riesgo de disminución del gasto cardiaco R/C alteración del ritmo cardiaco.
Autoconcepto	Actividad y reposo	Actividad y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación del sueño R/C crisis convulsiva M/P irritabilidad y mirada fija.
Desempeño de funciones	Actividad y reposo	Actividad y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del patrón actividad y descanso R/C inadecuada adaptación M/P llanto e irritabilidad.
Relaciones de interdependencia	Rol-relaciones		<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de deterioro parental R/C conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

		<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de las convulsiones. 	<p>toxicidad de la medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar si se produce efectos adversos derivados de los fármacos. ○ Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. ○ Mantener la vía aérea. ○ Girar los movimientos para evitar lesiones. ○ Vigilar la dirección de la cabeza y de los ojos durante la crisis. ○ Canalizar una vía intravenosa según corresponda. ○ Comprobar el estado neurológico. ○ Vigilar signos vitales. ○ Registrar la duracion dela crisis. ○ Registrar las características de las crisis: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis comicial. ○ Administrar medicación según el caso.
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de frío.	<ul style="list-style-type: none">○ Explicar la utilización del frío, la razón del tratamiento y la manera que afectara los síntomas del paciente.○ Detectar si hay contraindicación al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación.○ Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación.○ Envolver el dispositivo de frío con un paño de protección, si corresponde.○ Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.○ Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación frío.
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Regulación de la temperatura • Enseñanza proceso 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar la correcta identificación del paciente. ○ Seleccionar la vena teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fistulas o derivaciones arteriovenosas. ○ Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuada. ○ Limpiar la zona con una solución adecuada. ○ Etiquetar la muestra de acuerdo con el protocolo del centro. ○ Mantener una técnica aséptica estricta. ○ Monitorización de la temperatura. ○ Proporcionar información al familiar acerca de la enfermedad del usuario según
--	--	---	---

		<p>enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección contra infecciones 	<p>corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dar seguridad sobre el estado del usuario según corresponda. ○ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones o controlar el proceso de enfermedad. ○ Enseñar al familiar medidas para controlar/minimizar los síntomas, según corresponda. ○ Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. ○ Limitar el número de visitas según corresponda. ○ Evitar el contacto entre los huéspedes inmunodeprimidos. ○ Enseñar a la familia a evitar infecciones.
--	--	--	--

<p>Humedad.</p> <p>Materias extrañas que perforan la piel.</p> <p>Eritema</p> <p>Flebitis</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C materias extrañas que perforan la piel M/P eritema, flebitis.</p> <p>COD: 00046</p> <p>Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos. • Cambiar los dispositivos invasivos. • Administración de medicación tópica. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar el lavado de manos antes, durante y después del contacto y entorno del paciente. ○ Realizar el lavado de manos después de entrar en contacto con fluidos corporales del paciente. ○ Cambiar los dispositivos cada 72 horas o según sea necesario ○ Realizar las curaciones diarias en la zona de inserción. ○ Aplicación de férula en niños. ○ Seguir las 5 reglas de la administración correcta de medicación. ○ Tomar notas de los antecedentes médicos y de alergias del paciente. ○ Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicara la medicación. ○ Retirar los restos de la medicación y limpiar la piel.
---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Control de infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Extender la medicación uniformemente sobre la piel según sea conveniente. ○ Alternar los sitios de aplicación de las medicaciones sistémicas tópicas. ○ Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación. ○ Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro. ○ Limitar el número de visitas, según corresponda. ○ Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. ○ Usar guantes según exigen las normas de precaución universal. ○ Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. ○ Suministrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
--	--	---	--

			evisceración. ○ Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.
--	--	--	---

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

Cuadro N° 250. Modo: físico-fisiológico. “Dominio: percepción-cognición: Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación (Dominio 5 - Clase 4 - Cognición)” (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017).

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>Infección.</p> <p>Agentes farmacológicos.</p>	<p>Riesgo de confusión aguda R/C infección.</p> <p>COD: 00173</p> <p>Definición: Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. ○ Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencias urinarias). ○ Iniciar/ llevar acabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. ○ Fomentar el aumento de sueño si fuera necesario.

		<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. ○ Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables. ○ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. ○ Disponer de una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad. ○ Disponer barandillas y pasamanos visibles. ○ Mantener las barandillas de las cunas en posici3n elevada cuando el cuidador no est3 presente, seg3n corresponda.
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización neurológica. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. ○ Vigilar el nivel de conciencia. ○ Comprobar el nivel de orientación. ○ Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow. ○ Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones. ○ Observar si hay temblor. ○ Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos. ○ Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueo. ○ Aumentar la frecuencia de monitorización neurológica según corresponda.
--	--	---	--

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

		<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de los trastornos 	<p>corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar un registro preciso de entradas y salidas. ○ Monitorizar signos vitales según corresponda. ○ Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos. ○ Administrar terapia intravenosa según, prescripción. ○ Monitorizar el estado nutricional. ○ Administrar líquidos según corresponda. ○ Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas según corresponda. ○ Animar al ser querido a que ayude al paciente con las comidas, según corresponda. <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer la cantidad de ganancia de peso diario que se desee.
--	--	--	--

		<p>de la alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente (y allegados según corresponda). ○ Pesar diariamente control la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda. ○ Vigilar la ingesta diaria y alimento calórico. ○ Apoyar la ganancia de peso y las conductas que promueven la ganancia de peso. ○ Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. ○ Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.
--	--	---	--

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

Cuadro N° 27. Modo: físico-fisiológico, autoconcepto y desempeño de funciones. “Dominio: actividad y reposo: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía (Dominio 4 – Clase 4 – respuestas cardiovasculares/pulmonares)” (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017).

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD
<p>Deterioro neurológico (convulsiones).</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Fatiga.</p> <p>Hiperventilación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico M/P ansiedad y fatiga. <p>COD: 00032</p> <p>Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales especialmente la saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria. • Valorar la coloración de la piel. • Aspiración de las vías aéreas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorización de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. ○ Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de taquipnea y bradipnea. ○ Valorar características de la piel color. ○ Realizar lavado de manos. ○ Usar precauciones universales. ○ Usar equipo de protección personal (guantes y mascarilla). ○ Determinar la necesidad de

		<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad. 	<p>aspiración oral y/o traqueal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ○ Informar al paciente sobre la aspiración. ○ Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (saturación de oxígeno), estado neurológico. ○ Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. ○ Explicar todos los procedimientos incluida las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. ○ Tratar de entender la perspectiva
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia. 	<p>del paciente sobre una situación estresante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Animar a la familia a permanecer con el paciente. ○ Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. ○ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. ○ Vigilar el flujo de litros de oxígeno. ○ Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. ○ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia según corresponda. ○ Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo. ○ Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.
--	--	---	---

<p>Alteración de la frecuencia cardiaca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de disminución del gasto cardiaco R/C alteración del ritmo cardiaco. <p>COD: 00200</p> <p>Definición: Riesgo de disminución de la circulación cardiaca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales PA y frecuencia cardiaca. • Manejo de la arritmia. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorización de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. ○ Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de taquicardia, bradicardia, hipertensión e hipotensión. ○ Determinar los antecedentes personales y familiares respecto de enfermedades cardiacas y arritmias. ○ Observar y corregirlos déficits de oxígeno, desequilibrios acidobásicos y desequilibrios de electrolitos que puedan precipitar las arritmias. ○ Observar la frecuencia y duracion de las arritmias. ○ Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencia para
--	--	---	--

<p>Llanto. Irritabilidad. Ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la actividad y descanso R/C inadecuada adaptación M/P llanto e irritabilidad. <p>COD: 00004</p> <p>Definición: se ve alterado por el ingreso en un hospital que en general no va a proporcionar el descanso necesario y constituye una alteración que repercute en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir que el usuario permanezca con la madre • Colocar al niño en un ambiente neutro. 	<p>la arritmia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Canalizar y mantener una vía intravenosa, según corresponda. ○ Enseñar al paciente y a la familia los riesgos asociados a la arritmia. ○ Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. ○ Incluir a la familia en el cuidado del niño. ○ Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o el control de la enfermedad cuando corresponde. ○ Crear un ambiente seguro para el paciente. ○ Eliminar los factores de peligro
---	--	---	--

	la tranquilidad del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia con juegos. 	<p>para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. ○ Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos. ○ Disminuir los estímulos ambientales según corresponda. ○ Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. ○ Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. ○ Proporcionar un equipo de juego seguro. ○ Comunicar el objetivo de la sección de juegos al niño y a los progenitores. ○ Proporcionar un equipo de juegos
--	------------------------------	---	--

<p>Irritabilidad.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Mirada fija.</p> <p>Llanto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación del sueño R/C crisis convulsiva M/P irritabilidad y mirada fija. <p>COD: 00096</p> <p>Definición: Periodos de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación (diazepam o fenobarbital) 	<p>adecuado al nivel de desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Animar al niño a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. ○ Continuar con las secciones de juegos regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo al equipo o los tratamientos no familiares, según corresponda. ○ Registrar las observaciones realizadas durante la sección de juegos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Administración del medicamento según prescripción médica. ○ No administrar por vías venosas pequeñas. ○ Administrar dosis menores. ○ Administrar el medicamento bien diluido y de forma lenta. ○ Valorar signos de flebitis
---	--	--	--

	<p>tiempo prolongados sin la suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir que el usuario permanezca con la madre. • Evitar la manipulación con el niño. • Terapia de ejercicios (ambulación). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener al usuario en observación después de la administración. ○ Vigilarla presencia de efectos adversos. ○ Valorar el estado mental: Escala de Glasgow (puede ir desde letargo hasta coma). ○ Incluir a la familia en el cuidado del niño. ○ Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o el control de la enfermedad cuando corresponde. ○ Evitar el exceso de visitas. ○ Incluir al cuidado del paciente a la madre. ○ Vestir al paciente con prendas
--	--	--	--

			<p>cómodas.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.○ Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.○ Ayudar al paciente con a deambulaci3n inicial, si es necesario.
--	--	--	--

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Fernanda Alb3n y Paola Luna

			<p>según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar cuidados al paciente en lugar de la familia para aliviar su carga y también cuando esta no pueda ocuparse de los cuidados. ○ Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda. ○ Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. ○ Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. ○ Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. ○ Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados en la familia.
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación de la integridad familiar. 	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad). ○ Escuchar a los miembros de la familia. ○ Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. ○ Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. ○ Ayudar a la familia a la resolución de conflictos. ○ Respetar la intimidad de los miembros individuales de la
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apego. 	<p>familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar intimidad a la familia. ○ Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. ○ Informar a los progenitores de los cuidados proporcionados al paciente. ○ Instruir a los progenitores sobre la alimentación como actividad de crianza, pues proporciona la oportunidad de un contacto ocular prolongado y de cercanía física
--	--	--	---

Fuente: (Herdman & Kamitsuru, 2015 - 2017)

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

2.3. Terminología

Ansiedad: “Estado en el que el individuo tiene una sensación vaga de malestar o amenaza acompañada de una respuesta de tipo vegetativo, existe un sentimiento de aprehensión causada por la anticipación de un peligro. Se trata de una señal que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza, el origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para el individuo” (de Gispert, 2009).

Aura: “Sensación de luminosidad o calor que puede preceder a una crisis de migraña o a un ataque epiléptico” (de Gispert, 2009).

Cefalea: “Dolor de cabeza debido a múltiples causas” (de Gispert, 2009).

Convulsión: “Contracción brusca, violenta e involuntaria de un grupo muscular que puede aparecer bien como un episodio paroxístico de un trastorno convulsivo crónico o bien de forma transitoria, como suele ocurrir tras una contusión cerebral” (de Gispert, 2009).

Crisis: “Momento en el curso de una enfermedad en el que se produce un cambio en la misma, bien hacia la mejoría o hacia el empeoramiento y que suele manifestarse por una notable variación en la intensidad de los signos y los síntomas” (de Gispert, 2009).

Crisis de ansiedad: “Reaccion aguda, psicobiológica que se manifiesta por angustia, intensidad y pánico. Los síntomas varían según la intensidad del ataque, pero típicamente consiste en palpitaciones, disnea, vértigo, desaliento, sudoración profunda, palidez de la cara y las extremidades, molestias gastrointestinales y una vaga sensación de muerte inminente. Los ataques suelen ocurrir bruscamente durante desde unos segundos hasta una hora o más” (de Gispert, 2009).

Cuidados básicos: “Cuidados que requiere cualquier persona sana o enferma sea cual fuera el diagnóstico del médico y el tratamiento que prescriba. El derivar los cuidados básicos de las necesidades humanas básicas puede servir de orientación a la enfermera, tanto en el fomento de la salud como en la prestación de servicios de atención a enfermos o incapacitados. Los cuidados básicos prodigados por el enfermero/a son aplicables a cualquier medio: el hogar, el hospital, la escuela, etc” (de Gispert, 2009).

Diagnóstico: “Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos” (de Gispert, 2009).

Diagnóstico de enfermería: “Planteamiento de un problema real o potencial para el estado de salud de una persona, que un profesional de enfermería está cualificado y autorizado para tratar” (de Gispert, 2009).

Diazepam: “Agente sedante y tranquilizante” (de Gispert, 2009).

Escala de evaluación de Glasgow: “Sistema práctico, rápido y estandarizado para valorar el grado de afectación de la conciencia de los pacientes con situación crítica y para predecir la situación y evolución final del coma, sobre todo en traumatismos craneoencefálicos, incluye tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora que se valoran independientemente de acuerdo a una puntuación que indica el nivel de conciencia y el grado de disfunción” (de Gispert, 2009).

Evaluación: “Valoración del estado y función de los sistemas y detección de las anomalías del mismo” (de Gispert, 2009).

Fatiga: “Estado de agotamiento pérdida de fuerza que puede observarse por ejemplo, tras la realización de una actividad física muy intensa. Pérdida de capacidad de los tejidos para responder a los estímulos que normalmente provocan contracciones musculares u otras actividades. Las células musculares generalmente requieren un periodo de recuperación tras la actividad llamado periodo refractario, durante el cual restablecen sus niveles de energía y excretan sus productos metabólicos de desecho. Estado emocional asociado con una exposición extrema o prolongada a presiones psíquicas” (de Gispert, 2009).

Hipertermia: “Elevación de la temperatura corporal con fines terapéuticos o iatrogénicamente” (de Gispert, 2009).

Letargo: “Estado en el que el individuo se encuentra indiferente, apático o perezoso. Estupor o coma producido por enfermedad o hipnosis” (de Gispert, 2009).

Nausea: “Sensación previa al vomito” (de Gispert, 2009).

Valoración: “Evaluación y apreciamiento de una circunstancia. Procedimiento a través del cual se realiza una evaluación. Es un historial médico orientado por problemas. Evaluación de la enfermedad o de una circunstancia determinada por parte del explorador, basada en el relato subjetivo de los síntomas de la evolución de la enfermedad, el paciente, junto con los

hallazgos objetivos detectados por el explorador, incluidos los datos de pruebas de laboratorio, exploración física y de la historia clínica” (de Gispert, 2009).

Fenobarbital: “Barbitúrico, anticonvulsivo y sedante hipnótico” (de Gispert, 2009).

Ataxia: “Trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar movimientos” (de Gispert, 2009).

2.4. Sistema de Variables

2.4.1. Variable Independiente

Usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica.

2.4.2. Variable Dependiente

Proceso de Atención de Enfermería según el Modelo de Adaptación, Sor Callista Roy.

2.4.3. Operacionalización de Variables.

Cuadro N° 29. Variable Independiente: Usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica.

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Los usuarios pediátricos con convulsión febril presentan un episodio ocasionado por la fiebre mayor a 39° C, la cual no es controlada a tiempo, puede ser por una infección respiratoria, digestiva, u otitis media, u otra causa neurológica definida, se presenta entre los 3 meses y los 6 años de edad.	DEMOGRAFÍA PEDIÁTRICA.	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Guía de Observación Ficha de observación
		Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 3m – 5m • 6m- 7m • 8m – 9 m • 10m – 11m • 1^a – 3^a • 4^a – 5^a • 6^a 	
		Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Blanco • Montubio • Indígena • Afroecuatoriano 	

		Zona de Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	
	DEMOGRAFÍA MATERNA.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • <18 Años • 19 -23 • 24 -28 • >29 Años 	
		Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Blanco • Montubio • Indígena • Afro ecuatoriano. 	
		Zona de Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	
		Tradiciones Culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina occidental • Medicina Ancestrales • Medicina Herbarias 	

		Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Unión Libre
		Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior
	ANTECEDENTES NEONATALES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES POR ALZA TÉRMICA.	Tipo de Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • Cesárea
		Numero de hijo	<ul style="list-style-type: none"> • 1er Hijo • 2do Hijo • 3 er Hijo • 4 to Hijo • 5to Hijo

	ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS	Morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía • Bronquiolitis • Malaria • Dengue • Insuficiencia Respiratoria Aguda • Enfermedad Diarreica Aguda • Otitis Media Aguda 	
	ANTECEDENTES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones Febriles • Convulsiones Febriles negativas • Causa Neurológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • SI NO • SI NO • SI NO 	
	VALORES ESTÁNDAR DE TEMPERATURA	Valor Normal Febrícula Hipertermia	<ul style="list-style-type: none"> • 36.5 °C- 37.4°C • 37.5C - 38°C • 38°C – 40°C 	

	TIPOS DE CONVULSIONES FEBRILES	Atípicas o complejas (Duración superior a los 15 minutos. 2 o más episodios dentro de las primeras 24 horas).	• SI	NO
		Típicas o simples (Duración inferior a los 15 minutos. Un solo episodio durante un periodo de 24 horas).	• SI	NO
		Status Febril (Larga duración 30 minutos o más)	• SI	NO
	TRATAMIENTO ANTICONVULSIVO	Fenobarbital	• SI	NO
		Diazepam	• SI	NO

	FRECUENCIA EPISODIOS CONVULSIVOS DURANTE LAS 24 PRIMERAS HORAS.	Única. Dos veces. Tres veces. Cuatro veces. Cinco veces o más.	• SI NO • SI NO • SI NO • SI NO • SI NO
	DURACIÓN DE LAS CONVULSIONES	< 15 minutos >15 minutos < 30 minutos	• SI NO • SI NO • SI NO
	CUADRO INFECCIOSO	Viral Bacteriana	• SI NO • SI NO
	SECUELAS	Ausente Ausente o signos transitorios.	• SI NO • SI NO

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

Cuadro N° 30. Variable dependiente

Proceso de atención de enfermería según el modelo de adaptación de Sor Callista Roy.

DEFINICIÓN	ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
<p>El proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy orienta el conocimiento enfermero según cinco modos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación. • Físico-fisiológico. • Auto-concepto • Desempeño de funciones • Relaciones de 	<p>Valoración</p>	<p>SISTEMA ADAPTATIVO HUMANO</p>	<p>Ambiente</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El niño se adapta <p>Estímulos</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde al manejo médico, tratamiento farmacológico. • Responde al acompañamiento familiar o social. 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	<p>Observación y aplicación de encuesta personal de enfermería.</p>

interdependencia.			<p>Nivel de Adaptación</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de adaptación integrado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene crecimiento y desarrollo adecuado para su edad. ○ Peso ○ Talla <p>Salud</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacidad de adaptarse del niño 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
-------------------	--	--	--	---	--

		<p>MODO FÍSICO – FISIOLÓGICO</p>	<p>a su situación de enfermedad.</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos personales del niño. • Antecedentes de la historia clínica materna. • APGAR y madurez al nacimiento TEST DE CAPURRO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prematuro extremo: <32 semanas. ○ Prematuro moderado: 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
--	--	---	--	---	--

			<p>32-34 semanas.</p> <p>○ Prematuro leve: 35- 36 semanas.</p> <p>○ A término: 37-41 semanas.</p> <p>○ Post- maduro: 42 o más semanas.</p> <p>Función de Oxigenación</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno dentro 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>del 95%.100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria. • Profundidad de las respiraciones. • Coloración de la piel. <ul style="list-style-type: none"> ○ Cianótica • Forma del tórax. <p>Función circulatorio</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de la frecuencia cardiaca. • Control de la presión arterial. <p>Patrón de Nutrición</p>	<p>SI NO</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Liquida, blanda • Características del abdomen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Forma ○ Presencia de ruidos hidro-aéreos. <p>Función de eliminación de líquidos.</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de control de esfínteres • Características de la micción 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Color ○ Olor ○ Densidad ○ Cantidad ○ Frecuencia 	SI NO	
			<ul style="list-style-type: none"> • Características de las heces <ul style="list-style-type: none"> ○ Color ○ Olor ○ Consistencia ○ Frecuencia ○ Cantidad 	SI NO	
			<ul style="list-style-type: none"> • Vomito <ul style="list-style-type: none"> ○ Cantidad ○ Frecuencia ○ Color 	SI NO	

			<p>Función Actividad y Descanso</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritable SI NO • Llanto fuerte SI NO • Llanto involuntario SI NO • Hipoactivo SI NO • Chupeteo SI NO • Convulsiones SI NO <ul style="list-style-type: none"> ○ Diazepam SI NO ○ Fenobarbital SI NO ○ Control de signos vitales, especialmente la respiración. SI NO ○ Vigilar la presencia de efectos adversos 	
--	--	--	--	--

			<p>como: depresión respiratoria y apnea por sobredosificación</p> <p>o Administración rápida, náusea, vértigo, somnolencia, ataxia, mareos, irritabilidad, insomnio, ansiedad, incontinencia urinaria, rash, ictericia leve.</p> <p>o No administrar por vías venosas pequeñas</p> <p>o Administrar el medicamento bien diluido y de</p>	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>forma lenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Valorar escala de Glasgow ○ Observar signos de flebitis. ○ Mal Reflejo de Succión <p>Función protección inmunológico</p> <p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura >39° C • Coloración de la piel <ul style="list-style-type: none"> ○ Palidez ○ Cianosis ○ Eritema <p>Función Inmunológico</p>	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de medios invasivos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Vías periféricas 		
		AUTO CONCEPTO	<p>Valora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de autoestima. <ul style="list-style-type: none"> ○ Depresión ○ Tristeza • Signos de estrés <ul style="list-style-type: none"> ○ Llanto ○ Enojo • Religión • Creencias religiosas que impiden la asistencia médica. • Religión de los padres. 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	

		DESEMPEÑO DE FUNCIONES	Valora: <ul style="list-style-type: none"> • Actividades adecuadas para su edad. • Test de Denver 	SI NO SI NO	
		RELACIONES DE INTERDEPENDENCIA	Valora: <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales. • Aislamiento social. • Participa en actividades. • Ansiedad • Temor • Preocupación de la madre por la enfermedad de su hijo. 	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	

	Diagnóstico de enfermería.	MODO FÍSICO - FISIOLÓGICO AUTO CONCEPTO DESEMPEÑO DE FUNCIONES RELACIONES DE INTERDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Determina los problemas. • En base a los problemas identificados realiza el diagnóstico de enfermería. • Registra el diagnóstico de enfermería en la historia clínica del paciente. 	SI NO SI NO SI NO	
	Planificación		<ul style="list-style-type: none"> • Realiza el plan de cuidados de enfermería de forma jerárquica y en base a los problemas detectados. 	SI NO	

			<ul style="list-style-type: none"> • Incluye cuidados que prevengan, disminuyan o eliminen los problemas detectados. • Registra en la historia clínica el plan de cuidados realizado. 	SI NO SI NO	
	Ejecución		<ul style="list-style-type: none"> • Pone en práctica todas las actividades del plan de cuidados en el tratamiento del niño. • Incluye a los familiares del niño para su cuidado. 	SI NO SI NO	

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO:

3.1. Tipos de Investigación:

El presente trabajo se enfocó en los siguientes tipos de investigación: retrospectiva, documental, descriptiva, de campo, transversal, cualitativo.

- **Investigación retrospectiva.**

Este trabajo recopila información de datos demográficos maternos y casos en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica que ocurrieron en el periodo 2016- 2017, Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón cantón Salitre, obtenido mediante la guía de observación a las 34 Historias Clínicas, 6 usuarios pediátricos y entrevista a las madres.

- **Investigación Documental.**

La realización de este trabajo se fundamenta en la recopilación de información sobre convulsiones febriles, el modelo de Adaptación de Callista Roy y el proceso de atención de enfermería a través de libros, revistas científicas, sitios, documentos web, que nos permita resaltar el cuidado de enfermería de forma científica mas no empírica.

- **Investigación descriptiva.**

En este trabajo se describe el modelo de Adaptación de Callista Roy y el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería en base a los modos y funciones afectadas en los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Diseño de la Investigación.

- **De campo:** el trabajo de investigación se va a realizar en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Cantón Salitre.

Tipo de estudio.

- **Investigación transversal:** el trabajo se llevara a cabo en el periodo 2017- 2018 en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Cantón Salitre.

- **Investigación cualitativa:** este trabajo se identifica como cualitativo por la elaboración y aplicación de una entrevista a las madres de los usuarios pediátricos para la obtención de información, además se aplicara una encuesta al personal de enfermería para valorar el grado de conocimiento al realizar el proceso de atención de enfermería según el modelo de Adaptación de Sor Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

3.2. Diseño

En la realización de esta investigación se revisó 34 historias clínicas correspondientes a usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, guía de observación aplicada a 6 niños, 6 enfermeras y entrevista a las madres, determinando los factores desencadenantes de las convulsiones febriles, además previo a la socialización de las convulsiones febriles y el Modelo de Adaptación de Soy Callista Roy, se aplicó una encuesta de conocimiento al personal de enfermería, antes de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.

3.3. Universo

En el presente proyecto de titulación se trabajó con un universo de 40 usuarios pediátricos con convulsiones febriles, entre edades comprendidas de 3 meses a 6 años, en donde los factores de riesgo más comunes son las infecciones virales o bacterianas de las vías respiratorias bajas, dengue y otitis media aguda.

Para la investigación se trabajó con 6 enfermeras, responsables del cuidado directo y elaboración del proceso de atención de enfermería de los usuarios pediátricos con convulsiones.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Cuadro N° 31. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnica	Check-List	Instrumento
Observación	✓	<p>Revisión aplicada a las 34 Historias Clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón para evidenciar la realización y ejecución del Proceso de atención de enfermería del personal encargado.</p> <p>Guía de observación aplicada a 6 enfermeras del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón del cantón Salitre sobre la aplicación y cumplimiento del proceso de atención de enfermería según el modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones, post implementación del proceso de atención de enfermería, según el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.</p>
Entrevista y Encuesta	✓	<p>Aplicada a las madres de los pacientes pediátricos con convulsiones por alza térmica para determinar los antecedentes maternos, neonatales, creencias culturales y manejo de las convulsiones.</p> <p>De conocimiento sobre el modelo de Adaptación de Callista Roy y la realización del proceso de atención de enfermería aplicada a 6 personas que conforman el personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón al brindar una atención inmediata, mediata y continua a pacientes pediátricos con convulsiones por alza térmica.</p>

Fuente: Fernanda Albán y Paola Luna

GUÍA DE OBSERVACIÓN, REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, ENCUESTA Y ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MADRES DE LOS USUARIOS PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES POR ALZA TÉRMICA:

CUADRO N° 32. Sexo, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Hombre	22	55%
2	Mujer	18	45%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 33. Edad, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	3m – 5m	2	5%
2	6m- 7m	2	5%
3	8m – 9m	0	0
4	10m – 11m	0	0
5	1 ^a – 3 ^a	24	60%
6	4 ^a – 5 ^a	8	20%
7	6 ^a	4	10%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 34. Edad de las madres, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	<18 Años	12	35%
2	19 -23	11	32%
3	24 -28	8	24%
4	>29 Años	3	9%
	Total	34	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas de usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 35. Etnia, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Mestizo	7	18%
2	Blanco	1	2%
3	Montubio	30	75%
4	Indígena	2	5%
5	Afroecuatoriano.	0	0
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 36. Etnia de las madres, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Mestizo	6	18%
2	Blanco	1	3%
3	Montubio	25	73%
4	Indígena	2	6%
5	Afroecuatoriano.	0	0
	Total	34	100%

Fuente: revisión de las 34 historias clínicas de los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 37. Zona de residencia, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Urbana	16	40%
2	Rural	24	60%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 38. Zona de residencia de las madres, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Urbana	15	44%
2	Rural	19	56%
	Total	34	100%

Fuente: revisión de las 34 historias clínicas de los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 39. Tradiciones culturales de las madres, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jarvis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Medicina occidental	24	60%
2	Medicina Ancestrales	7	18%
3	Medicina Herbarias	9	22%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Análisis y Discusión

Según (Gonzales Coello & Osear Gonzales) sobre “las convulsiones por causa de la fiebre ha sido reconocida desde la antigüedad como un indicador de enfermedad y desde los albores de la práctica médica ancestral han surgido diferentes opiniones acerca de si esta debe ser combatida, ignorada o favorecida” y de acuerdo a (Valera, 2017) sobre medicinas ancestrales y herbarias que aplican las madres al presenciar una convulsión en el niño, menciona “sumergir brevemente al niño en la bañera de agua fría, con un camisón, luego envolverlo con una manta de franela o lana y acostarlo, infusiones de malvavisco y toronjil, jazmín amarillo y tilo, favorecen la disminución de la temperatura en el niño”; relacionado a la investigación realizada, se observa que las madres acuden a la medicina occidental en un 60% para combatir las convulsiones por alza térmica, un 22% acude a la medicina herbaria y el 18% a la medicina ancestral, similar a lo mencionado en la literatura.

CUADRO N° 40. Estado civil de las madres, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jarvis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Soltero	3	9%
2	Casado	15	44%
3	Divorciado	1	3%
4	Viudo	0	0
5	Unión Libre	15	44%
	Total	34	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas de los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 41. Nivel de instrucción de las madres, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Analfabeto	2	6%
2	Primaria	17	50%
3	Secundaria	10	29
4	Superior	5	15%
	Total	34	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 42. Tipo de parto, antecedentes neonatales de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Parto vaginal	22	55%
2	Cesárea	18	45%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

CUADRO N° 43. Número de hijo, antecedentes neonatales de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	1er Hijo	14	41%
2	2do Hijo	8	24%
3	3er Hijo	4	12%
4	4to Hijo	3	9%

5	5to Hijo	5	14%
	Total	34	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Análisis

Se determinó el perfil epidemiológico de 34 usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en donde se obtuvieron los siguientes datos: 55% correspondiente al sexo masculino, 47% al sexo femenino, 60% son usuarios pediátricos de 1 – 3 años de edad, 75% de etnia montubia, 60% habita en la zona rural, las madres se caracterizan en un 44% por estar casadas y en unión libre, el 50% tienen instrucción primaria, las convulsiones con mayor frecuencia se presentan en el primer hijo en un 41%.

CUADRO N° 44. Morbilidad, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Neumonía	17	43%
2	Bronquitis	2	5%
3	Malaria	0	0
4	Dengue	7	18%
5	Insuficiencia Respiratoria Aguda	0	0
6	Enfermedad Diarreica Aguda	11	27%
7	Otitis Media Aguda	3	7%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

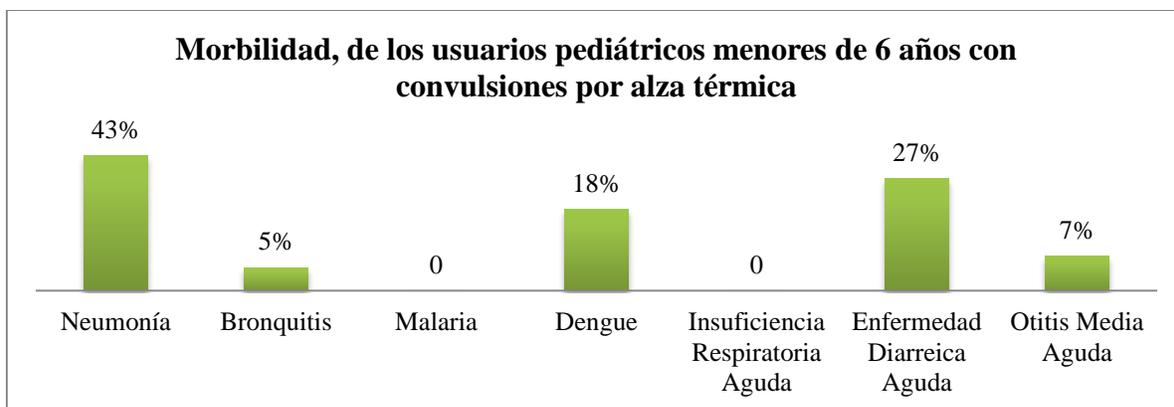


Figura N°1. Morbilidad, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

Análisis y discusión.

De acuerdo a la teoría de (MedlinePlus, 2017) “La mayoría de las convulsiones febriles ocurre en las primeras 24 horas de nacido o de una enfermedad, es posible que se presenten cuando la fiebre esta alta, una enfermedad viral, bacteriana puede detonar una convulsión febril teniendo como característica principal la fiebre mayor a 38°C aquellas patologías que pueden ocasionar son: neumonía, bronquitis, dengue, insuficiencia respiratoria, enfermedad diarreica aguda, otitis media aguda” referente a lo encontrado en la investigación, la neumonía con el 43% es la patología más frecuente que provoca alzas térmicas que conllevan a la convulsión, seguida por la enfermedad diarreica aguda en un 27%, dengue con un 18%, otitis media con un 7% y en un porcentaje mínimo la bronquitis con un 5%, acorde a la teoría antes mencionada.

CUADRO N° 45. Antecedentes familiares, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Convulsiones Febriles	10	29%
2	Convulsiones Febriles negativas	19	56%
3	Causa Neurológica	5	15%
	Total	34	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas de los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Análisis y Discusión

Según las investigaciones realizadas por (Dusembery & White, 2010), manifiesta lo siguiente “En general, el riesgo en la infancia es del 2-5%; si un progenitor o hermano ha padecido convulsiones febriles, el riesgo es del 10-20%”, de acuerdo a la población en estudio presenta antecedentes familiares de convulsiones febriles en un 29%, en cambio el 56% por diferentes causas, y causas neurológicas en un 15%, similar a la teoría.

CUADRO N° 46. Valores estándar de temperatura, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Valor Normal: 36.5 °C- 37.4°C	0	0
2	Febrícula: 37.5C - 38°C	0	0
3	Hipertermia:38°C – 40°C	40	100%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Análisis y Discusión

Según la teoría de (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012) “las convulsiones se presentan con una fiebre de 38°C o más con una subida repentina, que es su causa en niños que sufren una enfermedad infecciosa extracerebral, sin antecedentes neurológicos”; de acuerdo a la población en estudio el 100% de usuarios pediátricos con convulsiones presentan una temperatura de 38°C – 40°C, siendo esta la causa principal, concordante con la teoría antes mencionada.

CUADRO N° 47. Tipos de convulsión febril, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Atípicas o complejas	10	25%
2	Típicas o simples	30	75%
3	Status Febril	0	0
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Fuente: Fernanda Albán y Paola Luna.



Figura N°2. Tipos de convulsión febril, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

Análisis y Discusión

De acuerdo a la teoría de (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012) e investigación realizada “las convulsiones se clasifican en: Crisis convulsivas febriles típicas o simples que se presentan con fiebre en niños que sufren una enfermedad infecciosa extracerebral, sin antecedentes neurológicos y Crisis atípicas o complejas que se presentan con fiebre, pero la causa es otra. Generalmente se da en niños que previamente tenían un desarrollo anormal o en los que la fiebre actúa como un desencadenante de un problema

crónico enmascarado y que se hará evidente”; mientras que en el trabajo investigativo las convulsiones más predominantes en usuarios pediátricos con un 75% son las crisis convulsivas febriles o típicas y en un 25% las crisis convulsivas febriles atípicas o complejas.

CUADRO N° 48. Tratamiento anticonvulsivo, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Fenobarbital	30	75%
2	Diazepan	10	25%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Fuente: Fernanda Albán y Paola Luna.

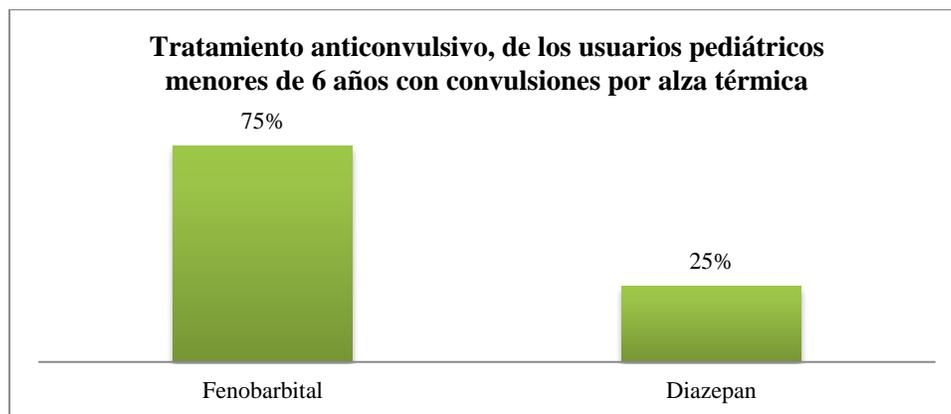


Figura N°3. Tratamiento anticonvulsivo, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

Análisis y Discusión

Según la teoría de (Velasquez Gabiria, 2013-2014) “El fenobarbital es eficaz en el tratamiento de las convulsiones tónico clónicas generalizadas y en crisis parciales, por lo que se emplea como fármaco de elección siendo su principal inconveniente la sedación que

produce; el Diazepan es un relajante muscular, disminuye la ansiedad y es efectivo en crisis convulsivas”. Acorde con la teoría antes mencionada el medicamento más utilizado en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón para el control de las convulsiones en usuarios pediátricos con un 75% es el Fenobarbital en cambio en un 25% de los casos se utiliza el Diazepan.

CUADRO N° 49. Frecuencia episodios convulsivos durante las 24 primeras horas, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Única	24	60%
2	Dos veces.	9	22%
3	Tres veces.	7	18%
4	Cuatro veces.	0	0
5	Cinco veces o más.	0	0
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Análisis y Discusión

De acuerdo con la teoría de (Paris Mancilla, Sanchez D., Beltramino, & Cocto Garcia, 2013) “La frecuencia de las convulsiones febriles benignas o típicas es única en el día, a diferencia de las complicadas o atípicas que son repetidas durante el día”; según los datos obtenidos en la investigación se observaron los siguientes resultados el 60% de los casos presentaron una sola convulsión durante un periodo de 24 horas considerándose una convulsión típica o simple, en cuanto al 40% corresponden a las convulsiones atípicas o complejas con una frecuencia de dos o más episodios dentro de las 24 horas de esto modo los resultados obtenidos en la investigación son similares a la teoría.

CUADRO N° 50. Duración de las convulsiones, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	<15 minutos	25	63%
2	>15 minutos	11	37%
3	> 30 minutos	0	0
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.



Figura N°4. Duración de las convulsiones, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

Análisis y Discusión

En referencia a (Behrman, Kliegman, & Arvin, 1997) “la convulsión coincide con una rápida subida de la temperatura en general, aparece cuando la temperatura central alcanza la 39°C o más. La convulsión es típicamente generalizada, tónico clónico, de varios segundos a 15 minutos de duracion, seguida de un breve periodo proscritica de somnolencia. Las convulsiones febriles que duran más de 15 minutos, como un proceso infeccioso o toxico y exigen una investigación a fondo, para descartar una meningitis”; en cuanto a la investigación el 63% de las convulsiones febriles tienen una duracion >15 minutos como

causa infecciosa, viral o bacteriana, por otra parte el 37% de las crisis convulsivas son menores a 15 minutos siendo su principal causa los problemas neurológicos siendo de esta manera a fin de la teoría.

CUADRO N° 51. Cuadro infeccioso, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017-2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Viral	30	75%
2	Bacteriana	10	25%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

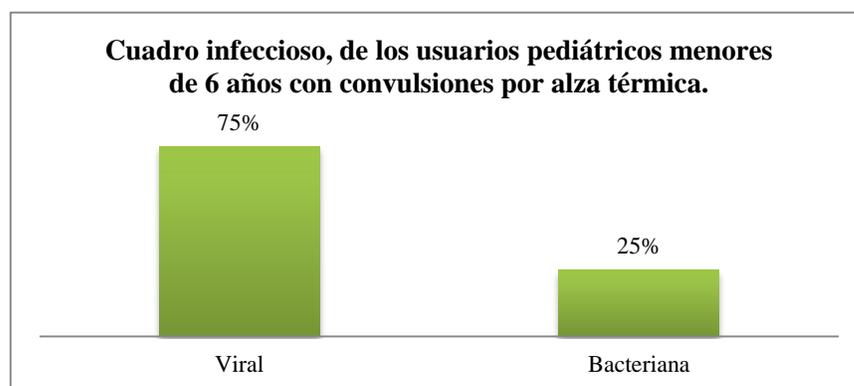


Figura N° 5. Cuadro infeccioso, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017-2018.

Análisis y Discusión

En cuanto a (Behrman, Kliegman, & Arvin, 1997) y (Ruiz Gonzales, Martinez Barellas, & Gonzales Carrión, 2012) “Las causas más frecuentes de convulsiones febriles son las infecciones virales de las vías respiratorias superiores, el exantema súbito y la otitis media aguda, a diferencia de las bacterianas”; dentro del análisis el 75% de las convulsiones febriles son originadas por infecciones virales, no obstante el 25% de las convulsiones

febriles son también originadas por infecciones bacterianas, esto indica que los resultados obtenidos, son conforme con la teoría.

CUADRO N° 52. Secuelas, de los usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

N°	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	Ausente	37	93%
2	Ausente o signos transitorios.	3	7%
	Total	40	100%

Fuente: Revisión de las 34 historias clínicas y guía de observación a 6 usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Análisis y Discusión

Según la teoría de (Behrman, Kliegman, & Arvin, 1997) “las convulsiones febriles benignas o típicas no dejan secuelas tras una crisis, mientras que las convulsiones febriles complicadas o atípicas pueden tener secuelas ausentes, signos transitorios o permanentes focales”; en relación a la investigación el 93% de las crisis convulsivas febriles no desarrollan secuelas a diferencia de un 7% que presento crisis febriles complejas y desarrollaron consecuencias, de este modo los resultados de la investigación están asociados a la teoría.

CUADRO N° 53. Cumplimiento del proceso de atención de enfermería según el modelo de Adaptación de Callista Roy en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón periodo 2017- 2018.

Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.			
Valoración			
N°	Sistema Adaptativo Humano	ESCALA	
		Frecuencia	Porcentaje
1	Valoró si el niño se adapta	1	17%
2	Respondió al manejo médico, tratamiento farmacológico.	6	100%
3	Respondió al acompañamiento familiar o social.	6	100%
4	Valoró crecimiento y desarrollo	2	33%
5	Valoró la capacidad de adaptarse del niño a su situación de enfermedad.	2	33%
Modo Físico - Fisiológico			
6	Datos personales y funciones afectadas		
7	Registró datos personales del niño.	6	100%
8	Identificó antecedentes de la historia clínica materna.	2	33%
9	Identificó test de APGAR y madurez al nacimiento (TEST DE CAPURRO): <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro extremo: <32 semanas. • Prematuro moderado: 32-34 semanas. • Prematuro leve: 35-36 semanas. • A término: 37-41 semanas. • Post-maturo: 42 o más semanas. 	1	17%
Función de Oxigenación			
10	Controló la saturación de oxígeno entre el 95% y 100%	6	100%
11	Controló frecuencia respiratoria.	6	100%
12	Valoró la profundidad de las respiraciones.	3	50%

13	Valoró coloración de la piel (Cianótica).	2	33%
14	Valoró la forma del tórax	2	33%
Función circulatorio			
15	Controló frecuencia cardiaca.	6	100%
16	Controló presión arterial.	6	100%
Función de nutrición			
17	Valoró características de la alimentación (liquida, blanda)	5	83%
18	Valoró características del abdomen (Forma, presencia de ruidos hidro-aéreos).	0	0
Función de eliminación de líquidos			
19	Valoró si existe pérdida de control de esfínteres	1	17%
20	Valoró características de la micción (Color, Olor, Densidad, Cantidad, Frecuencia)	6	100%
21	Valoró presencia de vomito (Cantidad, frecuencia)	6	100%
22	Valoró características de las heces (Color, Olor, Consistencia, Frecuencia, Cantidad).	2	33%
Función de Actividad y Descanso			
23	Observó al niño Irritable	3	50%
24	Valoró llanto fuerte	0	0
25	Valoró llanto involuntario	4	67%
26	Observó al niño hipoactivo	5	83%
27	Observó signo de chupeteo	3	50%
28	Valoró presencia de convulsiones	6	100%
29	Administró Diazepam	2	33%
30	Administró Fenobarbital	6	100%
31	Controló signos vitales, especialmente la respiración durante y después de la administración de la medicación.	6	100%

32	Valoró la presencia de efectos adversos como: depresión respiratoria y apnea por sobredosificación o administración rápida, náusea, vértigo, somnolencia, ataxia, mareos, irritabilidad, insomnio, ansiedad, incontinencia urinaria, rash, ictericia leve, durante y después de la administración de la medicación.	3	50%
33	Administró por vías venosas grandes.	5	83%
34	Administró el medicamento bien diluido y de forma lenta.	6	100%
35	Valoró escala de Glasgow	3	50%
36	Observó signos de flebitis.	5	83%
37	Valoró mal reflejo de succión	4	67%
Función de protección inmunológico			
38	Valoró temperatura >39° C	6	100%
39	Valoró la coloración de la piel (Palidez, cianosis, eritema)	2	33%
Modo Auto-concepto			
40	Valoró sentimientos de autoestima (depresión, tristeza)	3	50%
41	Observó signos de estrés (llanto, enojo)	3	50%
42	Identificó la religión del niño	0	0
43	Identificó creencias religiosas que impiden la asistencia médica.	0	0
44	Identificó la religión de los padres.	0	0
Desempeño de funciones			
45	Valoró actividades adecuadas para su edad (Test de Denver).	1	17%
Relaciones de interdependencia			
46	Valoró las relaciones sociales.	0	0
47	Valoró las relaciones sociales.	0	0

48	Observó participa en actividades.	0	0
49	Valoró presencia de ansiedad	4	67%
50	Valoró presencia de temor	4	67%
51	Observó preocupación de la madre por la enfermedad de su hijo.	6	100%
Diagnóstico de enfermería			
52	Determinó los problemas.	2	33%
53	En base a los problemas identificados realizó el diagnóstico de enfermería.	2	33%
54	Registró el diagnóstico de enfermería en la historia clínica del paciente.	1	17%
Planificación			
55	Realizó el plan de cuidados de enfermería de forma jerárquica y en base a los problemas detectados.	3	50%
56	Incluyó cuidados que prevengan, disminuyan o eliminen los problemas detectados.	1	17%
57	Registró en la historia clínica el plan de cuidados realizado.	5	83%
Ejecución			
58	Puso en práctica todas las actividades del plan de cuidados en el tratamiento del niño.	6	100%
59	Incluyó a los familiares del niño para su cuidado.	3	50%
Evaluación			
60	Los cuidados realizados responden con eficacia y efectividad a los problemas de salud encontrados en el niño.	5	83%
61	Registra los resultados obtenidos en la historia clínica del niño.	6	100%

Fuente: Guía de observación y evaluación realizada a las enfermeras del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

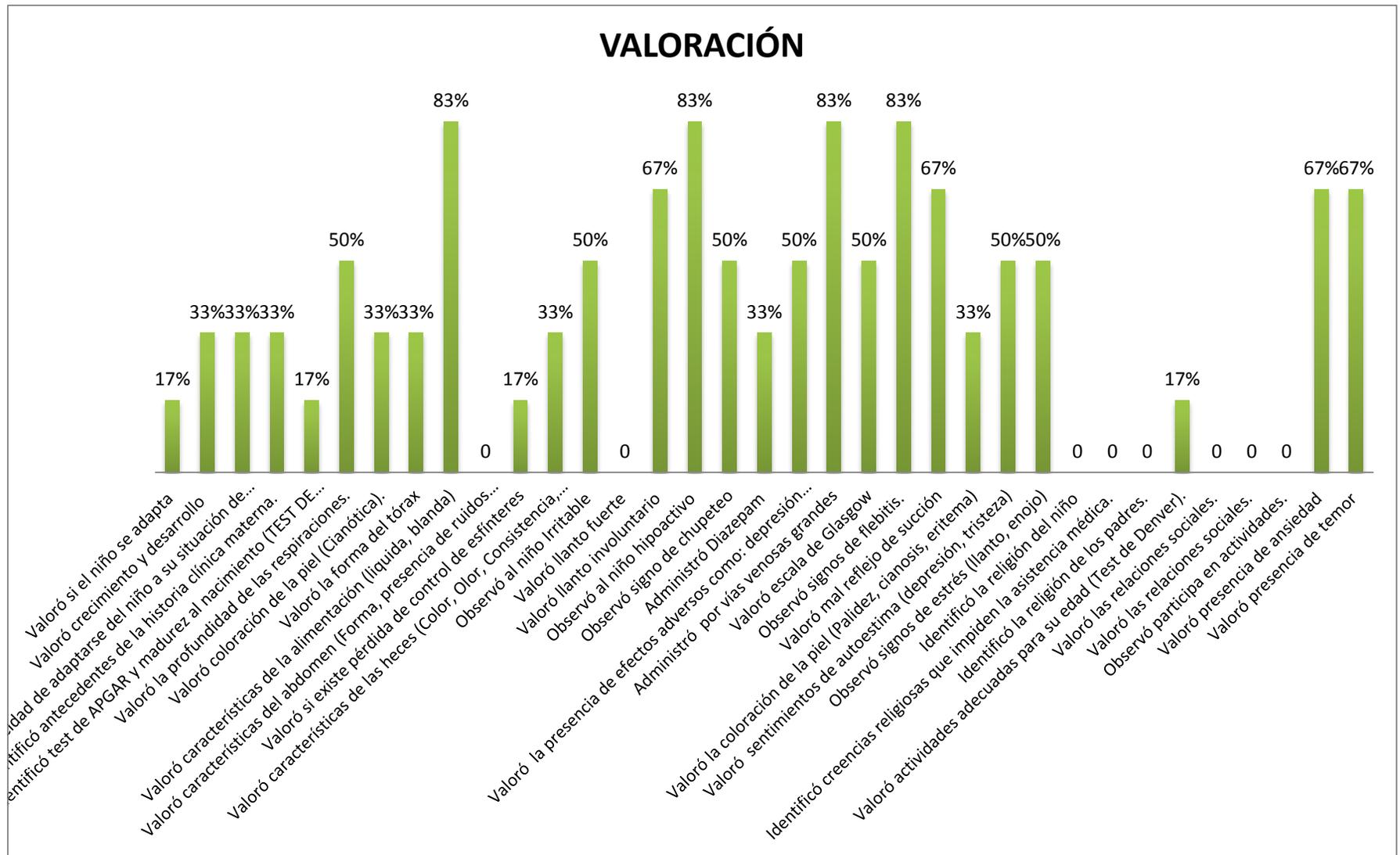


FIGURA N°6. Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Valoración.

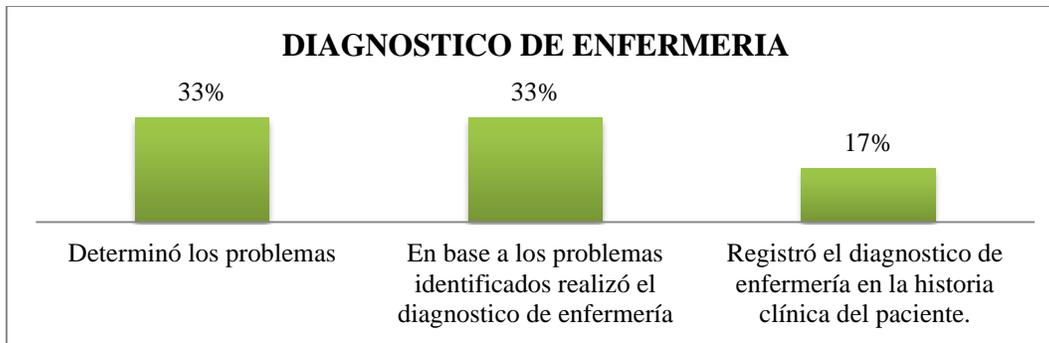


FIGURA N°7. Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Diagnóstico.

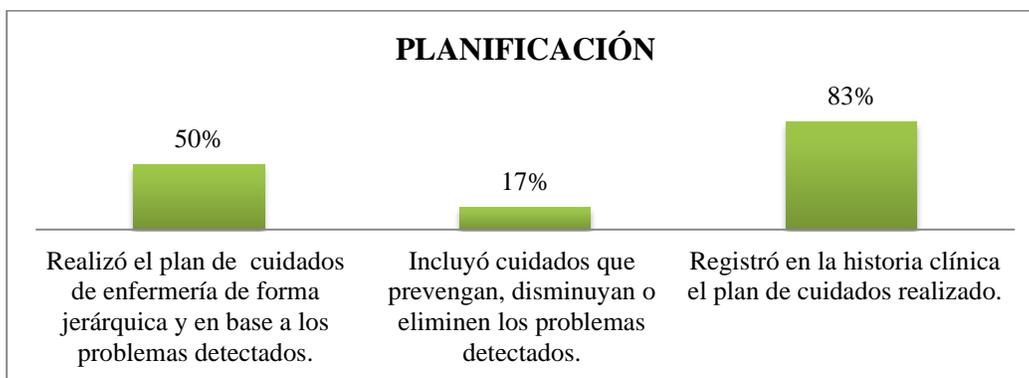


FIGURA N°8. Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Planificación.

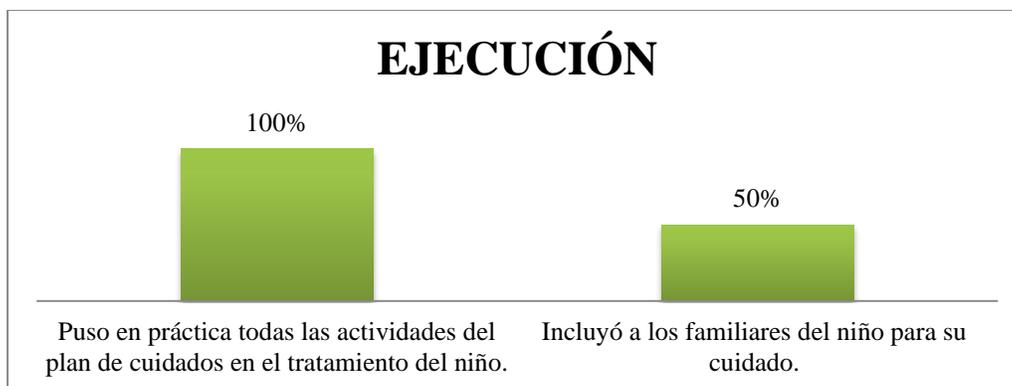


FIGURA N°9. Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Ejecución.

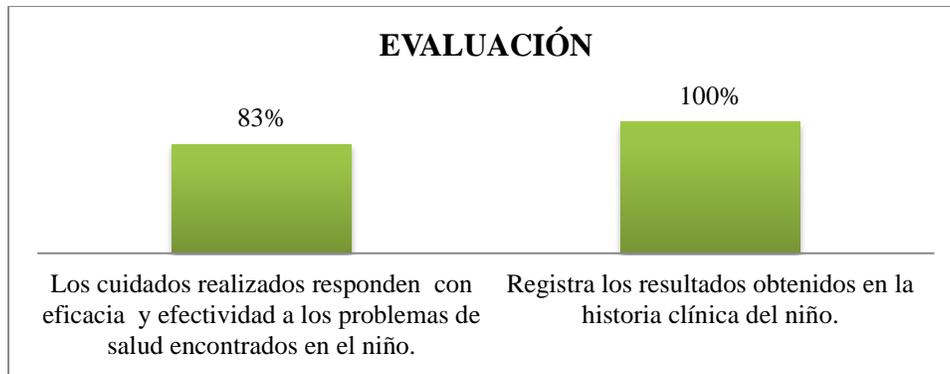


FIGURA N°10. Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Evaluación.

Análisis y Discusión:

En la guía de observación, aplicada a seis enfermeras, el porcentaje de cumplimiento es de 55.8% un con un promedio de 3,35 enfermeras; sin embargo existe desconocimiento sobre el modelo de adaptación de Callista Roy y no cuentan con un formato de valoración para identificar los problemas según los modos y funciones afectadas, la mayoría de las enfermeras realizan el diagnostico de acuerdo al PES.

Según los datos bajos y nulos obtenidos en la guía de observación, se identificó que las enfermeras del área de pediatría, no realizan el proceso de atención de enfermería de acuerdo al modelo de Callista Roy, por otro lado si lo ejecutan, evidenciándose en la historia clínica, sin embargo dicho PAE no es correcto ya que no identifican alteraciones en los modos y funciones afectadas, por lo tanto no abarcan la solución a todos los problemas.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE CONVULSIONES FEBRILES Y EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY, APLICADA A 6 ENFERMERAS.

CUADRO N° 54. Grado de conocimiento del personal de enfermería sobre las convulsiones y el Modelo de Adaptación de Callista Roy en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.

N°	INDICADORES	ESCALA	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	La convulsión febril se define	3	50%
2	Las convulsiones febriles son originadas por (fisiopatología)	2	33%
3	Tipos de convulsión febril	2	33%
4	Duración de las crisis convulsivas febriles	3	50%
5	Una convulsión febril es considerada cuando el valor de la temperatura marca.	6	100%
6	El Modelo de Adaptación de Callista Roy responde a:	1	17%
7	El proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy se basa en cinco modos	1	17%
8	Usted realiza los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la NANDA	0	0%
9	Cuál de los siguientes diagnósticos de enfermería aplicaría para un usuario pediátrico con convulsiones.	5	83%
10	Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería se utilizan para controlar las convulsiones.	4	67%
11	Cuál de las siguientes acciones de enfermería se utilizan durante y después de una crisis convulsiva.	5	83%
12	Le gustaría contar con un Proceso de Atención de Enfermería según el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy para pacientes pediátricos con convulsiones febriles.	6	100%

Fuente: Evaluación de conocimientos sobre las convulsiones y el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, aplicada al personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

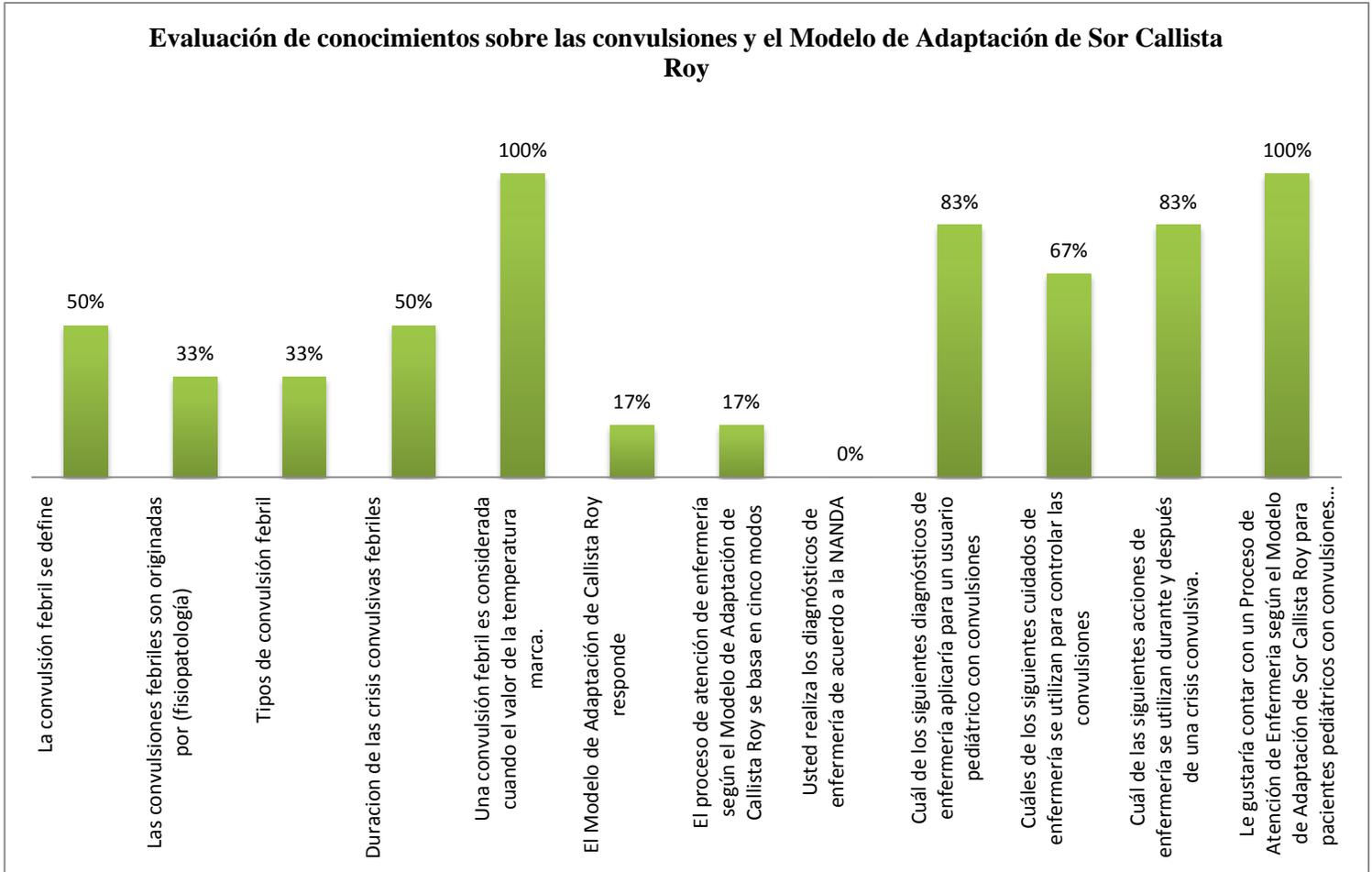


FIGURA N° 11. Evaluación de conocimientos sobre las convulsiones y el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, aplicada al personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.

Análisis y Discusión.

De acuerdo a la evaluación realizada al personal de enfermería, se puede observar datos de mayor conocimiento que son: las enfermeras realizan los diagnósticos de enfermería de acuerdo al PES, identifican los valores de la temperatura que conllevan a una convulsión, priorizan los cuidados y diagnósticos de enfermería antes, durante y después de una crisis convulsiva, el personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón quiere contar con un Proceso de Atención de Enfermería para pacientes pediátricos con convulsiones febriles; los parámetros de menor conocimiento son: el desconocimiento sobre el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, las convulsiones, fisiopatología, tipos, no identifican la duración de una convulsión.

GUÍA DE SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN, PARA EVIDENCIAR LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN, SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.

CUADRO N° 55. SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN, PARA EVIDENCIAR LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN, SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN LOS MODOS: ADAPTACIÓN, FÍSICO - FISIOLÓGICO, AUTOCONCEPTO, DESEMPEÑO DE FUNCIONES, RELACIONES DE INTERDEPENDENCIA.

Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.			
Valoración			
	INDICADORES	ESCALA DE CUMPLIMIENTO	
N°	Sistema Adaptativo Humano	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valora si el niño se adapta	6	100%
2	Valora si responde al manejo médico, tratamiento farmacológico.	6	100%
3	Valora si responde al acompañamiento familiar o social.	6	100%
4	Valora el crecimiento y desarrollo	6	100%
5	Valora la capacidad de adaptarse del niño a su situación de enfermedad.	6	100%
	Modo Físico - Fisiológico		
6	Datos personales y funciones afectadas		
7	Registra los datos personales del niño.	6	100%
8	Identifica los antecedentes de la historia clínica materna.	6	100%
9	Identifica el test de APGAR y madurez al nacimiento (TEST DE CAPURRO): <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro extremo: <32 semanas. • Prematuro moderado: 32-34 semanas. 	6	100%

	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuro leve: 35-36 semanas. • A término: 37-41 semanas. • Post-maturo: 42 o más semanas. 		
Función de Oxigenación			
10	Controla la saturación de oxígeno entre el 95% y 100%	6	100%
11	Controla la frecuencia respiratoria.	6	100%
12	Valora la profundidad de las respiraciones.	6	100%
13	Valora la coloración de la piel (Cianótica).	6	100%
14	Valora la forma del tórax	5	83%
Función circulatorio			
15	Controla la frecuencia cardiaca.	6	100%
16	Controla la presión arterial.	6	100%
Función de nutrición			
17	Valora las características de la alimentación (liquida, blanda)	5	83%
18	Valora las características del abdomen (Forma, presencia de ruidos hidro-aéreos).	5	83%
Función de eliminación de líquidos			
19	Valora si existe pérdida de control de esfínteres	5	83%
20	Valora las características de la micción (Color, Olor, Densidad, Cantidad, Frecuencia)	6	100%
21	Valora la presencia de vomito (Cantidad, frecuencia)	6	100%
22	Valora las características de las heces (Color, Olor, Consistencia, Frecuencia, Cantidad).	5	83%
Función actividad y descanso			
23	Observa al niño Irritable	6	100%
24	Valora el llanto fuerte	6	100%
25	Valora el llanto involuntario	6	100%

26	Observa al niño hipoactivo	6	100%
27	Observa signo de chupeteo	5	83%
28	Valora la presencia de convulsiones	6	100%
29	Administra Diazepam	6	100%
30	Administra Fenobarbital	6	100%
31	Controla los signos vitales, especialmente la respiración durante y después de la administración de la medicación.	6	100%
32	Valora la presencia de efectos adversos como: depresión respiratoria y apnea por sobredosificación o administración rápida, náusea, vértigo, somnolencia, ataxia, mareos, irritabilidad, insomnio, ansiedad, incontinencia urinaria, rash, ictericia leve, durante y después de la administración de la medicación.	6	100%
33	Administra la medicación por vías venosas grandes.	6	100%
34	Administra el medicamento bien diluido y de forma lenta.	6	100%
35	Valora la escala de Glasgow	5	83%
36	Observa signos de flebitis.	6	100%
37	Valora el mal reflejo de succión	5	83%
Función de protección inmunológico			
38	Valora la temperatura >39° C	6	100%
39	Valora la coloración de la piel (Palidez, cianosis, eritema)	6	100%
Modo Auto-concepto			
40	Valora los sentimientos de autoestima (depresión, tristeza)	5	83%
41	Observa los signos de estrés (llanto, enojo)	5	83%
42	Identifica la religión del niño	6	100%

43	Identifica las creencias religiosas que impiden la asistencia médica.	6	100%
44	Identifica la religión de los padres.	6	100%
Desempeño de funciones			
45	Valora las actividades adecuadas para su edad (Test de Denver).	5	83%
Relaciones de interdependencia			
46	Valora las relaciones sociales.	5	83%
47	Valora las relaciones de aislamiento social.	5	83%
48	Observa si participa en actividades.	6	100%
49	Valora la presencia de ansiedad	5	83%
50	Valora la presencia de temor	6	100%
51	Observa la preocupación de la madre por la enfermedad de su hijo.	6	100%
Diagnóstico de enfermería			
52	Determina los problemas.	6	100%
53	En base a los problemas identificados realiza el diagnóstico de enfermería.	6	100%
54	Registra el diagnóstico de enfermería en la historia clínica del paciente.	6	100%
Planificación			
55	Realiza el plan de cuidados de enfermería de forma jerárquica y en base a los problemas detectados.	6	100%
56	Incluye cuidados que prevengan, disminuyan o eliminen los problemas detectados.	6	100%
57	Registra en la historia clínica el plan de cuidados realizados.	6	100%
Ejecución			
58	Pone en práctica todas las actividades del plan de cuidados en el tratamiento del niño.	6	100%

59	Incluye a los familiares del niño para el cuidado.	6	100%
Evaluación			
60	Los cuidados realizados responden con la eficacia y efectividad a los problemas de salud encontrados en el niño.	6	100%
61	Registra los resultados obtenidos en la historia clínica del niño.	6	100%

Fuente: Guía de seguimiento al personal de Enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, para evidenciar la aplicación del proceso de atención de enfermería, según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

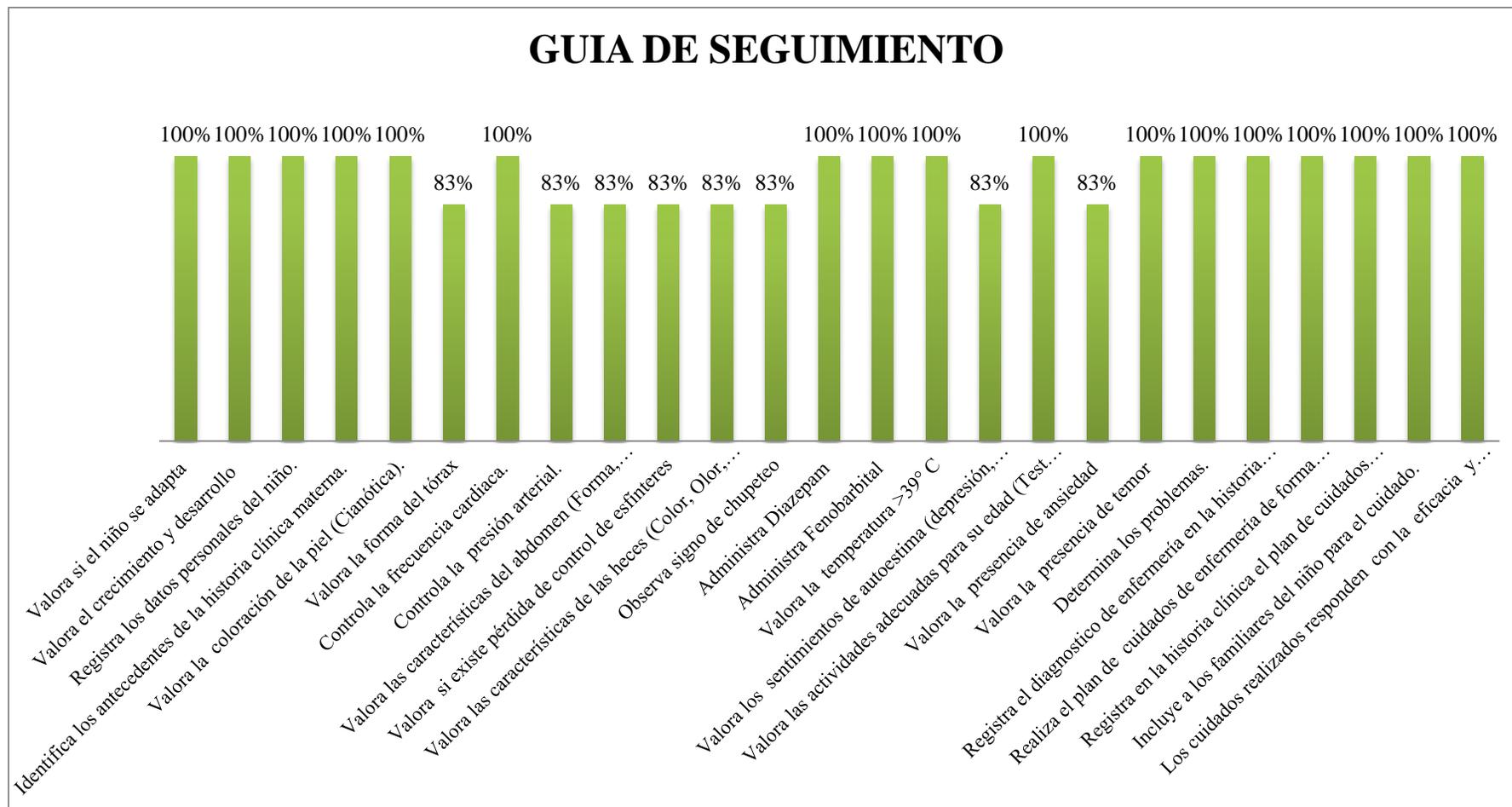


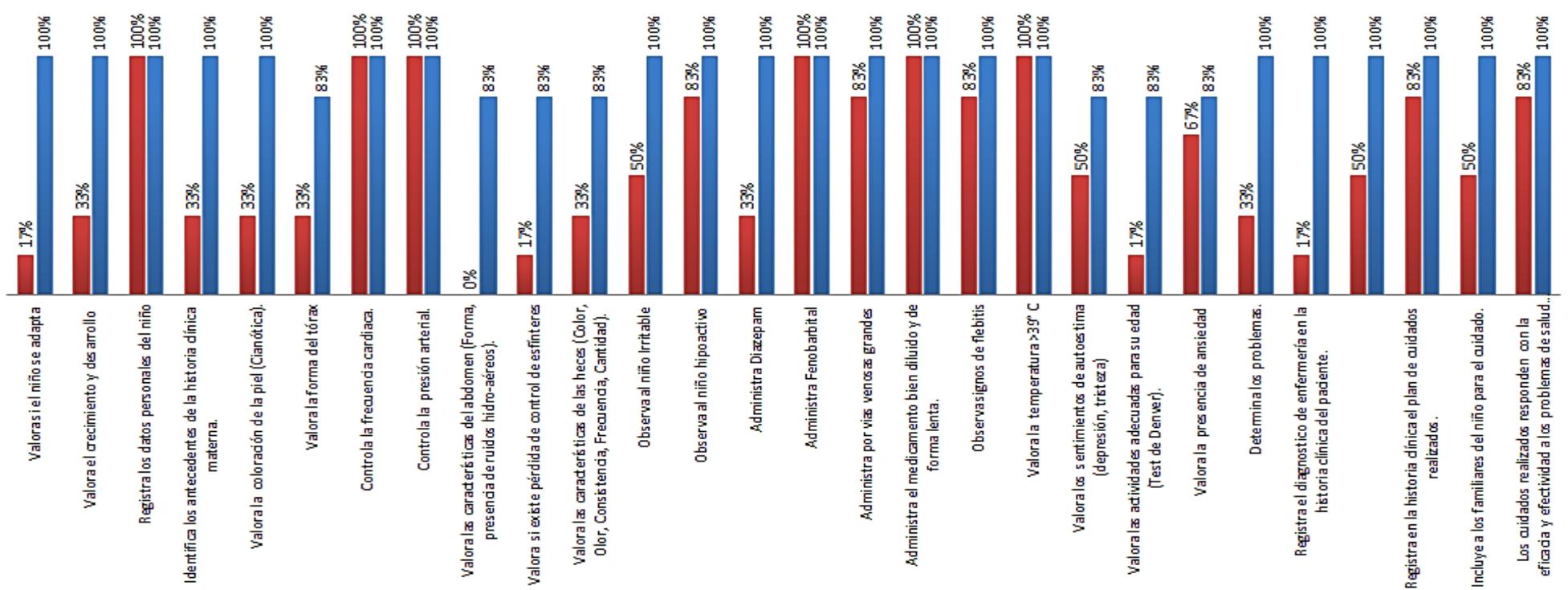
Figura N° 16: Guía de seguimiento al personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, para evidenciar la aplicación del proceso de atención, según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

Análisis y discusión

Al aplicar la guía de seguimiento durante 6 visitas con observación directa al personal de enfermería, para valorar el cumplimiento del proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy, se evidenció el cumplimiento del mismo en la valoración de los modos y funciones afectadas, donde el porcentaje de cumplimiento es del 96% con un promedio de 5.76 enfermeros; en las etapas con un 100% de desempeño fueron: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; en cambio en la etapa de valoración se evidenció un 83% de aplicación. Observándose el cumplimiento del Proceso Atención por parte del personal, brindando así un cuidado holístico e integral a los usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica.

CUADRO COMPARATIVO DEL PROCESO DE ATENCIÓN.

Figura N° 17: Cuadro comparativo del antes y después sobre el cumplimiento del proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Análisis

Según los datos obtenidos en la guía de observación y en la guía de seguimiento, se identificó que las enfermeras de Hospital Oswaldo Jervis Alarcón, antes de dar a conocer y socializar el Modelo de Adaptación de Callista Roy, el nivel de cumplimiento del Proceso de Atención era de un 55.8%, con un promedio de 3,5 enfermeras, es decir que 4 de 6 enfermeras tenían conocimiento sobre lo que es el Modelo.

Después de la socialización y al ejecutar el seguimiento se evidenció que el porcentaje de cumplimiento es del 96% con un promedio de 5.76 enfermeros. Observándose el cumplimiento del Proceso según el Modelo de Adaptación por parte del personal de Enfermería.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

- Se determinó el perfil epidemiológico de 40 usuarios pediátricos menores de 6 años con convulsiones por alza térmica en donde se obtuvieron los siguientes datos: el 55% correspondiente al sexo masculino y el 45% al sexo femenino, la edad que predomina en la población en estudio con un 60% son usuarios pediátricos de 1 – 3 años de edad, correspondiente al 75% de etnia montubia mismos que habitan en un 60% en la zona rural, aplican medicina occidental en un 60%, las madres de los usuarios pediátricos con convulsiones se caracterizan por estar casadas y en unión libre en un 44%, con un nivel de instrucción primaria en un 50%, siendo más frecuentes las convulsiones con un 41% en el primer hijo, con una morbilidad causante de las convulsiones en un 43% es la neumonía, seguida por la enfermedad diarreica aguda con un 27%, dentro de los antecedentes familiares se encuentran presentes las convulsiones febriles negativas con un 56% , encontrándose como un valor estándar de temperatura de 38°C - 40°C con un 100% lo que conllevan a las convulsiones, destacándose las convulsiones típicas o simples con un 75% de entre todos los casos de convulsiones febriles, con la presencia de 60% de los casos que han presentado un solo episodio convulsivo dentro de las primeras 24 horas, teniendo un 75% un cuadro infeccioso viral, la presencia de las convulsiones en pacientes pediátricos menores de 6 años con un 93% no ha presentado secuelas. Se formularon diagnósticos de enfermería e intervenciones con cada uno de los modos afectados.
- Se realizó una guía de observación a 34 historias clínicas y a 6 usuarios pediátricos para comprobar la realización del proceso de atención de enfermería por parte de las enfermeras del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón en donde se obtuvo como resultados, que el 100% del personal de enfermería realizan la valoración y diagnósticos de acuerdo al PES (problema, etiología, signos y síntomas), tanto así que no se evidencia el trabajo del personal de enfermería, al no contar con un herramienta que facilite la elaboración del proceso de atención, por lo que el personal brinda cuidados técnicos y dirigidos a solucionar la enfermedad.

- Se elaboró y aplicó una guía de valoración de enfermería para usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, según el modelo de Adaptación de Callista Roy, para la realización del proceso de atención de enfermería pertinente.
- Se aplicó una evaluación de conocimientos, dirigida a 6 enfermeras que laboran en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, obteniendo como resultados un déficit de conocimiento, sobre el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, las convulsiones, fisiopatología, tipos, no identifican la duración de una convulsión, por lo cual se dificulta los cuidados brindados al niño.
- Se socializó el proceso de atención de enfermería dirigidos a usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica según el modelo de Adaptación de Callista Roy, al personal de enfermería que labora en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Al concluir el trabajo de investigación se determinó que el cuidado que brinda el personal de enfermería a usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, no está basado en un modelo de atención que oriente a la enfermera a solucionar los problemas o satisfacer las necesidades del niño, el personal de enfermería realiza los diagnósticos de acuerdo al PES (problema, etiología, signos y síntomas), para solucionar las necesidades del individuo, familia y comunidad.
- Los modos afectados en un niño con convulsiones por alza térmica son: Adaptación, físico-fisiológico, autoconcepto, desempeño de funciones, relaciones de interdependencia, los cuales son resueltos cumpliendo las fases del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).
- En base a los resultados del estudio se elaboró el proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy y se socializó.

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda al personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, aplicar el proceso de atención de enfermería según el modelo de Adaptación de Callista Roy, en la atención a usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica mejorando así su calidad de vida y resolviendo sus necesidades.
- ✓ Para resolver las necesidades del usuario pediátrico con convulsiones se recomienda al personal de enfermería, enfocarse en los modos y funciones afectadas en la elaboración y aplicación del proceso de atención de enfermería.
- ✓ Mantener un registro actualizado de ingresos y egresos de usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica, para que sea una fuente de información accesible a los trabajos de investigación futuros.
- ✓ Evaluar la aplicación de la guía de atención según el Modelo de Adaptación al año de su implementación.

5.3. PROPUESTA.

Título.

Socialización del Proceso de Atención de Enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica.

Población a la que va dirigida: Personal de enfermería del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón

Datos de Identificación:

Provincia: Guayas

Cantón Salitre

Responsables: Fernanda Albán

Paola Luna

Participantes de la Capacitación: Líder de Enfermería Lcda. Sucety Goya, estudiantes responsables del proyecto de titulación.

Beneficiarios: Personal de Enfermería.

Objetivos:

Objetivo General:

Implementar el Proceso de Atención de Enfermería como un instrumento útil y necesario, basado en los 5 modos de Adaptación de Callista Roy, garantizando un cuidado de enfermería acertado, idóneo y que engloba todas las necesidades del usuario, orientado a resolver los problemas no solo de la patología sino también encaminados a tratar problemas con la familia y la sociedad.

Objetivos Específicos:

- Ilustrar el conocimiento del personal de enfermería sobre las convulsiones febriles en usuarios pediátricos.
- Fortalecer los conocimientos del personal sobre el modelo de Adaptación de Callista Roy.

- Fomentar la aplicación y utilización del proceso de atención de enfermería según el modelo de Adaptación.

CONTENIDOS

UNIDAD 1

- Convulsiones febriles
- Fisiopatología de las convulsiones
- Etiología de las convulsiones
- Tipos de convulsiones
- Factores de riesgo
- Signos y síntomas

UNIDAD 2

- Modelo de adaptación según Callista Roy
- Modos afectados

UNIDAD 3

- Fases del proceso de atención de Enfermería

UNIDAD 4

- Socialización del Proceso de Atención de Enfermería

CRONOGRAMA

Temática	Fecha	Hora	Duracion	Técnica de enseñanza	Auxiliar de enseñanza	Responsables
Evaluación de conocimientos sobre el tema a tratar	13-03-2018 19-03-2018	8:45 9:00	15 minutos	Test	Test impreso	Albán Fernanda Luna Paola

Convulsiones febriles (definiciones, fisiopatología, etiología, tipos, factores de riesgo, signos y síntomas)	13-03-2018 19-03-2018	9:00 10:00	1 hora	Exposición	Infocus Computadora Flash memory	Albán Fernanda Luna Paola Lic. Sucety Goya
Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy (modos afectados)	13-03-2018 19-03-2018	10:00 11:00	1 hora	Exposición	Infocus Computadora Flash memory	Albán Fernanda Luna Paola Lic. Sucety Goya
Fases del proceso de atención de enfermería	13-03-2018 19-03-2018	11:00 12:00	1 hora	Exposición	Infocus Computadora Flash memory	Albán Fernanda Luna Paola Lic. Sucety Goya
Socialización del Proceso de Atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica.	13-03-2018 19-03-2018	12:00 13:00	1 hora	Exposición	Infocus Computadora Flash memory	Albán Fernanda Luna Paola Lic. Sucety Goya
Post-evaluación de conocimientos.	13-03-2018 19-03-2018	13:00 13:15	15 minutos	Test	Test impreso	Albán Fernanda Luna Paola
Guía de seguimiento del Proceso de Atención de Enfermería según el modelo de Adaptación de Callista Roy.	19-03-2018	8 am 5pm	8 horas	Guía de seguimiento	Guía impresa	Albán Fernanda Luna Paola

Resultados de la propuesta:

Una vez concluida la etapa de socialización se alcanzaron los siguientes resultados:

- ✓ Revisión y aprobación del PAE por parte de la licenciada líder del servicio.
- ✓ Apoyo en la implementación del PAE por parte del personal Administrativo del Hospital.
- ✓ Personal de enfermería capacitado y motivado con la socialización.
- ✓ Los usuarios pediátricos al asistir a las instituciones de salud pública, recibirán una atención adecuada favoreciendo su recuperación.
- ✓ Estudiantes responsables del proyecto de titulación satisfechas con la socialización realizada al personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, S. (14 de Junio de 2016). *Prezi* . Recuperado el 14 de Enero de 2018, de Prezi :
<https://prezi.com/1hwgojxtrng-/test-de-capurro/>
- Almeida de Jara, E. (2014). *Proceso de Atencion de Enfermeria* . Madrid España :
CULTURAL S.A .
- Alvarez Suares, J. L. (Junio de 2010). *Manual de valoración de Patrones* . Asturias .
- Behrman, R., Kliegman, R., & Arvin, A. (1997). *Nelson tratado de Pediatría*. Mexico:
McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.ADC.V.
- Caro Rios, S. E., & Guerra Gutierrez, C. E. (2011). *El Procesos de Atencion de Enfermería*
. Barranquilla Colombia: Universidad del Norte.
- de Gispert, C. (2009). *Diccionario de Medicina OCEANO MOSBY*. Barcelona España:
MMXIII EDITORIAL OCEANO.
- Diaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M., Gallegos de Pardo, P., Gomez Daza, B.,
Gómez de Obando, E., Gonzales de Acuña, Y., y otros. (Enero-Diciembre de 2002).
Scielo. Recuperado el 09 de Octubre de 2017, de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
- Dusembery, S., & White, A. (2010). *Manual Washington del Pediatría* . Barcelona: Wolters
Kluwer Health España, S.A, Lippincott & Wilkings.
- Gonzales Coello, O., & Osear Gonzales, A. (s.f.). *Creencias, temores y costumbres de las
madres* . Recuperado el 13 de Enero de 2018, de
<http://cidbimena.desastres.hn/RHP/pdf/1998/pdf/Vol19-2-1998-5.pdf>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015 - 2017). *Diagnósticos Enfermeros Definiciones y
Clasificación*. España: Elsevier.
- Ludueña, T. (14 de Mayo de 2015). *SlideShare*. Recuperado el 15 de Enero de 2018, de
https://es.slideshare.net/tatty_jlc/test-de-denver
- MedlinePlus. (2017). *MedlinePlus*. Recuperado el 13 de Enero de 2018, de
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000980.htm>
- Mosquera Gonzales, J. M., & Galdos Anuncibay, P. (2005). *Farmacologia Clinica para
Enfermeria*. España: McGraw-Hill.

- Observatorio de Metodología Enfermera*. (s.f.). Recuperado el 15 de Enero de 2018, de http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391#indice1
- Paris Mancilla, E., Sanchez D., I., Beltramino, D., & Cocto Garcia, A. (2013). *Meneghello Peditria*. Argentina: Panamericana.
- Rivera Aillón, A. (2015). *Influencia de los factores deriesgo asociados a convulsión* . Guayaquil.
- Rodriguez Carranza, R. (2009). *Vademecum Academico de Medicamentos* . México : McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A DE C.V .
- Ruiz Gonzales, M. D., Martinez Barellas, M. R., & Gonzales Carrión, P. (2012). *Enfermeria Pedíatrica Tomo 2* . Barcelona: DAE Grupo Paradigma .
- Valera, J. (2017). *Enfermdades infantiles* . Recuperado el 13 de Enero de 2018, de http://www.jorgevaleranatura.com/enfermedades/infantiles/remedios_caseros_medicinas_naturistas.php?naturales=convulsion-epilepsia
- Velasquez Gabiria, O. (2013-2014). *PEDIADOSIS Dosis de Medicamentos en Pediatria*. Medellín-Colombia: Health Books Editorial.
- Wikipedia. (12 de Enero de 2018). *Wikipedia* . Recuperado el 15 de Enero de 2018, de https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Catorce_necesidades_fundamentales_seg%C3%BAn_Virginia_Henderson&oldid=104870693

ANEXOS

Anexo N° 1. OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN.



Ministerio de Salud Pública

DIRECCION DISTRITAL N0- 09D20 SALITRE-SALUD
HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCON.

Salitre, 31 de octubre de 2017.

Lic. Elena Valdivieso.
COORDINADORA DE LA COMISION.

De mis consideraciones:

En respuesta a lo solicitado mediante oficio autorizo a las estudiantes Srta. Albán Heredia Fernanda Lisbeth y Srta Luna Verdezoto Kerly Paola para que ejecuten su proyecto de titulación con el tema "Proceso de Atención de Enfermero según el Modelo de Adaptación de Callista Roy en usuarios con convulsiones por alza térmica Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón".

Atentamente:

Dr. Carlos Jarrín Espín.

Director Técnico

Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón



Anexo N° 2: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR SERVIDORES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR SERVIDORES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El/la señor/a. Christian Cajas Carvajal con cargo de Director T. HOJA de la (especificar la unidad de salud) y con cédula de identidad y/o ciudadanía No. 0912797016, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "EL SERVIDOR", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

2. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

Art. 22.- Deberes de las o los servidores públicos.- Son deberes de las y los servidores públicos: (...)

Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".

3. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se exceptiona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...)

4. El Código Integral Penal tipifica:

“Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.

5. “EL SERVIDOR”, en razón del cargo que desempeña en el Ministerio de Salud Pública, puede tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, “EL SERVIDOR” se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

“EL SERVIDOR” ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

“EL SERVIDOR” se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública, o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades del Ministerio de Salud Pública.

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

“EL SERVIDOR” se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

“EL SERVIDOR” conoce que el incumplimiento de lo previsto en el presente Acuerdo será sancionado de conformidad con lo determinado en la Ley Orgánica del Servicio

Público, en su Capítulo IV Del Régimen Disciplinario, sin perjuicio de las acciones penales respectivas.

CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:

“EL SERVIDOR” declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

“EL SERVIDOR” declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:

“EL SERVIDOR” acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en dos ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de _____, del Distrito _____, el _____ DE 2017.


Dr. Christian Cajas Carvajal
Magister en Gerencia de Salud
Registro Sant. 14901
Libro III Folio 0066

(Nombre/firma)

C.I. 0912797016

Anexo N° 3: VALIDACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA
PROYECTO DE TITULACION

ANEXO N 1

Datos del Experto.

Nombre:	Sucety Goya B.
Institución a la que está adscrito:	Hospital Dr. Oswaldo Ferris A.
Área de Investigación :	Lider de enfermeria.
Dirección	Salitre
Teléfono	0991 37 8002
Email	suce90@yahoo.com
Fax	
Firma	Lic. Sucety Goya Castro



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA
PROYECTO DE TITULACION

ANEXO N 2

**PARÁMETROS DE VALIDACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL
MODELO DE ADAPTACION DE SOR CALLISTA ROY EN USUARIOS PEDIATRICOS CON
CONVULSIONES POR ALZA TERMICA**

El presente documento está dirigido a los profesionales en enfermería colaboradores del Departamento de Investigación, para la validación del Proceso de Atención de Enfermería.

Se calificará con la siguiente escala:

Satisfactorio

Cuasi satisfactorio

Insatisfactorio

Deficiente

Indicadores	Satisfactorio	Cuasi satisfactorio	Insatisfactorio	Deficiente	Sugerencias
Coherencia entre los objetivos y el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería	/				
Estructura general del trabajo	/				
Utilidad práctica del proceso	/				
Claridad del proceso	/				



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA
PROYECTO DE TITULACION

ANEXO N 1

Datos del Experto.

Nombre:	Maria Olalla Garcia.
Institución a la que está adscrito:	Universidad Estatal de Bolívar
Área de Investigación :	Centro de Desarrollo Humano
Dirección	Urbanización El Portel.
Teléfono	0989374861
Email	mia-og2007@yahoo.es
Fax	
Firma	Maria Olalla



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA
PROYECTO DE TITULACION

ANEXO N 2

**PARÁMETROS DE VALIDACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL
MODELO DE ADAPTACION DE SOR CALLISTA ROY EN USUARIOS PEDIATRICOS CON
CONVULSIONES POR ALZA TERMICA**

El presente documento está dirigido a los profesionales en enfermería colaboradores del Departamento de Investigación, para la validación del Proceso de Atención de Enfermería.

Se calificará con la siguiente escala:

Satisfactorio

Cuasi satisfactorio

Insatisfactorio

Deficiente

Indicadores	Satisfactorio	Cuasi satisfactorio	Insatisfactorio	Deficiente	Sugerencias
Coherencia entre los objetivos y el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería	/				
Estructura general del trabajo	/				
Utilidad práctica del proceso	/				
Claridad del proceso	/				

Anexo N° 4: CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES MENORES DE 6 AÑOS.

DIMENSIÓN	CARACTERIZACIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEMOGRAFÍA PEDIÁTRICA	Sexo	• Masculino	22	55%
		• Femenino	18	45%
	Edad	➤ 3m-5m	2	5%
		➤ 6m-7m	2	5%
		➤ 8m-9m	0	0%
		➤ 10m-11m	0	0%
		➤ 1ª-3ª	24	60%
		➤ 4ª-5ª	8	20%
		➤ 6ª	4	10%
	Etnia	○ Mestizo	7	18%
		○ Blanco	1	2%
		○ Montubio	30	75%
		○ Indígena	2	5%
		○ Afroecuatoriano	0	0%
	Zona de residencia	▪ Urbana	16	40%
		▪ Rural	24	60%
DEMOGRAFÍA MATERNA	Edad	➤ <18 años	12	35%
		➤ 19-23	11	32%
		➤ 24-28	8	24%
		➤ >29 años	3	9%
	Etnia	✓ Mestizo	6	18%
		✓ Blanco	1	3%
		✓ Montubio	25	73%
		✓ Indígena	2	6%
		✓ Afroecuatoriano	0	0%

	Zona de residencia	• Urbano	15	44%	
		• Rural	19	56%	
	Tradiciones culturales	○ Medicina occidental	24	60%	
		○ Medicina ancestral	7	18%	
		○ Medicina herbaria	9	22%	
	Estado civil	▪ Soltera	3	9%	
		▪ Casada	15	44%	
		▪ Divorciada	1	3%	
		▪ Viuda	0	0%	
		▪ Unión libre	15	44%	
	Nivel de instrucción	❖ Analfabeto	2	6%	
		❖ Primaria	17	50%	
		❖ Secundaria	10	29%	
❖ Superior		5	15%		
ANTECEDENTES NEONATALES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES POR ALZATERMIA	Tipo de parto	➤ Parto vaginal	22	55%	
		➤ Cesárea	18	45%	
	Número de hijo	- 1er hijo	14	41%	
		- 2do hijo	8	24%	
		- 3er hijo	4	12%	
		- 4to hijo	3	9%	
		- 5to hijo	5	14%	
	ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS	Morbilidad	❖ Neumonía	17	43%
			❖ Bronquitis	2	5%
			❖ Malaria	0	0%
❖ Dengue			7	18%	
❖ Insuficiencia respiratoria aguda			0	0%	

		❖ Enfermedad diarreica aguda	11	27%
		❖ Otitis media aguda	3	7%
ANTECEDEN TES FAMILIARES		• Convulsiones febriles	10	29%
		• Convulsiones febriles negativas	19	56%
		• Causa neurológica	5	15%
VALORES ESTANDAR DE TEMPERATU RA		○ Valor normal: 36.5°C-37.4°C	0	0%
		○ Febrícula: 37.5°C-38°C.	0	0%
		○ Hipertermia: 38°C-40°C	40	100%
TIPOS DECONVULS IONES FEBRILES		▪ Atípicas o complejas (duracion superior a los 15 minutos, dos a mas episodios dentro de las 24 horas.)	10	25%
		▪ Típicas o simples (duracion inferior a los 15 minutos, un solo episodio durante un periodo de 24 horas)	30	75%
		▪ Estatus febril (larga duracion 30 minutos o más)	0	0%
TRATAMIENTO ANTICONVULSI VO		➤ Fenobarbital	30	75%
		➤ Diazepam	10	25%
FRECUENCIA EPISODIOS		❖ Única	24	60%
		❖ Dos veces	9	22%

CONVULSIONES DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS	❖ Tres veces	7	18%
	❖ Cuatro veces	0	0%
	❖ Cinco veces o mas	0	0%
DURACION DE LAS CONVULSIONES	○ < a 15 minutos	25	63%
	○ >a 15 minutos	11	37%
	○ > a 30 minutos	0	0%
CUADRO INFECCIOSO	▪ Viral	30	75%
	▪ Bacteriana	10	25%
SECUELAS	✓ Ausente	37	93%
	✓ Ausente o signos transitorios	3	7%

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Anexo N° 5. RECURSOS Y PRESUPESTO

- **RECURSOS HUMANOS**

- Director del proyecto de titulación: Lic. Maura Muñoz
- Encargado del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón: Dr. Carlos Jarrin, Lic. Sucety Goya
- Autoras del proyecto de Titulación: Fernanda Albán y Paola Luna.

- **RECURSOS INSTITUCIONALES**

- Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, cantón Salitre.

- **RECURSOS TECNOLOGICOS**

- Laptop
- Pendrive
- Infocus

- **RECURSOS MATERIALES**

- Hojas formato A4
- Impresiones
- Carpetas
- CD
- Anillados
- Transporte
- Cofee-break

Anexo N°6: DETALLE GENERAL DEL PRESUPUESTO

RECURSOS Y MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Impresiones de oficios, para la aprobación del tema del proyecto de titulación.	3	\$0.25	\$0.75
Impresiones de borradores del proyecto de titulación	3	\$15.00	\$45.00
Impresiones del proyecto de titulación para la defensa	3	\$15.00	\$45.00
Anillados del proyecto de titulación	3	\$2.00	\$6.00
Impresiones de la guía de observación según el modelo de Adaptación de Callista Roy para usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica.	6	\$0.25	\$1.50
Cofee brake proporcionado en la socialización del proceso de atención de enfermería al personal del Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.	6	\$6.66	\$40.00
Impresión de las evaluaciones aplicadas al personal de enfermería	6	\$1.00	\$6.00
Empastado	1	\$15.00	\$15.00
Carpetas	3	\$0.50	\$1.50
Transporte	8	\$10.00	\$80.00
Grabación y estampado de CD para el proyecto	3	\$2.50	\$7.50
Total			\$169.05

Anexo N°7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	RESPONSABLES
Búsqueda y recopilación del tema de investigación	X								Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Desarrollo y planteamiento del tema	X								Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Presentación del tema a consejo universitario	X								Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Aprobación del tema y designación del tutor encargado para la elaboración del proyecto de titulación.		X							Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Primer encuentro: desarrollo de la primera parte del proyecto que consta: tema, limitaciones, planteamiento y formulación del problema, objetivos, justificación, recolección de datos estadísticos en el Cantón Salitre.		X							Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Segundo encuentro: segunda parte del proyecto: marco teórico, diseño metodológico.		X							Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Tercer encuentro: elaboración de la guía de observación como instrumento de recopilación de datos en el proyecto de investigación.			X						Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Cuarto encuentro: socialización de las convulsiones febriles y modelo de adaptación de Sor Callista Roy y aplicación de la guía como instrumento de recopilación de datos en el proyecto de investigación.				X					Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Quinto encuentro: tabulación y análisis de los datos obtenidos.					X				Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly
Sexto encuentro: socialización del proceso de atención de enfermería según el modelo de adaptación de							X	X	Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly

Sor Callista Roy, y guía de seguimiento al personal de enfermería.											
Séptimo encuentro: revisión general del proyecto, conclusiones, recomendaciones y resultados.									X	Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly	
Presentación del primer borrador									X	Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly	
Designación de los pares académicos									X	Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly	
Defensa del trabajo de investigación.									X	Albán Heredia Fernanda Luna Verdezoto Kerly	

Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna.

Anexo N° 8. MODELO DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN.

Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.			
Valoración			
	INDICADORES	ESCALA DE CUMPLIMIENTO	
N°	Sistema Adaptativo Humano	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valora si el niño se adapta		
2	Valora si responde al manejo médico, tratamiento farmacológico.		
3	Valora si responde al acompañamiento familiar o social.		
4	Valora el crecimiento y desarrollo		
5	Valora la capacidad de adaptarse del niño a su situación de enfermedad.		
	Modo Físico - Fisiológico		
6	Datos personales y funciones afectadas		
7	Registra los datos personales del niño.		
8	Identifica los antecedentes de la historia clínica materna.		
9	Identifica el test de APGAR y madurez al nacimiento (TEST DE CAPURRO): <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro extremo: <32 semanas. • Prematuro moderado: 32-34 semanas. • Prematuro leve: 35-36 semanas. • A término: 37-41 semanas. • Post-maturo: 42 o más semanas. 		
	Función de oxigenación		
10	Controla la saturación de oxígeno entre el 95% y 100%		
11	Controla la frecuencia respiratoria.		
12	Valora la profundidad de las respiraciones.		
13	Valora la coloración de la piel (Cianótica).		
14	Valora la forma del tórax		
	Función circulatorio		

15	Controla la frecuencia cardiaca.		
16	Controla la presión arterial.		
Función de nutrición			
17	Valora las características de la alimentación (liquida, blanda)		
18	Valora las características del abdomen (Forma, presencia de ruidos hidro-aéreos).		
Función de eliminación de líquidos			
19	Valora si existe pérdida de control de esfínteres		
20	Valora las características de la micción (Color, Olor, Densidad, Cantidad, Frecuencia)		
21	Valora la presencia de vomito (Cantidad, frecuencia)		
22	Valora las características de las heces (Color, Olor, Consistencia, Frecuencia, Cantidad).		
Función de actividad y descanso			
23	Observa al niño Irritable		
24	Valora el llanto fuerte		
25	Valora el llanto involuntario		
26	Observa al niño hipoactivo		
27	Observa signo de chupeteo		
28	Valora la presencia de convulsiones		
29	Administra Diazepam		
30	Administra Fenobarbital		
31	Controla los signos vitales, especialmente la respiración durante y después de la administración de la medicación.		
32	Valora la presencia de efectos adversos como: depresión respiratoria y apnea por sobredosificación o administración rápida, nausea, vértigo, somnolencia, ataxia, mareos,		

	irritabilidad, insomnio, ansiedad, incontinencia urinaria, rash, ictericia leve, durante y después de la administración de la medicación.		
33	Administra la medicación por vías venosas grandes.		
34	Administra el medicamento bien diluido y de forma lenta.		
35	Valora la escala de Glasgow		
36	Observa signos de flebitis.		
37	Valora el mal reflejo de succión		
Función de protección – inmunológico			
38	Valora la temperatura >39° C		
39	Valora la coloración de la piel (Palidez, cianosis, eritema)		
Modo Auto-concepto			
40	Valora los sentimientos de autoestima (depresión, tristeza)		
41	Observa los signos de estrés (llanto, enojo)		
42	Identifica la religión del niño		
43	Identifica las creencias religiosas que impiden la asistencia médica.		
44	Identifica la religión de los padres.		
Desempeño de funciones			
45	Valora las actividades adecuadas para su edad (Test de Denver).		
Relaciones de interdependencia			
46	Valora las relaciones sociales.		
47	Valora las relaciones de aislamiento social.		
48	Observa si participa en actividades.		
49	Valora la presencia de ansiedad		

50	Valora la presencia de temor		
51	Observa la preocupación de la madre por la enfermedad de su hijo.		
Diagnóstico de enfermería			
52	Determina los problemas.		
53	En base a los problemas identificados realiza el diagnóstico de enfermería.		
54	Registra el diagnóstico de enfermería en la historia clínica del paciente.		
Planificación			
55	Realiza el plan de cuidados de enfermería de forma jerárquica y en base a los problemas detectados.		
56	Incluye cuidados que prevengan, disminuyan o eliminen los problemas detectados.		
57	Registra en la historia clínica el plan de cuidados realizados.		
Ejecución			
58	Pone en práctica todas las actividades del plan de cuidados en el tratamiento del niño.		
59	Incluye a los familiares del niño para el cuidado.		
Evaluación			
60	Los cuidados realizados responden con la eficacia y efectividad a los problemas de salud encontrados en el niño.		
61	Registra los resultados obtenidos en la historia clínica del niño.		

Anexo N° 9. MODELO DE LA GUÍA DE SEGUIMIENTO, APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN, SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.

Proceso de atención de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy.			
Valoración			
N°	Sistema Adaptativo Humano	ESCALA	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valora si el niño se adapta		
2	Responde al manejo médico, tratamiento farmacológico.		
3	Responde al acompañamiento familiar o social.		
4	Valora el crecimiento y desarrollo		
5	Valora la capacidad de adaptarse del niño a su situación de enfermedad.		
Modo Físico - Fisiológico			
6	Datos personales y funciones afectadas		
7	Registra los datos personales del niño.		
8	Identifica los antecedentes de la historia clínica materna.		
9	Identifica el test de APGAR y madurez al nacimiento (TEST DE CAPURRO): <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro extremo: <32 semanas. • Prematuro moderado: 32-34 semanas. • Prematuro leve: 35-36 semanas. • A término: 37-41 semanas. • Post-maturo: 42 o más semanas. 		
Función de oxigenación			
10	Controla la saturación de oxígeno entre el 95% y 100%		
11	Controla la frecuencia respiratoria.		
12	Valora la profundidad de las respiraciones.		

13	Valora la coloración de la piel (Cianótica).		
14	Valora la forma del tórax		
Función circulatorio			
15	Controla la frecuencia cardiaca.		
16	Controla la presión arterial.		
Función de nutrición			
17	Valora las características de la alimentación (liquida, blanda)		
18	Valora las características del abdomen (Forma, presencia de ruidos hidro-aéreos).		
Función de eliminación de líquidos			
19	Valora si existe pérdida de control de esfínteres		
20	Valora las características de la micción (Color, Olor, Densidad, Cantidad, Frecuencia)		
21	Valora la presencia de vomito (Cantidad, frecuencia)		
22	Valora las características de las heces (Color, Olor, Consistencia, Frecuencia, Cantidad).		
Función de actividad y descanso			
23	Observa al niño Irritable		
24	Valora el llanto fuerte		
25	Valora el llanto involuntario		
26	Observa al niño hipoactivo		
27	Observa signo de chupeteo		
28	Valora la presencia de convulsiones		
29	Administra Diazepam		
30	Administra Fenobarbital		
31	Controla los signos vitales, especialmente la respiración durante y después de la		

	administración de la medicación.		
32	Valora la presencia de efectos adversos como: depresión respiratoria y apnea por sobredosificación o administración rápida, náusea, vértigo, somnolencia, ataxia, mareos, irritabilidad, insomnio, ansiedad, incontinencia urinaria, rash, ictericia leve, durante y después de la administración de la medicación.		
33	Administra la medicación por vías venosas grandes.		
34	Administra el medicamento bien diluido y de forma lenta.		
35	Valora la escala de Glasgow		
36	Observa signos de flebitis.		
37	Valora el mal reflejo de succión		
Función de protección – inmunológico			
38	Valora la temperatura >39° C		
39	Valora la coloración de la piel (Palidez, cianosis, eritema)		
Modo Auto-concepto			
40	Valora los sentimientos de autoestima (depresión, tristeza)		
41	Observa los signos de estrés (llanto, enojo)		
42	Identifica la religión del niño		
43	Identifica las creencias religiosas que impiden la asistencia médica.		
44	Identifica la religión de los padres.		
Desempeño de funciones			
45	Valora las actividades adecuadas para su edad (Test de Denver).		
Relaciones de interdependencia			

46	Valora las relaciones sociales.		
47	Valora las relaciones de aislamiento social.		
48	Observa si participa en actividades.		
49	Valora la presencia de ansiedad		
50	Valora la presencia de temor		
51	Observa la preocupación de la madre por la enfermedad de su hijo.		
Diagnóstico de enfermería			
52	Determina los problemas.		
53	En base a los problemas identificados realiza el diagnóstico de enfermería.		
54	Registra el diagnóstico de enfermería en la historia clínica del paciente.		
Planificación			
55	Realiza el plan de cuidados de enfermería de forma jerárquica y en base a los problemas detectados.		
56	Incluye cuidados que prevengan, disminuyan o eliminen los problemas detectados.		
57	Registra en la historia clínica el plan de cuidados realizados.		
Ejecución			
58	Pone en práctica todas las actividades del plan de cuidados en el tratamiento del niño.		
59	Incluye a los familiares del niño para el cuidado.		
Evaluación			
60	Los cuidados realizados responden con la eficacia y efectividad a los problemas de salud encontrados en el niño.		
61	Registra los resultados obtenidos en la historia clínica del niño.		

Anexo N° 10. ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

Evaluación de conocimiento dirigida al personal de enfermería que labora en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón, Cantón Salitre

Tema: Convulsiones febriles en usuarios pediátricos.

La presente encuesta tiene la finalidad de recabar información, con la intención de realizar una investigación sobre el manejo y atención de enfermería a usuarios pediátricos con convulsiones febriles.

Solicitamos comedidamente, conteste con toda veracidad.

Fecha:

1. La convulsión febril se definen como:

- a) Padecimiento transitorio de la niñez, que se presenta relacionado con la fiebre alta y que cuya causa se desconoce, la mayoría de veces ocurre con un cuadro respiratorio o digestivo con el exantema súbito y con la otitis media.
- b) Síntomas de un problema cerebral, ocurren por la aparición súbita de una actividad eléctrica anormal en el cerebro.
- c) Padecimiento transitorio de la niñez, que se presenta relacionado con la temperatura dentro de los rangos normales y que cuya causa se desconoce, la mayoría de veces ocurre con una descarga eléctrica del cerebro.

2. Las convulsiones febriles son originadas por (Fisiopatología):

- a) Una descarga eléctrica excesiva en el SNC debido al aumento de la temperatura que excita las neuronas que liberan energía y desembocan la convulsión en el paciente pediátrico.
- b) Bases Genéticas, antecedentes familiares propensos a experimentar una Crisis Febril compleja.
- c) Causas Infecciosas sean: Viral, Bacteriana, Parasitaria.
- d) Una inmadurez de los mecanismos de Termorregulación en la que existe alteración en la producción, aporte o eliminación de calor irradiado por el Hipotálamo.
- e) a y c son correctas.
- f) b y d son correctas.
- g) Todas son correctas.

3. Los tipos de convulsión febril son:

- a) Convulsión febril simple, típica o benigna.
- b) Convulsión generalizada.
- c) Convulsión febril compleja atípica, complicada.
- d) Status febril.
- e) Convulsiones focales.

4. La duración de las Crisis convulsivas febriles son:

- a) < a 15 minutos - > a 15 minutos
- b) < a 3 minutos - >a 3 minutos

5. Una convulsión febril es considerada cuando el valor de la temperatura marca:

- a) 36.5 °C- 37.4°C
- b) 37.5C - 38°C
- c) 38°C – 40°C

6. El Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, responde a:

- a) Que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.
- b) El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente, y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan

el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.

- c) Todas
- d) Ninguna

7. El proceso de atención de enfermería según el modelo de Adaptación de Callista Roy se basa en 5 modos que son:

- a) Adaptación, físico-fisiológico, auto-concepto, desempeño de funciones, relaciones de interdependencia.
- b) Adaptación, físico-fisiológico, auto-concepto, desempeño de funciones, cuidados de enfermería.
- c) Estímulos, ambiente, auto-concepto, desempeño de funciones, cuidados de enfermería.

8. Usted realiza los diagnósticos de enfermería de acuerdo:

- a) PES (problema, etiología, signos y síntomas).
- b) NANDA
- c) NANDA, NIC, NOC

9. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos de enfermería aplicaría para un usuario pediátrico con convulsiones?

- a) Riesgo de disminución del gasto cardiaco R/C alteración del ritmo cardiaco M/P taquicardia, cambios en el EKG, arritmias.
- b) Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C aumento de la temperatura corporal M/P diaforesis
- c) Inadecuado intercambio gaseoso R/C déficit en el aporte de oxígeno M/P taquipnea y saturación O₂ <75%.
- d) Desvinculo madre-hijo R/C estadía hospitalaria M/P ansiedad y preocupación

10. ¿Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería se utilizan para controlar las convulsiones febriles?

- a) Administrar medicamentos según la prescripción médica (Diazepam o fenobarbital)
- b) Anotar la frecuencia, tiempo y duración de la convulsión.
- c) Girar la cabeza hacia un lado para evitar obstrucción de la vía aérea.

- d) Todas
- e) Ninguna

11. ¿Cuáles de las siguientes acciones de enfermería se utilizan durante y después de una crisis convulsiva?

- a) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- b) Observar al niño y registrar la frecuencia y duración de la actividad convulsiva.
- c) Administrar la medicación prescrita por el médico.
- d) Valorar posibles lesiones del usuario, inspeccionar la cavidad bucal.
- e) Valorar presión arterial, pulso y respiración.
- f) Ninguna
- g) Todas

12. Le gustaría contar con el proceso de atención de enfermería según el modelo de adaptación de Callista Roy para usuarios pediátricos con convulsiones por alza térmica menores de 6 años según los modos y patrones afectados.

- a) Si
- b) No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**Anexo N° 11. LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
REVISIÓN DE LAS 34 HISTORIAS CLÍNICAS**



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA



Elaborado por: **Fernanda Albán y Paola Luna**

SOCIALIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN USUARIOS PEDIÁTRICOS CON CONVULSIONES POR ALZA TÉRMICA.





ENTREGA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA DEL HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCÓN



Elaborado por: Fernanda Albán y Paola Luna

Anexo N° 12: REGISTRO DE ASISTENCIA EN LA SOCIALIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

	NOMBRE	# DE CEDULA	INSTITUCION	CARGO	# DE CELULAR	E-MAIL	FRMA
1	Tamara Llanos Gonzalez	022224805	H.O.S.A	Licenciada	0983311152	famula.0200@h.o.s.a	<i>[Handwritten Signature]</i>
2	Luisy Choez Pizacalla	092187662	H.O.S.A	Asesora	0983666382	luisy.kimura@h.o.s.a	<i>[Handwritten Signature]</i>
3	Eliosa Suarez Yipiz	0704552643	H.O.S.A	Dir. Enfermeria	09999447330	emolgo@h.o.s.a	<i>[Handwritten Signature]</i>
4	Adrian Acostumay Piteoga H.	0989592432	H.O.S.A	Jefe Enfermeria	0906060815	acostumay@h.o.s.a	<i>[Handwritten Signature]</i>
5	Karen Guaranza F.	092779468	H.O.S.A	Asesora	0994760955	kariguar@h.o.s.a	<i>[Handwritten Signature]</i>
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN ZONAL 5 DE SALUD
DISTRITO 09020 SALTIRE
130318

TEMA: Proceso de Atención de Enfermería según el modelo de adaptación de Callista Roy en usuarios pediátricos con convulsiones por alta térmica.

Anexo N° 13: CERTIFICADO ASISTENCIAL, HOSPITAL BÁSICO SALITRE DR. OSWALDO JERVIS ALARCON.



COORDINACIÓN ZONAL 5 – SALUD
Dirección Distrital 09D20 SALITRE



Salitre 19 de Marzo del 2018.

CERTIFICADO ASISTENCIAL
Distrito de Salud 09D20 Hospital de Básico Salitre Dr. Oswaldo Jervis Alarcón.

El presente documento certifica que las señoritas: Albán Heredia Fernanda Lisbeth, con número de cédula 0202523478 y Luna Verdezoto Kerly Paola, con número de cédula 0202268926, han cumplido con las actividades previstas en el Hospital Dr. Oswaldo Jervis Alarcón:

- ❖ Levantamiento de la información.
- ❖ Guía de observación a las historias clínicas, personal de enfermería, usuarios pediátricos.
- ❖ Socialización del Proceso de Atención de Enfermería el mismo que ha sido validado por la Licenciada Líder de Enfermería.

Sucety Goya Castro
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Libro Folio 46 No. 136
HOSPITAL DR. OSWALDO JERVIS ALARCON
Lic. Sucety Goya
Líder de Enfermería

Dr. Christian Cajas Carvajal
Magister en Gerencia de Salud
Registro Sant. 14901
Libro III Edito 0066
Dr. Cristian Cajas Carvajal
Director Técnico.

