

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente lactante mayor con diagnóstico médico Síndrome de Down atendido en un centro de salud público del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima, 2018

Por:

Jessica Magdalena Espinoza Yachachin

Asesor:

Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, ROSA LUZ TUESTA GUERRA de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: *“Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de colecistectomía Laparoscopia más destechamiento de quistes hepáticos de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018”*, constituye la memoria que presentan la licenciada: ESPINOZA YACHACHIN JESSICA MAGDALENA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dieciocho días del mes de setiembre de 2017.



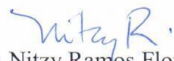
Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Proceso de atención de enfermería a paciente post operado de colecistectomía
Laparoscopia más destechamiento de quistes hepáticos de la Unidad de
Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nitzzy Ramos Flores

Presidente



Mg. Delia Luz León Castro

Secretario



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Asesor

Lima, 18 de setiembre de 2018

Índice

Resumen	viii
Capítulo I.....	9
Proceso de atención de Enfermería	9
Valoración.....	9
Datos generales.....	9
Resumen de motivo de ingreso.	9
Situación problemática.	9
Valoración por Patrones Funcionales:.....	11
Listado de características significativas.	19
Diagnósticos de enfermería.....	21
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	21
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.	24
Planificación.....	24
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	24
Planes de cuidados	26
Ejecución.....	46
SOAPIE	46
Evaluación.....	55
Capítulo II.....	58
Marco Teórico	58
Antecedentes	58
Antecedentes Internacionales.	58
Antecedentes Nacionales.....	60

Marco conceptual	62
Síndrome de Down.....	62
Desarrollo Psicomotor del Niño con SD.....	76
Etapas Psicologicas de Aceptación del Niño con SD.....	78
Modelo teórico	79
Modelo Teórico de Sor Callista Roy (“Modelo de Adaptación”).....	80
Capítulo III	82
Materiales y Métodos	82
Tipo y diseño.....	82
Sujeto de estudio	83
Delimitación geográfica temporal.....	83
Técnica de recolección de Datos.....	83
Consideraciones Éticas.....	84
Capítulo IV	85
Resultados, análisis y discusión	85
Resultados	85
Análisis de los diagnósticos	86
Discusión.....	96
Capítulo V	101
Conclusiones y recomendaciones.....	101
Conclusiones	101
Recomendaciones.....	102
Referencias	104
Apéndice.....	116

Apéndice A: Consentimiento informado.....	116
Apéndice B: Guía de valoración	117
Apéndice C: Plan de visita domiciliaria.....	122
Apéndice D: Escala de Evaluación de Desarrollo (EEDP)	123
Apéndice F: Exámenes Auxiliares	124
Apéndice F: Tabla de Resumen de edad de aparición de Hitos del Desarrollo Psicomotor en niños con síndrome de Down menores de 2 años, del Colegio Especial Armonía (2011)	126

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

CRED: Crecimiento y desarrollo

T°: Temperatura

F.C: Frecuencia cardiaca

F.R: Frecuencia respiratoria

P.C: Perímetro cefálico

N°: Numero

EEDP: Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor

SD: Síndrome de Down

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRITE: Programa de Intervención Temprana

MINSA: Ministerio de Salud

MINEDU: Ministerio de Educación

OPS: Organización Panamericana de Salud

CD: Coeficiente de Desarrollo

DX: Diagnóstico

ENEDIS: Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad.

CONADIS: Consejo Nacional para la Integración de la persona con Discapacidad.

INAREPS: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur.

OPE: Organismo Público Ejecutor.

DFDM: Diagnostico Funcional de Desarrollo según el método Munich.

Resumen

El Síndrome de Down es la principal causa de discapacidad intelectual, motivo por el cual la enfermera cumple un rol fundamental en el cuidado de niños con esta condición, por lo tanto es de vital importancia que la enfermera tenga el conocimiento del cuidado integral que se debe brindar en estos casos especiales. Objetivo: Evidenciar el cuidado realizado por el profesional de enfermería a un niño de un año con Síndrome Down mediante el proceso de atención de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La metodología: El diseño de la investigación fue el estudio de caso, de tipo descriptivo y analítico, la técnica para recolección de datos utilizada fue la entrevista y observación. Se utilizó como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon. Resultados: El 60% de los objetivos propuestos fueron alcanzados, mientras que el 40% se logró alcanzar parcialmente. Conclusiones: Se logra realizar el proceso de atención de enfermería cumpliendo sus cinco etapas, siendo una atención efectiva debido a que se lograron ejecutar la mayoría de las actividades propuestas.

Palabras clave: Síndrome de Down, lactante mayor, proceso de atención de enfermería.

Capítulo I

Proceso de atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: D. N. I

Sexo: Masculino

Edad: Un año

Lugar de Procedencia: Lima

Servicio: Crecimiento y Desarrollo

N° de Historia Clínica: 87603

Fecha de Nacimiento: 07- 01-2017

Fecha de inicio a CRED: 18-01-2018

Fecha de valoración: 18-01-2018

Hora: 11:30 am

Diagnóstico médico: Síndrome de Down

Resumen de motivo de ingreso.

Lactante mayor de género masculino de un año de edad acude al servicio para control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones procedente de otra institución en la cual realizó sus controles previos, con diagnóstico médico: Síndrome de Down.

Situación problemática.

Lactante mayor de un año de género masculino acude al servicio de CRED para iniciar sus controles, con diagnóstico médico: Síndrome de Down, a la entrevista la madre refiere “que su niño era controlado en otra institución, de la cual se encuentra

decepcionada por el trato que le dieron a su niño en relación a su condición como la falta de orientación adecuada y por lo cual tuvo que recurrir a la información sobre los cuidados de su niño mediante el internet”.

A la valoración se encuentra AMEG, AMEN, REH, REh, el lactante se encuentra en brazos de la madre; todavía no puede mantenerse en posición fowler, hipoactivo, piel tibia a la palpación, presenta mucosa oral seca con lesión de labio superior, abdomen ligeramente distendido, características físicas de Síndrome de Down., fuerza muscular disminuida y grado de dependencia III.

Funciones Vitales.

T °: 36.8 ° C

F.R.: 26 x min.

F.C.: 85 x min.

Funciones Biológicas.

Apetito: Conservado.

Sed: Conservada.

Sueño: Interrumpido.

Deposición: Ausente hace tres días.

Diuresis: Normal.

Funciones Antropométricas.

Peso: 8500 gr.

Talla: 71 cm.

P.C.: 45 cm.

Talla/Edad: Normal.

Peso/Edad: Normal.

Peso/Talla: Normal.

Exámenes auxiliares:

Tabla 1. Informe citogenético

	Muestra de sangre	Resultado
Informe citogenético	Sangre periférica	Cariotipo 47,XY,+21

Fuente: Resultados obtenidos el 21 de enero del 2017.

Descripción: El informe citogenético estudia los cromosomas y sus enfermedades relacionadas, paciente en estudio presenta Trisomía 21.

Tabla 2. Examen de Hemoglobina

	Valores obtenidos	Valores normales
HB	14	> ó igual a 11 gr/dl.

Fuente: Resultados obtenidos el 3 de noviembre de 2017.

Descripción: Paciente en estudio presenta hemoglobina dentro de los valores normales para la edad.

Valoración por Patrones Funcionales:

Patrón percepción- control de la salud.

Dx. Medico: Síndrome de Down.

Estado de Higiene: Regular, la madre refiere “no lo baño seguido porque mi niño se puede enfermar de bronquios”.

Factores de riesgo: Bajo peso (No) Prematuridad (No)

Controles de CRED: 11 controles.

Suplementación preventiva de anemia: micronutrientes. Descripción: 6ta entrega.

Antecedentes:

De la madre:

Embarazo: Normal

N° de Embarazo: 02

N° de Controles P.N.: 08

Parto: Distócico por estrechez pélvica.

Edad Gestacional: 39 ss.

Ocupación: Ama de casa.

Del padre:

Ocupación: comerciante (eventual).

Síndrome de Down (tía materna de segundo grado).

Del lactante:

Peso al nacer: 3 430 gr.

Talla al nacer: 48 cm.

Perímetro Cefálico: 34 cm.

Apgar: 1min. 8, 5 min. 9.

Hospitalizaciones previas:(SI).Descripción: Síndrome bronquial a los 9 meses.

Estado vacunal:

EDAD	VACUNA	DOSIS	FECHA
RN	BCG	RN	07/01/17
RN	HVB	RN	07/01/17
2M	PENTAVALENTE	1°	10/03/17
2M	IPV	1°	10/03/17
2M	NEUMOCOCO	1°	10/03/17
2M	ROTAVIRUS	1°	10/03/17
4M	PENTAVALENTE	2°	12/05/17
4M	IPV	2°	12/05/17
4M	NEUMOCOCO	2°	12/05/17
4M	ROTAVIRUS	2°	12/05/17
6M	PENTAVALENTE	3°	22/07/17
6M	ANTIPOLIO ORAL	3°	22/07/17
7M	INFLUENZA	1°	22/08/17
8M	INFLUENZA	2°	24/09/17

Tabla 3. Calendario de vacunación del paciente en estudio.

Patrón relaciones – rol.

Se relaciona con el entorno, el niño sonríe al verse a un espejo.

El cuidado del niño está a cargo de sus padres.

La madre se relaciona con el niño adecuadamente.

El padre no se relaciona con el niño “la madre refiere el papá no tiene tiempo porque trabaja casi todo el día”.

La relación de los padres por momentos conflictiva “la madre refiere que el padre generalmente no participa en la toma de decisiones respecto a los cuidados del niño”.

Patrón autopercepcion-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Estado emocional: Intranquilo.

Llanto persistente: No.

La madre se encuentra insegura y preocupada sobre la crianza y cuidados especiales de un niño con SD, refiere “no quiero que mi niño se atrase más en su desarrollo”

“no cuento con recursos económicos para poder ayudar a mi niño”.

La madre participa activamente en los cuidados del niño.

El padre participa pasivamente en el cuidado del niño.

La madre presenta disposición para el cuidado del niño

Patrón perceptivo-cognitivo.

Nivel de Conciencia: Despierto.

Pupilas: Isocóricas, foto reactivas.

Cara aplanada sobre todo en el puente nasal.

Ojos: almendrados.

Orejas: pabellones auriculares displásicos.

Boca: Semi abierta con fisuras en los labios.

Lengua: grande.

Manos: Surco simiesca.

Evaluación de reflejos:

Reflejo de la marcha: Al sostener al lactante de pie con una superficie sólida comenzó a mover los pies como si estuviera dando pasos.

Reflejo de babinski: Cuando se acaricia la planta del pie el dedo gordo del pie se dobla hacia la parte superior y los otros dedos se abren en abanico.

Reflejo de Galant: Cuando se colocó al lactante boca abajo y se roza con el dedo los dos lados de la columna de arriba hacia abajo él responde curvando la columna hacia el lado estimulado.

Reflejo de Landau: Al colocar al lactante boca abajo sobre el brazo formando un ángulo recto con el antebrazo, él endereza su tronco, extremidades y cabeza hacia arriba.

Desarrollo Psicomotor: Aplicación de EEDP, según el perfil retraso en el desarrollo CD 64.

Conocimientos insuficientes de la madre sobre cuidados a niños con síndrome de down.

Patrón nutricional metabólico.

Peso anterior: 8.200 Talla: 70 PC: 43

Peso actual: 8.500 Talla: 71. PC: 44.8

Estado nutricional: Normal.

Ganancia de peso: Adecuada.

Tamizaje de anemia: Si Resultado: 14gr/dl.

Inicio de alimentación complementaria: 6 meses.

Apetito: Inapetente.

Dificultad para Deglutir: No.

Alimentación complementaria: Si.

Características y consistencia: Papilla.

Nº de veces que da de comer en el día: 3 a 4 veces.

Cantidad de alimento que come en cada comida: 8 a 10 cucharadas.

Le da alimentos ricos en hierro: Si “la madre refiere que le da hígado y bazo a su niño”.

Consumo de frutas: No (x) la madre refiere “la fruta es fresco y su niño se puede enfermar con tos”.

Lactancia materna continua: Si (x) No ()

Dentición: Ausente. Descripción: Los niños con Síndrome de Down presentan características muy particulares de la dentición, por ejemplo, se puede observar un retardo en la erupción de los dientes temporarios en 75 % de los casos.

Termorregulación: Temperatura: 36.8 ° C.

Hidratación: Hidratado.

Fontanelas: Normotensa.

Cabello: Normal.

Mucosas Orales: Lesiones.

Patrón valores creencias.

Restricción Religiosa: No.

Religión de los Padres: Católica.

Uso de métodos tradicionales en el cuidado: Si (pasar huevo, llevar a la curandera).

Patrón descanso y sueño.

Alteraciones en el Sueño: Interrupciones nocturnas.

Nro. de horas de sueño de la madre: 4 a 5 horas.

Patrón actividad-ejercicio.

Actividad Respiratoria: Respiración: FR. 30 resp. x por minuto.

Amplitud: Profunda.

Tos: No Secreciones: No.

Actividad circulatoria: Pulso regular.

Actividad capacidad de autocuidado: Fuerza/tono Muscular: Hipotonía, no puede mantenerse sentado por sí solo.

Movilidad de Miembros: Limitada por la hipotonía muscular que es una característica anatomofisiológica del Síndrome de Down.

Maniobra Ortolani: Negativo.

Alteración de miembros inferiores: No.

Nivel general de actividad del niño: Hipoactivo.

Patrón eliminación.

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día: 1 vez cada 3 días.

Características: Sólida.

Estreñimiento: Si.

Tamizaje parasitológico: En proceso.

Micción Espontánea: Si.

Patrón sexualidad y reproducción.

Secreciones Anormales en Genitales: No.

Fimosis: No.

Listado de características significativas.

Patrón percepción- control de la salud.

Dx. Médico: Síndrome de Down.

Estado de Higiene: Regular, la madre “no lo baño seguido porque mi hijo se puede enfermar de bronquios”.

Hospitalizaciones previas: Si. Descripción: Síndrome bronquial.

Patrón relaciones – rol.

El padre no se relaciona con el niño “la madre refiere el papá no tiene tiempo porque trabaja casi todo el día”.

La relación de los padres a veces es conflictiva “la madre refiere que el papá generalmente no participa en la toma decisiones respecto a los cuidados del niño”.

Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Estado emocional del niño: Intranquilo.

La madre se encuentra intranquila y preocupada sobre la crianza y cuidados especiales de un niño con Síndrome de Down, refiere “no quiero que mi niño se atrase más en su desarrollo”, “no cuento con recursos económicos para poder ayudar a mi niño”.

El padre participa pasivamente en el cuidado del niño.

Patrón perceptivo-cognitivo.

Desarrollo Psicomotor: EEDP, según el perfil retraso en el desarrollo CD: 64.

Conocimientos insuficientes de la madre sobre cuidados a niños con Síndrome de Down.

Patrón nutricional metabólico.

Apetito: Inapetente.

Características y consistencia: Papilla.

Consumo de frutas: No (x) “la madre refiere que con la fruta es fresco y que su niño se puede enfermar con tos”.

Alimentos que le disgustan: Cereales.

Dentición: Ausente. Descripción: Los niños con Síndrome de Down presentan características muy particulares de la dentición, por ejemplo, se puede observar un retardo en la erupción de los dientes temporarios en 75 % de los casos.

Mucosas orales: Lesiones.

Patrón descanso y sueño.

Alteraciones en el Sueño: Interrupciones nocturnas.

Nro.de hora de sueño de la madre: 4 a 5 horas.

Patrón actividad-ejercicio.

Actividad capacidad de autocuidado: Fuerza/tono Muscular: Hipotonía, no puede mantenerse sentado por sí solo.

Movilidad de Miembros: limitada por la hipotonía muscular que es una característica anatomofisiológica del Síndrome de Down.

Nivel general de actividad del niño: Hipoactivo.

Patrón eliminación.

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día: 1 vez cada 3 días.

Características: Solida.

Estreñimiento: Si.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento.

Código: 00011

Dominio: 3 Eliminación e intercambio.

Clase: 2 Función Gastrointestinal.

Página: 193

Definición: “Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa de heces” (Herdman y Kamitsuru, 2015, p.193)

Factor relacionado: Ingesta de fibra insuficiente y falta de actividad física.

Características definitorias: Cambios en el patrón intestinal habitual.

Enunciado de enfermería: Estreñimiento relacionado a ingesta de fibra insuficiente y falta de actividad física evidenciado por cambios en el patrón intestinal.

Etiqueta diagnóstica: Conocimientos deficientes.

Código: 00126

Dominio: 5 percepción/cognición.

Clase: 4 Cognición.

Página: 256

Definición: “Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con temas específicos” (Herdman y Kamitsuru, 2015, p. 256).

Factor relacionado: Información errónea proporcionada por otros.

Características definitorias: Conocimiento insuficiente.

Enunciado de enfermería: Conocimientos deficientes relacionado a información errónea evidenciado por conocimientos deficientes..

Etiqueta diagnóstica: *Gestión Ineficaz de la salud familiar.*

Código: 00080

Dominio: 1 Promoción de la salud.

Clase: 2 Gestión de salud.

Página: 144

Definición: “Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos” (Herdman y Kamitsuru, 2015, p.144).

Factor relacionado: Complejidad del sistema sanitario y conflicto de decisiones.

Características definitorias: Actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud.

Enunciado de enfermería: Gestión ineficaz de la salud familiar relacionado al conflicto de decisiones y complejidad del sistema sanitario evidenciado por actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud.

Etiqueta diagnóstica: *Riesgo de retraso en el desarrollo.*

Código: 00112

Dominio: 13 crecimiento y desarrollo.

Clase: 2 Desarrollo.

Página: 452

Definición: “Vulnerable a sufrir retraso del desarrollo del 25% o más en las áreas de la conducta social o autoreguladora, cognitiva, lenguaje, habilidades que pueda comprometer la salud” (Herdman y Kamitsuru, 2015, p.452).

Factor relacionado: Trastorno genético (síndrome de down).

Enunciado de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de down).

Etiqueta diagnóstica: *Ansiedad de la madre.*

Código: 00146

Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

Página: 331

Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de presión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza” (Herdman y Kamitsuru, 2015, p.331).

Factor relacionado: Crisis situacional.

Características definatorias: Preocupación, angustia, aumento de la desconfianza

Enunciado de enfermería: Ansiedad de la madre relacionada a crisis situacional secundario al desconocimiento de los cuidados especiales de un niño con Síndrome de Down evidenciado por preocupación y angustia.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería.

Estreñimiento relacionado a ingesta de fibra insuficiente evidenciado por cambios en el patrón intestinal habitual y esfuerzo excesivo en la defecación.

Conocimientos deficientes relacionado a información errónea proporcionada por otros evidenciado por conductas inapropiadas “la fruta es fresco y le causa tos a su niño” “no lo baño seguido porque se enferma de bronquios”.

Gestión ineficaz de la salud familiar relacionado al conflicto de decisiones evidenciado por actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud (padre no participa en la toma de decisiones para los cuidados del niño).

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (Síndrome de Down).

Ansiedad de la madre relacionada a crisis situacional secundaria al desconocimiento de los cuidados especiales de un niño con Síndrome de Down evidenciado por inseguridad y preocupación.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (Síndrome de Down).

Conocimientos deficientes relacionado a información errónea proporcionada por otros evidenciado por conductas inapropiadas “la fruta es fresco y le causa tos a su niño” “no lo baño seguido porque se enferma de bronquios”.

Ansiedad de la madre relacionada a crisis situacional secundaria al desconocimiento de los cuidados especiales de un niño con Síndrome de Down evidenciado por inseguridad y preocupación.

Estreñimiento relacionado a ingesta de fibra insuficiente evidenciado por cambios en el patrón intestinal habitual y esfuerzo excesivo en la defecación.

Gestión ineficaz de la salud familiar relacionado al conflicto de decisiones evidenciado por actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud (padre no participa en la toma de decisiones para los cuidados del niño).

Planes de cuidados

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (Síndrome de Down).

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>El lactante disminuirá el riesgo de desarrollo psicomotor en el lapso de tres meses.</p>	<p>1.-Evaluar el desarrollo del lactante mediante la aplicación de la Escala de evaluación de desarrollo EEDP.</p> <p>2.-Brindar apoyo a la familia informándole las características de desarrollo en niños con Síndrome de Down.</p>	<p>1.- El test de desarrollo EEDP es el instrumento que permite al profesional medir el rendimiento de los niños de 0 a 24 meses frente a ciertas situaciones que requieren ser resueltas determinando de esta manera el grado de desarrollo psicomotor del niño. Estará comprendido por la evaluación de cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora (Norma Técnica de CRED N° 537 MINSa, 2017).</p> <p>2.- El niño con Síndrome de Down tiene una velocidad de desarrollo distinto de los otros niños, y generalmente los padres no están preparados para dicha situación, por tanto</p>

	<p>3.-Fomentar el apego madre-niño mediante la enseñanza de canciones a la madre.</p> <p>4.-Brindar pautas de atención temprana de desarrollo (DIT) a la madre.</p>	<p>ocasionara ansiedad e incertidumbre sobre n los cuidados que tendrán con sus hijos (Henn <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>3.- El apego es la capacidad de una madre para interactuar y vincularse en forma afectiva con su hijo que tiene orígenes ancestrales. El apego puede verse vulnerado especialmente en casos de niños con Síndrome de Down ya sea por la presión que siente la madre , por la falta de preparación del equipo de salud, los prejuicios personales o el estado de salud del niño dificultan el apego (Rossel, 2004).</p> <p>4.-La atención temprana del desarrollo es un conjunto de acciones orientadas a brindar condiciones adecuadas que promoverán el desarrollo integral del niño o niña durante los tres primeros años de vida, en un ambiente de respeto de sus capacidades y contexto cultural. Lo cual se busca que la niña y el niño puedan desarrollar al máximo sus capacidades</p>
--	---	---

	<p>5.-Enseñar a la madre pautas de ejercicios físicos pasivos y activos a fin de mejorar la hipotonía.</p> <p>6.-Realizar la derivación del niño al Servicio de Medicina General para la referencia al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Público de la jurisdicción para iniciar las terapias correspondientes.</p>	<p>cognitivas, motrices, afectivas, sociales y comunicacionales, que permitirá que interactúen de manera segura y logren autonomía progresiva (Norma Técnica de CRED N° 537 MINSA, 2017).</p> <p>5.- La hipotonía en niños con Síndrome de Down consiste en la existencia de un tono muscular generalizado por debajo de lo esperado, que, además, unido a la laxitud ligamentosa lo cual hace que tengan más dificultades en alcanzar las distintas etapas en el desarrollo psicomotor. Es por ello que se propone actividades de intervención que deberá ser adecuada a los objetivos en función de las características del niño (Barrios, 2011).</p> <p>6.-La Medicina Física y Rehabilitación se define como una especialidad médica que realiza el diagnóstico de la discapacidad, transitoria o permanente, física o cognitiva, y</p>
--	---	---

	<p>7.-Coordinar con la madre para la evaluación de su niño en el Programa de Intervención Temprana Oportuna (PRITE) cercano a la vivienda del niño para iniciar su intervención.</p>	<p>trata de restablecer la máxima función que pueda haber sido perdida por una lesión, enfermedad o condición discapacitante (INAREPS, 2014).</p> <p>7.- El PRITE es un servicio del Ministerio de Educación que brinda atención no escolarizada a cargo de un equipo de profesionales docentes y no docentes, realiza acciones de prevención, detección y atención oportuna, para la temprana inclusión educativa de las niñas y niños menores de tres años con discapacidad, para lo cual se requiere de la participación activa de la familia en este periodo</p> <p>(Norma Técnica Para Regular el Funcionamiento del PRITE, 2018).</p>
--	--	---

--	--	--

Conocimientos deficientes relacionado a información errónea proporcionada por otros evidenciado por conductas inapropiadas “la fruta es fresco y le causa tos a su niño” “no lo baño seguido porque se enferma de bronquios”.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Madre del lactante presentará conocimientos adecuados sobre prevención para la salud.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1.- Madre del lactante presentará conductas apropiadas para el cuidado de la salud.</p>	<p>1.- Identificar los conocimientos de la madre sobre las medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas.</p> <p>2.-Determinar la disposición para mejorar los conocimientos a través del deseo expreso de la madre de mejorar sus conocimientos.</p> <p>3.- Brindar educación a la madre sobre la importancia de incluir frutas en la</p>	<p>1.-Permite valorar el patrón de información cognitiva relacionada a un tema específico, creencias sobre la salud, malas experiencias con cuidados /aprendizaje de la salud (Herdman y Kamitsuru, 2015).</p> <p>2.-Patrón de información que puede ser reforzado mediante el deseo expreso de mejorar el aprendizaje (Herdman y Kamitsuru, 2015).</p> <p>3.-Incluir vegetales, frutas y otros productos naturales es la mejor manera de reforzar al sistema inmunitario con las adecuadas vitaminas y minerales. Especialmente quienes pertenecen a los grupos más</p>

	<p>alimentación del niño para prevenir infecciones respiratorias.</p> <p>4.-Brindar sesiones educativas a la madre sobre higiene corporal de su niño: importancia, frecuencia y tiempo de baño (intervalos, duración, temperatura del agua, procedimiento, horario, etc).</p> <p>5.-Realizar visita domiciliaria y evaluar los conocimientos adquiridos por la madre.</p>	<p>expuestos como los recién nacidos, niños menores de 2 años (Williams, 2015).</p> <p>4.-Las sesiones educativas permite fortalecer prácticas adecuadas y reflexionar sobre las inadecuadas y tienen que guardar concordancia con el nivel educativo, contexto sociocultural y las posibilidades que le brinda el entorno (Norma Técnica de CRED N° 537 MINSA, 2017).</p> <p>5.-La visita domiciliaria es una actividad de captación, acompañamiento y seguimiento de la familia del niño para verificar y fortalecer practicas claves como alimentación adecuada e higiene (Norma Técnica. de CRED N°537 MINSA, 2017).</p>
--	---	--

Ansiedad de la madre relacionada a crisis situacional secundario al desconocimiento de los cuidados especiales de un niño con síndrome de down evidenciado por inseguridad y preocupación.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
------------------	-----------------------	------------------------------

<p>Objetivo general:</p> <p>La madre del lactante disminuirá su ansiedad en el lapso de un mes.</p>	<p>1.-Brindar apoyo emocional a la madre del paciente, escuchándola y hablándole en un tono de voz cálido que exprese afecto.</p>	<p>1.- El apoyo emocional ayuda a proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión (Herdman y Kamitsuru, 2015).</p>
<p>Resultados Esperados:</p> <p>1.-La madre tendrá mayor seguridad con el incremento de conocimientos sobre la patología y cuidados especiales en niños con Síndrome de Down.</p> <p>2.-La madre atenuará su preocupación con la información brindada sobre los recursos institucionales disponibles para la comunidad.</p>	<p>2.-Dar apoyo espiritual a madre transmitiéndole pasajes bíblicos.</p> <p>3.-Establecer confianza con la madre demostrándole empatía.</p>	<p>2.-La espiritualidad nos ayuda a tener mejor capacidad para afrontar los desafíos de la vida, así mismo ayuda a reducir el estrés y la depresión (Kim, Kim-Godwin y Koenig, 2016).</p> <p>3.-La confianza es un valor intangible que influye en la toma de decisiones de los individuos y que en situaciones de crisis disminuye, debido a la inseguridad y los cambios asociados a esta situación (Viñeras, 2012).</p>

	<p>4.-Determinar los conocimientos de la madre sobre patología y cuidados del niño con Síndrome de Down.</p> <p>5.-Potenciar la disponibilidad de la madre de aprender estableciendo la credibilidad.</p> <p>6.-Orientar a la madre sobre los recursos disponibles como el Seguro Integral de Salud (SIS) y sus coberturas.</p>	<p>4.-Por conocimiento se entiende como el conjunto de habilidades, experiencias y saberes que una persona o conjunto de ellas poseen en relación con un determinado tema (Nuchera y León, 2012).</p> <p>5.-La credibilidad es importante en la relación enfermera –paciente, sin ella es imposible manifestarle al paciente nuestra intención de ayuda y el tipo de cuidados a seguir (Ramírez y Müggenburg, 2015).</p> <p>6.-El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de</p>
--	---	---

	<p>7.-Realizar interconsulta a medicinal general para las referencias a cardiología, otorrinolaringología, oftalmología y medicina física.</p> <p>8.- Informar a la madre sobre el Centro de Intervención Temprana (PRITE) del Ministerio de Educación cercano a su domicilio para iniciar las terapias de su niño.</p>	<p>pobreza y pobreza extrema (Plan Operativo Institucional del SIS, 2018).</p> <p>7.-Las derivaciones es el acceso a la atención especializada desde el primer nivel asistencial, la Atención Primaria, cuando el problema excede su capacidad de resolución (Báez, Sánchez, Garcés, González, Santos y López de Castro, 2013).</p> <p>8- El Programa de Intervención Temprana (PRITE) es una institución del Ministerio de Educación que cubre necesidades de inclusión educativa para personas con discapacidad (Norma Técnica Para Regular el Funcionamiento del PRITE, 2018).</p>
--	---	---

Estreñimiento relacionado a ingesta de fibra insuficiente evidenciado por cambios en el patron intestinal habitual y esfuerzo excesivo en la defecacion.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>El lactante presentará patrón regular de eliminación intestinal en el lapso de una semana.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1.-El lactante presentará</p>	<p>1.-Realizar el examen físico para determinar distensión abdominal y presencia de ruidos intestinales, frecuencia y características de las deposiciones.</p> <p>2.-Identificar los hábitos alimentarios y estilo de vida del lactante mediante el interrogatorio a la madre.</p>	<p>1.-El examen físico se realiza en cada control de crecimiento y desarrollo mediante la auscultación, palpación, auscultación, y percusión lo que nos permitirá evaluar el balonamiento y presencia de ruidos intestinales (Norma Técnica de CRED N°537 MINSA, 2017).</p> <p>2.- Entre las causas del estreñimiento es la dieta poco adecuada, generalmente hay tendencia a dar la comida tipo papilla sin restos como las fibras que contiene las frutas y verduras. El consumo frecuente de fibra es útil para el colon. Y acelera el avance de los alimentos</p>

<p>deposiciones al menos una vez por día.</p> <p>2.-El lactante presentará deposiciones blandas al siguiente día de la interconsulta con medicina.</p>	<p>3.-Brindar consejería nutricional sobre la importancia de una dieta rica en fibras como cereales, frutas y verduras.</p> <p>4.-Orientar a la madre sobre la importancia de ofrecer al niño al menos 3 vasos de agua al día.</p>	<p>que pasan a lo largo del aparato digestivo y permite que las evacuaciones intestinales sean regulares (Fundación Iberoamericana Down 21, 2009).</p> <p>3.-La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre padre o cuidadores, a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación de CRED (Norma Técnica de CRED N°537 MINSA, 2017).</p> <p>4.-Es importante el aporte de líquidos durante el día .Es necesario propiciar estos hábitos desde que las personas con Síndrome de Down son pequeñas. Los líquidos que consuman deben ser principalmente agua (Moreno, 2014).</p>
--	--	--

	<p>5-Fomentar el ejercicio orientando a la madre para que pueda realizar con su niño ejercicios activos al menos tres veces al día.</p> <p>6.-Realizar interconsulta al servicio de medicina.</p>	<p>Según Mínguez (2013) la ingesta de agua combinada con fibra tiene mejor efecto en el tratamiento del estreñimiento.</p> <p>5-Otra de las causas del estreñimiento es la falta de ejercicio que no ayuda hacer progresar el contenido intestinal (Fundación Iberoamericana Down 21, 2009).</p> <p>6.-En el caso de que las medidas antes mencionadas no sean suficientes porque no mejoran la calidad de vida, la recomendación es derivar al médico ya que se</p>
--	---	--

	<p>7.-Monitorizar el cumplimiento de los compromisos acordados durante la consulta de CRED mediante la visita domiciliaria.</p>	<p>puede recurrir a ciertas medicaciones comenzando con laxantes (Escudero y Bixquert, 2016).</p> <p>7.- Actividad de salud dirigida a la persona y /o familia en su domicilio con el fin de realizar el seguimiento y control del daño (Norma Técnica de CRED N° 537 MINSA, 2017).</p>
--	---	---

Gestión ineficaz de la salud familiar relacionado al conflicto de decisiones evidenciado por actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud (padre no participa en la toma de decisiones para los cuidados del niño).

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>La familia realizará la gestión eficaz de la salud familiar.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1.-La familia presentará actividades familiares adecuadas.</p>	<p>1.-Dar apoyo emocional a la familia escuchándolos en forma sensible y receptiva para así poder identificar sus necesidades y preocupaciones.</p> <p>2.-Brindar apoyo espiritual a la familia transmitiéndole pasajes bíblicos y la oración.</p>	<p>1.- La familia con una persona con discapacidad tiene el objetivo básico de organizarse para dar respuesta al conjunto de necesidades y demandas no esperadas así también a los otros miembros que deben asimilar y comprender la nueva situación con el que han de funcionar para promover el desarrollo, bienestar y estabilidad de todos (Federación Española de Síndrome de Down, 2012).</p> <p>2.-La espiritualidad es importante porque estimula la esperanza brinda propósito y valor a la persona. Es importante</p>

<p>2-La familia participará en la toma de decisiones.</p>	<p>3.-Derivar a la familia (padres y hermana) a interconsulta por el servicio de psicología que ayudara a superar las etapas de aceptación del niño con Síndrome de Down.</p> <p>4.-Educar a los padres sobre las características de desarrollo del niño con Síndrome de Down.</p> <p>5.-Fomentar las competencias parentales mediante el acuerdo con los padres sobre los criterios y comportamientos a seguir con su niño.</p>	<p>para mejorar el bienestar personal de cada uno de los miembros de la familia (Ver, Black y Lobo, 2008).</p> <p>3.-Los padres de los niños con Síndrome de Down pasan por varias etapas tras conocer el diagnóstico su niño, que son las siguientes: impacto, negación, tristeza y dolor, adaptación y reorganización (González, Aguilar, Álvarez, Padilla y González , 2012).</p> <p>4.-La información de las características de desarrollo del niño con Síndrome de Down permite a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel de desarrollo y de las capacidades del niño (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2014).</p> <p>5.-Las competencias parentales son el resultado de un ajuste entre las condiciones psicosociales en las que vive la familia, el escenario educativo que los padres han construido para</p>
---	--	---

	<p>6.-Informar a la familia sobre recursos institucionales disponibles para mejorar la situación actual de su niño.</p> <p>7.-Contactar a la familia con Grupos de apoyo de padres de niños con Síndrome de Down.</p> <p>8.-Ofrecer apoyo y asesoramiento a la familia en la en la toma de decisiones.</p>	<p>realizar su tarea vital y las características del menor (Rodrigo <i>et al</i>, 2009; White, 2005).</p> <p>6.-Permite encaminar las actividades de los padres para una intervención oportuna del niño. Es importante que las familias accedan a servicios en forma regular, flexible y competente (Federación Española de Síndrome de Down, 2012).</p> <p>7.- Es una gran ayuda el contacto con otros padres que atravesaron ya que ellos son quienes mejor pueden describir a los los pormenores de esta vivencia a los futuros progenitores (García, 2011).</p>
--	--	---

		8.-Prestar apoyo y asesoramiento, conjuntamente con un equipo de profesionales ayudan a evitar cualquier preocupación.
--	--	--

Ejecución**SOAPIE**

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	A S	La madre refiere que su niño tiene diagnóstico médico de Síndrome de Down.
18/01/2018	A O	Resultados de estudio genético de sangre periférica: Trisomía 21. Al examen físico lactante presenta rasgos físicos característicos de Síndrome de Down.
18/01/2018	P A	Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (Síndrome de Down).
18/01/2018	IP	Objetivo general: El lactante disminuirá el riesgo de desarrollo psicomotor en el lapso de tres meses.
Del 18/01/2018 Al 18/03/2018	II I	1.-Se evalúa el desarrollo del lactante mediante la aplicación de la escala de evaluación de desarrollo EEDP. 2.-Se brinda apoyo a la familia informándole las características de desarrollo en niños con Síndrome de Down. 3.-Se fomenta el apego madre-niño mediante la enseñanza de canciones a la madre.

		<p>4.-Se brinda pautas de atención temprana de desarrollo (DIT) a la madre</p> <p>5.-Se enseña a la madre pautas de ejercicios físicos pasivos y activos a fin de mejorar la hipotonía.</p> <p>6.-.Se realiza la derivación del niño al Servicio de Medicina General para la referencia al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Público de la jurisdicción para iniciar las terapias correspondientes.</p> <p>7.-Se coordina con la madre para la evaluación de su niño en el PRITE cercano a la vivienda del niño para iniciar su intervención.</p>
18/03/2018	EE	<p>Objetivo parcialmente alcanzado.</p> <p>El lactante disminuyó el riesgo de desarrollo en el área motora, todavía presenta riesgo de retraso en el área de coordinación, lenguaje y social, es por eso que continúa con sus terapias para mejorar las otras áreas desarrollo ya que es un proceso largo por la condición del niño con Síndrome de Down.</p>

Fecha/hora		Intervenciones
-------------------	--	-----------------------

18/01/201	A S	La madre refiere que la fruta es fresco y le causa tos a su niño, no lo baño porque se enferma de bronquios.
18/01/201	O	El lactante presenta regular estado de higiene corporal.
18/01/201	P A	Conocimientos deficientes relacionado a información errónea proporcionada por otros evidenciado por conductas inapropiadas “la fruta es fresco y le causa tos a su niño”“no lo baño porque se enferma de bronquios”.
18/01/201	IP	Objetivo general: Madre del lactante presentará conocimientos adecuados sobre la prevención en salud.
Del 18/01/201 Al 08/02/2018	II	1.- Se identifica los conocimientos de la madre sobre las medidas preventivas de las IRAS. 2.-Se determina la disposición para mejorar los conocimientos a través del deseo expreso de la madre de mejorar sus conocimientos. 3.-Se brinda educación a la madre sobre la importancia de incluir frutas en la alimentación del niño para prevenir infecciones respiratorias. 4.-Se brinda sesiones educativas a la madre sobre higiene corporal de su niño: importancia, frecuencia y tiempo de

		<p>baño (intervalos, duración, temperatura del agua, procedimiento, horario, etc.).</p> <p>5.-Se realiza visita domiciliaria y evaluó los conocimientos adquiridos por la madre.</p>
08/02/2018	EE	<p>Objetivo Alcanzado</p> <p>La madre del lactante tiene conocimientos adecuados sobre prevención para la salud.</p>

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	A S	<p>Madre del niño se refiere sentirse frustrada sobre la atención que recibió su niño en la Entidad No Gubernamental, también refiere estar preocupada porque no cuenta con recursos económicos.</p>
18/01/2018	A O	<p>Al interrogatorio la madre desconoce sobre los cuidados especiales del niño con Síndrome de Down.</p> <p>La madre se muestra intranquila por falta de información correcta.</p>
18/01/2018	P A	<p>Ansiedad de la madre relacionada a crisis situacional secundario al desconocimiento de los cuidados especiales de un niño con Síndrome de Down evidenciado por inseguridad y preocupación.</p>
18/01/2018	IP	Objetivo general:

		La madre del lactante disminuirá su ansiedad en el lapso de un mes.
Del 18/01/2018 Al 18/02/2018	II	<p>1.-Se brinda apoyo emocional a la madre del paciente, escuchándola y hablándole en un tono de voz cálido que exprese afecto.</p> <p>2.-Se da apoyo espiritual a madre transmitiéndole pasajes bíblicos.</p> <p>3.-Se establece confianza con la madre demostrándole empatía.</p> <p>4.-Se determina los conocimientos de la madre sobre patología y cuidados del niño con Síndrome de Down.</p> <p>5.-Se potencia la disponibilidad de la madre de aprender estableciendo la credibilidad.</p> <p>6.-Se orienta a la madre sobre los recursos disponibles como el Seguro Integral de Salud y sus coberturas.</p> <p>7.-Se realiza interconsulta a medicinal general para las referencias a cardiología, otorrinolaringología, oftalmología y medicina física.</p> <p>8.-Se informa a la madre sobre el Centro de Intervención Temprana (PRITE) para iniciar las terapias de su niño.</p>

18/02/2018	EE	<p>Objetivo Alcanzado:</p> <p>La madre del lactante disminuyó su ansiedad ya que tiene mayor seguridad con el incremento conocimientos sobre la patología y cuidados sobre niños con Síndrome de Down, así mismo se encuentra más tranquila con la información brindada sobre los recursos disponibles de la comunidad.</p>
Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	A S	<p>Madre del niño refiere que su niño no hace sus deposiciones hace tres días.</p> <p>Madre refiere que a su niño no le gustan las verduras y cereales.</p>
18/01/2018	A O	Al examen físico el niño presenta abdomen tenso y distendido.
18/01/2018	P A	Estreñimiento relacionado a ingesta de fibra insuficiente evidenciado por cambios en el patrón intestinal habitual y esfuerzo excesivo en la defecación
18/01/2018	IP	<p>Objetivo general:</p> <p>El lactante presentará patrón regular de eliminación intestinal en el lapso de una semana.</p>
Del 18/01/2018	I	1.-Se realiza el examen físico para determinar distensión abdominal y presencia de ruidos intestinales.

<p>AI</p> <p>25/01/2018</p>	<p>II</p> <p>I</p>	<p>2.-Se identifica los hábitos alimentarios y estilo de vida del lactante mediante el interrogatorio a la madre: ¿ su niño consume frutas, verduras y cereales ? y ¿con qué frecuencia?, ¿realiza ejercicios?</p> <p>3.-Se brinda consejería nutricional sobre la importancia de una dieta rica en fibras como cereales, frutas y verduras en la cual la madre se concientizó sobre los beneficios de los alimentos antes mencionados.</p> <p>4.-Se orienta a la madre sobre la importancia de ofrecer al niño al menos 3 vasos de agua al día por lo cual la madre comprende sobre los beneficios del consumo frecuente de líquidos.</p> <p>5.-Se fomenta el ejercicio orientando a la madre para que pueda realizar con su niño ejercicios activos al menos tres veces al día.</p> <p>6.-Se realiza interconsulta al servicio de medicina.</p> <p>7.-Se monitoriza los compromisos acordados durante la consulta de CRED mediante la visita domiciliaria.</p>
<p>25/01/2018</p>	<p>EE</p>	<p>Objetivo Alcanzado</p> <p>Paciente presentó deposición blanda al día siguiente después del tratamiento médico y cuando se realizaba las visitas domiciliarias la madre refiere que las deposiciones realizan en forma diaria.</p>

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	A S	La madre refiere que el papá generalmente no participa en la toma de decisiones respecto a los cuidados del niño.
18/01/2018	A O	-
18/01/2018	P A	Gestión ineficaz de la salud familiar relacionado al conflicto de decisiones evidenciado por actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud (padre no participa en la toma de decisiones para los cuidados del niño).
18/01/2018	IP	Objetivo general: Familia realizará la gestión eficaz de la salud familiar.
Del 18/01/2018 Al 18/03/2018	I II I	1.-Se da apoyo emocional a la familia escuchándolos en forma sensible y receptiva en la cual se identifica sus necesidades y preocupaciones. 2.-Se deriva a la familia (madre y hermana) a interconsulta por el servicio de psicología que ayudará a superar las etapas de aceptación del niño con Síndrome de Down. 3.-Se educa a los padres sobre las características de desarrollo del niño con Síndrome de Down.

		<p>4.-Se fomenta las competencias parentales mediante el acuerdo con los padres sobre los criterios y comportamientos a seguir con su niño.</p> <p>5.-Se informa a la familia sobre recursos institucionales disponibles para mejorar la situación actual de su niño.</p> <p>6.-Se brinda apoyo espiritual a la familia transmitiéndoles pasajes bíblicos a la familia.</p> <p>7.-Se ofrece apoyo y asesoramiento a la familia en la en la toma de decisiones.</p>
18/03/2018	EE	<p>Objetivo Parcialmente Alcanzado</p> <p>La familia presenta seguridad y tranquilidad ante la situación actual pero todavía no realiza la gestión eficaz ya que no participan en su totalidad en la toma de decisiones por que el papá del niño trabaja todo el día y no pudo acudir a las citas por el servicio de psicología.</p> <p>No se pudo contactar a la familia con grupos de apoyo con padres con hijos con Síndrome de Down ya que las reuniones son lejos de la jurisdicción de la vivienda del paciente.</p>

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>El lactante mejorará su desarrollo en el lapso de tres meses.</p>	<p>OPA</p> <p>El lactante disminuyó el riesgo de desarrollo en el área motora, todavía presenta riesgo de retraso en el área de coordinación, lenguaje y social, es por eso que continúa con sus terapias para mejorar las otras áreas desarrollo ya que es un proceso largo por la condición del niño con Síndrome de Down.</p>

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Madre del lactante tendrá conocimientos adecuados sobre prevención para la salud.</p> <p>Resultados Esperados:</p> <p>1.- Madre del lactante presentará conductas apropiadas para el cuidado de la salud.</p>	<p>Objetivo Alcanzado</p> <p>La madre del lactante tiene conocimientos adecuados sobre prevención para la salud.</p>

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>La madre del lactante disminuirá su ansiedad en el lapso de un mes.</p> <p>Resultados Esperados:</p> <p>1.-La madre tendrá mayor seguridad con el incremento de conocimientos sobre la patología y cuidados especiales en niños con Síndrome de Down.</p> <p>2.-La madre atenuará su preocupación con la información brindada sobre los recursos institucionales disponibles para la comunidad.</p>	<p>Objetivo Alcanzado:</p> <p>La madre del lactante disminuyó su ansiedad ya que tiene mayor seguridad con el incremento de conocimientos sobre la patología y cuidados sobre SD, así mismo se encuentra más tranquila con la información brindada sobre los recursos institucionales disponibles de la comunidad.</p>

Diagnóstico 4	Evaluación
----------------------	-------------------

<p>Objetivo general:</p> <p>El lactante presentará patrón regular de eliminación intestinal en el lapso de una semana.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1.-El lactante presentará deposiciones al menos una vez por día.</p> <p>.2.El lactante presentará deposiciones blandas al siguiente día de la interconsulta con medicina.</p>	<p>Objetivo Alcanzado:</p> <p>Paciente presentó deposición blanda al día siguiente después del tratamiento médico y cuando se realizaba las visitas domiciliarias la madre refiere que su niño realiza las deposiciones en forma diaria.</p>
Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Familia realizará la gestión eficaz de la salud familiar.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1.-La familia presentará seguridad y tranquilidad ante la situación actual.</p> <p>2-La familia participará en la toma de decisiones.</p>	<p>Objetivo Parcialmente Alcanzado</p> <p>La familia presenta seguridad y tranquilidad ante la situación actual pero todavía no realiza la gestión eficaz ya que no participan en su totalidad en la toma de decisiones ya que el papa del niño trabaja todo el día y no pudo acudir a las citas por el servicio de psicología.</p> <p>No se pudo contactar a la familia con grupos de apoyo con padres con hijos con</p>

	SD ya que las reuniones son lejos de la jurisdicción de la vivienda del paciente.
--	---

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes

Antecedentes Internacionales.

Troya (2014,2015) realizó la investigación “La estimulación sensorial en el desarrollo psicomotriz de 0 a 1 año en un niño con Síndrome de Down. Estudio de caso, Ecuador”, el objetivo fue determinar si la estimulación sensorial influye en el desarrollo psicomotriz de 0 a 1 año en un niño con Síndrome de Down y presentar una propuesta de guía de ejercicios de estimulación sensorial, la metodología fue un estudio

de tipo descriptivo y explicativo de enfoque cualicuantitativo, se utilizó como método la observación con la aplicación de la escala de desarrollo de Nelson Ortiz, al iniciar se aplicó un pre test y al finalizar un pos test para ver qué cambios y avances se obtuvieron luego se aplicó ejercicios de estimulación sensorial en sesiones de 30 a 45 minutos tres veces por semana durante seis meses, se usó ficha de observación y lista de cotejos para registrar hallazgos y características del caso de estudio, los resultados fueron que la estimulación sensorial precoz influye favorablemente en el desarrollo de habilidades y destrezas del niño con Síndrome de Down.

Pineda (2013) realizó un estudio de investigación “Estrategia educativa dirigida a la familia para la promoción de la salud en niños con Síndrome de Down, Cuba”, el objetivo fue de mejorar los conocimientos de los padres frente a las enfermedades asociadas a los niños con Síndrome Down mediante la aplicación de un programa educativo. El tipo de estudio fue descriptivo, explicativo y propositivo de diseño pre experimental con la aplicación de un pre y post test a 22 padres que asistieron a los talleres sobre los conocimientos y aspectos relacionados al Síndrome de Down, se dividió en tres fases: en la fase inicial se aplicó una encuesta, evaluada y avalada por expertos, sobre diferentes aspectos de la salud de los niños; en la segunda fase se aplicaron los talleres a todos los padres y/o madres; y la tercera fase consistió en la aplicación de encuesta post taller. Y los resultados fueron: el nivel educacional de los padres es alto 82,1% y después del taller se incrementó a 92,9%. Además respecto a las enfermedades asociadas identificaron a las infecciones respiratorias como la principal causa de enfermedades asociadas, las conclusiones fueron que: aumentó el conocimiento de los padres y/o madres sobre las enfermedades asociadas al Síndrome Down, gracias a la estrategia aplicada mediante talleres.

Godoy y Campos (2011) realizaron una investigación “Descripción del nivel de Desarrollo Psicomotor en niños con síndrome de Down menores de dos años de edad, pertenecientes al programa de estimulación temprana en el Colegio Especial Armonía, La Calera-Chile” cuyo objetivo fue describir el nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños con síndrome de Down menores de dos años, la metodología fue un estudio tipo descriptivo explicativo, donde se describió el desarrollo psicomotor de niños con Síndrome de Down que asisten a la institución antes mencionada mediante la aplicación de dos Escala de Evaluación de Desarrollo EEDP y el Diagnóstico Funcional de Desarrollo según el método Múnich (DFDM) los resultados fueron que en promedio hay un mayor retraso en el área motriz, con cuatro meses de desfase, mientras que el área coordinación es la que presenta menor retraso, con tan solo un mes. Mientras que cuando se utilizó el DFDM se evidenció en promedio un mayor retraso en la edad de gateo, con 6 meses de desfase, mientras que el área mejor evaluada fue la edad de percepción, además elaboraron una tabla con las edades de aparición de los hitos del desarrollo y la descripción respectiva de los patrones de postura y movimiento que fueron evidenciados durante del estudio.

Existen pocas investigaciones sobre el tema a nivel nacional, para el presente caso se relacionaron las siguientes investigaciones.

Antecedentes Nacionales.

Espinoza (2017) realizó el trabajo académico “Nivel de conocimientos de los padres de familia sobre estimulación temprana en niños con Síndrome de Down de 1 a 3 años que acuden a una institución de educación especial, Lima” cuyo objetivo fue determinar cuál es el nivel de conocimientos que tienen los padres sobre estimulación

temprana en niños con Síndrome de Down que permitirá implementar estrategias de enfermería durante la atención intra y extramural. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo y aplicativo de corte transversal, la técnica que se utilizó fue la aplicación de una encuesta y el instrumento un cuestionario que se aplicó a 35 padres por muestreo no probabilístico intencional. Los resultados fueron que la mayoría de los padres de familia evidencia tener un nivel de conocimientos medio respecto a la estimulación temprana en niños con Síndrome de Down esto demuestra que el profesional de salud en su rol educador que permite mejorar e incrementar los conocimientos de los padres sobre el tema.

López y Huanca (2012) realizaron un trabajo académico “Nivel de sobrecarga y estrategias de afrontamiento en padres e hijos con Síndrome de Down, Institución Educativa Especial, Arequipa”, tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento en padres de hijos con Síndrome de Down. La metodología de la presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal con diseño correlacional. La población de estudio estuvo constituida por 93 padres, los cuales según los criterios de inclusión y exclusión estuvieron conformados por 52 participantes, se utilizó como método la encuesta, como técnica fue la entrevista, siendo los instrumentos una ficha de recolección de datos sociodemográficos diseñada por los autores para obtener características generales de los padres, la escala del Cuidador de Zarit y el cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE). Los resultados fueron que la estrategia de afrontamiento más utilizada fue enfocada al problema con un 66.86%, seguido de la emoción 63.18% y la percepción 43.56%.

Marco conceptual

Síndrome de Down.

Según Fernández (2011) menciona que el Síndrome de Down es una patología que corresponde a una alteración de origen genético producida por la existencia de un cromosoma adicional (o una parte de él) en la pareja cromosómica 21, es así que se conoce como trisomía 21 por lo cual las células de estas personas tienen tres cromosomas en dicho par cuando lo habitual es que solo existan dos. Es por ello que presentarán características clínicas, tales como discapacidad intelectual mental (de grado variable), braquicefalia, anomalías cardíacas congénitas, displasia de la segunda falange del quinto dedo, manos pequeñas, ojos almendrados, hipotonía, además de retraso en el desarrollo físico y psíquico, entre otras que serán descritas más adelante.

Así también el Síndrome de Down es la principal causa genética conocida de discapacidad intelectual. Un cromosoma extra del par 21, o una parte de él es responsable a lo largo de las diferentes fases de la vida de las alteraciones morfológicas, bioquímicas y funcionales que se producen en diversos órganos (Santiago, Jimeno y García, 2012).

Antecedentes históricos.

Según López, Parés, Yáñez y Valdespino (2000) se preguntaron la gran interrogante cuando apareció el Síndrome de Down, conocido en la actualidad como SD, aún se desconoce si está presente desde el inicio de la civilización, o si surgió en épocas más recientes. La información antropológica más remota que se conoce del Síndrome de Down tiene su origen en el hallazgo de un cráneo sajón que remonta al

siglo VII D.C. En el cual se observaron en la estructura ósea alteraciones, semejantes a las que suelen presentar las personas con Síndrome de Down hoy en día. Por otro lado una de las primeras descripciones de un infante que posiblemente tenía Síndrome de Down, se adjudica a Etienne y Esquirol en 1838 quienes en su libro describieron a pacientes caracterizados por hendiduras palpebrales, pliegues epicánticos, puente nasal plano, prolucción lingual, entre otros rasgos característicos.

El médico inglés John Langdon Down en el año 1866, siendo director de un asilo estudió minuciosamente a un grupo de pacientes con discapacidad intelectual y que además presentaban características físicas en común. En ese entonces publicó un artículo donde describió algunas características de sus pacientes, donde recalcó el aspecto oriental de los ojos, pensando que sus pacientes parecían mongoles. Sin embargo, este parecido era coincidente y el término debería retirarse ya que los niños de cualquier grupo étnico pueden presentar el síndrome de Down (López *et al.*, 2000).

Alrededor de 1959 Jérôme Lejeune, Marthe Gautier y Raymond Turpin, descubrieron mediante un estudio de análisis del cariotipo en fibroblastos humanos cultivados que el Síndrome de Down correspondía a un desorden genético, que ocasionaría que los pacientes tengan 47 cromosomas en lugar de 46, por la presencia de un tercer cromosoma (Kaminker y Armando, 2008). En 1961 varios científicos se agruparon y entre los cuales destacó un familiar de Langdon Down quien tomó la decisión de cambiar los términos de mongol, mongólico y mongolismo por el de síndrome de Down, ya que los términos usados anteriormente eran molestos, ofensivos y despectivos debido a la implicación racial y la connotación étnica. Finalmente el

nombre de Síndrome de Down fue aceptado y confirmado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1965 (Cammarata, *et al.*, 2010).

Entre las particularidades genéticas del Síndrome de Down se genera deficiencias en las funciones cognitivas como la discapacidad intelectual a nivel ocular, auditivo y cardíaco. Aún se desconoce la causa del proceso de división defectuoso (llamado de no disyunción), en el cual los materiales genéticos no consiguen separarse durante una parte importante de la formación de los gametos, lo cual ocasionaría que se genere un cromosoma más llamado trisomía 21. Pero podría estar relacionado con la edad de la embarazada. El cromosoma adicional presente va influir en el desarrollo normal del feto. Las personas con Síndrome de Down generalmente presentan más problemas oculares que quienes no tienen este problema genético. Además, del 60% al 80% tienen un déficit auditivo y del 40% al 45% padecen alguna enfermedad cardíaca congénita. Otro motivo de preocupación se relaciona con factores nutricionales. Así también presentan anomalías intestinales, padecen enfermedades cardíacas graves y suelen mostrar un retraso en el desarrollo (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Estadísticas.

El Síndrome de Down representa la anomalía congénita que afecta cada año a más de un cuarto de millón de nacidos vivos. Según la Organización Mundial de la Salud: Se calcula que cada año 276.000 recién nacidos fallecen en las primeras cuatro semanas de vida en el mundo ocasionado por las anomalías congénitas. Dichas anomalías congénitas generalmente ocasionan discapacidades crónicas que generan gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el Síndrome de Down (OMS, 2015).

Así mismo Ivan y Cromwell (2014) mencionan que el Síndrome de Down es la alteración cromosómica más frecuente y la causa principal de discapacidad intelectual en todo el mundo. En la mayoría de los casos su causa es una copia extra del cromosoma 21 (human chromosome 21 - Hsa21). Abarca un conjunto complejo de patologías que involucran prácticamente todos los órganos y sistemas. Las alteraciones más prevalentes y distintivas son la dificultad para el aprendizaje, dismorfias craneofaciales, hipotiroidismo, cardiopatías congénitas, alteraciones gastrointestinales y leucemias. Se estima que es la causa de 1 de cada 150 abortos del primer trimestre y de 8% de las anomalías congénitas en Europa.

A nivel nacional, la primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad, ENEDIS, 2012, evidencia una prevalencia del 5.7% de hogares que tienen algún miembro de la familia que presenta limitación para concentrarse y recordar, y un 3.4% de hogares que tienen un miembro de la familia con limitación para poder relacionarse con los demás en relación a sus sentimientos emociones y conductas, en dichos grupos se ubican las personas con Síndrome de Down.

Según el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad a cargo del Consejo Nacional para la integración de la persona con Discapacidad (CONADIS) reporta que al 2015 tiene inscritas un total de 141 731 personas, de las cuales 8 800 tienen Síndrome de Down, representando el 6.21% del total de los registros. El 44.7% son mujeres y el 55.3% son hombres, lo que en valores absolutos equivale a 3937 mujeres y 4863 hombres con dicho diagnóstico.

En relación a la distribución por grupo etario, el 34.97% de los registrados con Síndrome de Down están ubicados en el grupo etario de 6 a 13 años de edad, seguidos del grupo de 18-29 años con 23.72% y los menores de 5 años con 15.01%. En relación a

la distribución de género la cantidad de hombres es mayor a la de mujeres. La mayoría de las personas con Síndrome de Down inscritas en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad residen en la región Lima Metropolitana con 3 766 registros (42.80%), en segundo lugar está la región Piura con 498 (5.66%) y en tercer lugar está La Libertad con 457 (5.19%) personas inscritas, por otro lado los de menor porcentaje de 0.67% y menos corresponden a Huancavelica, Pasco, Moquegua, Ucayali y Madre de Dios (Observatorio Nacional de la Discapacidad, 2016).

Son pocos los niños que acuden al servicio de CRED con el diagnóstico médico de Síndrome de Down, en el año 2017 solo se atendieron a 3 niños con dicho diagnóstico en el servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud público en estudio (Área de Estadística, 2018).

Etiología.

Según Vicario (2014) El Síndrome de Down que también es conocido como trisomía del par 21 debido a una alteración genética del cromosoma extra en dicho par, en la cual esta alteración resulta de 3 situaciones distintas:

Trisomía 21: Esta constitución se observa en el 95% de los Síndrome de Down. Existen tres copias libres del cromosoma 21, en vez de las dos normales y su incidencia está en relacionado a la edad materna en aproximadamente el 95% de los casos, mediante los estudios del ADN, se ha llegado a la conclusión de que el cromosoma 21 extra es de origen materno por no disyunción (separación) cromosómica durante la meiosis materna. De esta forma, el óvulo contendría dos copias del cromosoma 21 (en vez de lo normal que sería una copia única). La tercera copia es aportada por el espermatozoide (Kaminker y Armando, 2008).

Translocación: Después de la trisomía libre, otra de las causas con mayor frecuencia de aparición del exceso de material genético es la translocación. En esta variante el cromosoma 21 extra (o una parte del mismo) se encuentra "pegado" a otro cromosoma (generalmente a uno de los dos cromosomas del par 14), por lo que el recuento genético arroja una cifra de 46 cromosomas en cada célula. En esta situación no existe un problema con la disyunción cromosómica, sin embargo uno de ellos porta un fragmento "extra" con los genes del cromosoma "translocado". A efectos de información genética se sigue tratando como una trisomía 21 ya que se duplica la dotación genética de ese cromosoma (Basile, 2008).

Mosaicismo: Es el menor porcentaje aproximadamente de 1 o 2 % de los casos con Síndrome de Down. En esta ocasión el individuo presentará dos líneas celulares en su organismo, una con trisomía 21 completa y la otra normal; esto debido a una no disyunción durante las primeras divisiones celulares post concepcional. La proporción en que estas dos líneas se presentan varía bastante de un individuo a otro. Cuanto más es la proporción de la línea normal, mayor será la probabilidad de que el individuo presente menos rasgos propios del Síndrome de Down, y que el déficit intelectual sea mínimo, y de que tenga menores complicaciones médicas (Santiago *et al.*, 2012).

Factores de riesgo.

Se desconocen aún las causas que provocan el exceso cromosómico, pero diversos estudios relacionan al Síndrome de Down con factores de riesgo de diversa índole como de origen genético, físico, químico, inmunológico, infeccioso y social, pero del total solo son tres que se consideran en la actualidad como posibles agentes etiológicos de la trisomía 21: que son las anomalías cromosómicas de los padres capaces

de inducir una no disyunción meiótica secundaria, la exposición precigótica materna a radiaciones ionizantes y la avanzada edad materna. Las dos primeras probables causas, si bien son importantes, son responsables, en la práctica, de una minoría de casos de Síndrome de Down, mientras que se ha comprobado que existe una estrecha relación entre esta patología y la edad materna. Ya que según Nazer y Cifuentes (2011) un tercio de los niños afectados con trisomía 21 nacen de madres cuyas edades oscilan de 40 años o más.

Perfil clínico del Síndrome de Down.

El Síndrome de Down ocasiona alteraciones anatómicas y fisiológicas de diversa índole, que se describirán a continuación:

Alteraciones anatómicas.

Según Artigas (2005) manifiesta las siguientes alteraciones anatómicas:

Cabeza: Microcefalia con el diámetro ánteroposterior reducido, hueso occipital aplanado.

Cara: Aplanamiento facial, pliegues epicánticos, hendiduras palpebrales oblicuas, puente de la nariz ancha, eritema facial continuo, microtia con el hélix doblado, los ojos son de característica almendrados y presentan manchas de Brushfield blancas y grises en la periferia del iris visibles en el periodo neonatal y desaparecen paulatinamente entre los 12 meses posteriores.

Cuello: Corto, piel exuberante.

Extremidades: Manos pequeñas y anchas, pliegue palmar único (pliegues simiesco), clinodactilia, algunos casos pueden ser acompañados de una

polidactilia y sindactilia, pies con amplio espacio interdigital entre el primer y segundo dedo.

Alteraciones fisiológicas.

Menciona Vicario (2014) que se presentan alteraciones fisiológicas en los siguientes sistemas:

Sistema cardíaco: como las cardiopatías.

Sistema digestivo: como las alteraciones gastrointestinales, disfagia.

Sistema respiratorio: como las neumonías, sinusitis, roncopatías.

Sistema tegumentario: como el acné, dermatitis, psoriasis, vitíligo, micosis.

Sistema nervioso a nivel neuronal: epilepsia

Sistema endocrino: hipotiroidismo.

Alteraciones sensoriales.

De acuerdo a Bruni (2016) afirma las siguientes alteraciones:

Alteraciones visuales: miopía, astigmatismo, cataratas, desprendimientos de retina, conjuntivitis.

Alteraciones auditivas: otitis de repetición, hipoacusias.

Trastornos del olfato: rinitis, alteraciones de los senos paranasales.

Alteraciones del habla, aprendizaje y el lenguaje.

Según Fernández (2011) se presentan las siguientes alteraciones:

Nivel fonológico:

Desarrollo fonológico atemporal y presenta múltiples procesos de simplificación fonológica, presencia de errores articulatorios, de dislalias, taquilalia y/o disfemia, baja discriminación auditiva, aparición tardía de fonemas velares y vibrantes múltiples, principalmente.

Nivel semántico:

Se refiere al déficit de habilidades prelingüísticas, del vocabulario comprensivo y expresivo, de relaciones semánticas, igualmente, bajo entendimiento de absurdos verbales, de analogías opuestas, de reconocimiento y definición de objetos por uso.

Nivel morfosintáctico:

En este nivel se caracteriza por la poca habilidad en la adquisición y uso de los morfemas gramaticales en género, número, concordancia, conjunciones, posesivos, etc., baja capacidad de creación de frases complejas, limitación en la conjunción de formas verbales, construcciones ecológicas, dificultad en comprensión de adverbios de lugar, pronombres relativos, retraso general de desarrollo morfosintáctico.

Nivel pragmático:

Son menos propenso a procesos de comunicación, no hay intentos de iniciar la conversación, poca claridad y cohesión, se aprecia aceleración en el discurso y dificultad de ser interrumpido, uso de gestos para comunicar

sus deseos o necesidades, buena capacidad comunicativa comparada con la que poseen para el habla y otros aspectos del lenguaje.

Alteraciones mentales.

Menciona Bruni (2016) menciona los siguientes trastornos:

Trastornos afectivos: depresión, manía, trastorno bipolar.

Alzheimer, demencia.

Trastornos del comportamiento: Trastorno de la actividad y de la conducta, mutismo selectivo, estereotipias motrices, etc.

Enfermedades asociadas más frecuentes.

Cardiopatías.

La mayoría de niños que nace con este síndrome padece malformaciones cardíacas en un 40 a 50%, siendo una de las principales causas de morbimortalidad, especialmente en los primeros dos años; por tanto deben ser intervenidos cuanto antes a fin de optimizar su función cardíaca y mejorar el pronóstico de vida. La alteración más frecuente es el canal atrio-ventricular completo o el defecto total del septum atrio-ventricular y lo cual representa hasta el 80% de todos los casos. Otras anomalías son: comunicación interauricular, comunicación interventricular, persistencia del conducto arterioso y tetralogía de Fallot (Núñez, López & Lucas, 2012).

Alteraciones gastrointestinales.

Los infantes con Síndrome de Down también presentan malformaciones y alteraciones del aparato gastrointestinal superior e inferior, algunas veces pueden identificarse tardíamente o pueden detectarse secundariamente a problemas de origen cardiovascular o respiratorio esto quiere decir que existe relación entre si ya que el 70 % de los niños con Síndrome de Down que nacen con anomalías digestivas y también presentan problemas cardiacos generalmente se detectan en los primeros meses como son la estenosis de píloro, la imperforación de ano y la enfermedad de Hirschsprung y otras alteraciones como el reflujo gastroesofágico, el estreñimiento crónico y otros problemas (Escobar y Tejerina, 2014).

Trastorno Endocrino.

Aproximadamente entre un 30% a 40% de niños con Síndrome de Down presentan problemas endocrinológicos, sin embargo por la ausencia de manifestaciones clínicas en estos niños es más complicado su detección. Por otro lado si durante el crecimiento del niño existe la falta de la hormona tiroidea podría ocasionar un daño irreversible, afectando aun mas su capacidad intelectual y produciendo también un retraso en el crecimiento y el desarrollo psicomotor así como complicaciones cardiovasculares (Álpera, Morata y López, 2012).

Trastornos de la visión.

La visión constituye el sentido más importante para cualquier persona, pues le proporciona más del 90% de la información que proviene del exterior. Es por ello la

importancia de detectar las alteraciones visuales precozmente en estas personas. A efectos prácticos se pueden clasificar en defectos refractivos: miopía, hipermetropía y astigmatismo, trastornos de la motilidad ocular: estrabismo y el nistagmus, catarata y un cuarto grupo: blefaritis, queratocono, fistulas y obstrucciones lagrimales (Puig y Galán, 2014).

Trastornos de la audición.

Según esta revisión, la prevalencia de pérdida auditiva en niños con Síndrome de Down oscila entre el 34-36% y más del 43% de los recién nacidos que pasan el cribado de audición neonatal, desarrollarán posteriormente una pérdida auditiva de tipo conductivo. De los factores de riesgo de pérdida auditiva en esta población, el más frecuente es la otitis media con efusión, generando alteraciones de tipo conductivo. Existen dos picos en cuanto a la prevalencia de otitis media durante el desarrollo de pacientes con Síndrome de Down: al año y a los 6-8 años de edad. La presencia de esta patología se asocia directamente con la disminución de los niveles auditivos durante estas etapas específicas del desarrollo (Rodilla, 2018).

Trastornos odontoestomatológico.

Las manifestaciones bucales de estos pacientes son variables. Los maxilares superior e inferior son considerablemente más pequeños, la lengua tiene un mayor tamaño (macroglosia) y es frecuente que presenten hábitos de succión digital (chuparse el dedo). La lengua además puede verse asociada a unos surcos profundos e irregulares confiriendo la llamada lengua escrotal, fisurada o lobulada. Entre las características de los niños con SD son la respiración bucal, inadecuado desarrollo del paladar, sequedad

de las mucosas (falta de saliva), alteraciones en la erupción dentaria, formación defectuosa del esmalte del diente, diente de leche o permanentes más pequeños (microdoncia), falta de dientes permanentes (agenesias) (Montenegro, 2015).

Inmunodeficiencia y susceptibilidad a infecciones.

Las personas con Síndrome de Down tienen mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas. Entre los factores que condicionan a ello es el contacto con otras personas en centros de educación o atención especial, y sobre todo la y la frecuente coexistencia de otras anomalías, como las cardiopatías, que también generaran mayor riesgo o vulnerabilidad a las infecciones (Corretger, 2014).

Diagnóstico y recurrencia.

El Síndrome de Dow puede diagnosticarse prenatalmente realizando un estudio citogenético de vellosidades coriónicas o de líquido amniótico. La biopsia de corión se realiza en la semana 9-10. La amniocentesis consiste en extraer líquido amniótico (por punción transabdominal) en la semana 15 del embarazo, y confirma el diagnóstico con seguridad.

El estudio citogenético en linfocitos de sangre periférica es un medio diagnóstico es utilizado ampliamente para diagnosticar diferentes cromosomopatías de origen genético (Blanco, Del Carmen, Miñoso y Socarrás, 2013).

El riesgo de recurrencia depende de la edad materna, pero también del cariotipo de los progenitores. En el caso que se trate de una trisomía 21, el riesgo de recurrencia para las mujeres de edad superior a los 30 años es el mismo que le da su edad. En las

mujeres más jóvenes es algo más alto. Mientras que en caso de una traslocación y alguno de los progenitores sea portador, no influye la edad materna, pero existe un riesgo más alto de recurrencia si el portador de la traslocación es la madre. En el caso de que alguno de los padres tenga una traslocación Robertsoniana entre dos cromosomas 21 el riesgo de recurrencia es del 100% independientemente del sexo que lo transmita. Si ninguno de los progenitores es portador de una traslocación el riesgo de recurrencia es de alrededor de un 2-3% (Artigas, 2005).

Tratamiento.

Para el Síndrome de Down no existe un tratamiento estándar y único. Los tratamientos dependen de las necesidades físicas e intelectuales de cada individuo, así como de sus destrezas y limitaciones personales. (National Human Research Genome Institute, 2010).

Actualmente se ha mejorado la expectativa de vida de las personas con Síndrome de Down, que dependerá del diagnóstico y tratamiento precoz de los problemas frecuentes que presentan así también de la intervención temprana y vacunación oportuna.

Intervención Temprana.

La intervención temprana consiste en brindar al niño una gama de experiencias con el propósito de fomentar futuros aprendizajes, y de esta forma, minimizar los efectos del Síndrome de Down. Es por ello que es importante un diagnóstico precoz que permita iniciar una intervención oportuna que será más eficaz, ya que la capacidad de

asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho más elevada etapas tempranas del desarrollo (Hernández, Muela *et al.*, 2004).

Vacunaciones.

El Síndrome de Down generalmente va asociado a un déficit primario de la inmunidad, lo que implica una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas y auto inmunes, sobre todo del tracto respiratorio lo cual constituye la segunda causa de muerte en estos casos especialmente en los primeros cinco años. En relación a las respuestas a los antígenos vacunales son dispares esto podría ser debido a la heterogeneidad de las deficiencias inmunitarias propias del síndrome, es así que las indicaciones, aplicaciones y seguridad de las vacunas son superponibles a las determinadas poblaciones en general. Ya que se demostró el gran impacto de las vacunas frente a las enfermedades prevenibles (Corretger, 2008, 2014).

Pronóstico.

Generalmente la mortalidad de las personas con Síndrome de Down está en relación a la patología es por ello que la esperanza de vida dependerá de su detección precoz. Hoy en día pueden alcanzar 56 años. Alrededor de los 40 a 45 años el envejecimiento puede aparecer acompañado de un descenso de las capacidades cognitivas, lenguaje y habilidades sociales (Madrigal, 2004).

Desarrollo Psicomotor del Niño con SD.

El Desarrollo Psicomotor consta de etapas que presenta los logros y adquisición de habilidades, que tiene por objetivo obtener una independencia motora, social, desarrollo cognitivo, habilidades sociales y exploratorias (Antoranz y Villalba, 2010; Cabezuelo y Fontana, 2010). Así también Polonio (2008) menciona que el desarrollo psicomotor se evidenciara mediante el logro de los hitos de desarrollo psicomotor que se caracteriza por el logro de una secuencia ordenada de etapas que va definida por una determinada actividad postural y motora.

En el caso de niños con Síndrome de Down en cuanto al desarrollo psicomotor es una nueva realidad debido a que el cerebro presenta alteraciones que limitan su pleno desarrollo y función que afectara en menor o mayor grado el correcto desarrollo motor, sensorial, verbal, cognitivo y adaptativo (Battaglia, *et al.*, 2008).

Pascual (2009) también hace referencia a que los factores ambientales y biopsicosociales influirán en la base del proceso motor, perceptual o cognitivo del infante. También es importante tener en cuenta que en el caso de los niños con Síndrome de Down el logro de habilidades motoras se realiza en el mismo orden pero generalmente es en edades posteriores al compararse con el desarrollo normal (Flórez, 2005).

Diversos autores hacen mención al logro de los hitos o habilidades motoras ya que reportan un rango de variabilidad amplia, como el caminar en la cual la edad más temprana de marcha a los 15 meses, y la edad más tardía del mismo a los 74 meses. Y los niños que solo permanecen en casa y no son intervenidos demoran aun mas ya que caminan alrededor de los 24 a 28 meses. En relación a los otros hitos motores como girar, sentarse y gatear también es variable y un rango amplio de logro en niños con Síndrome de Down. El giro se lograra entre los 5 y los 6,4 meses de edad. El sedente

independiente 8,5 a 11,7 meses, y el gateo, se da entre los 12, 2 hasta los 17, 3 meses de edad (Palisano *et al.*, 2001).

Analizando las características de desarrollo de los niños con Síndrome de Down es importante que se cuente con una escala que se adapte a estos casos para poder llevar un mejor seguimiento de los progresos y que estos sean evidenciados y de esta manera mitigar una de las grandes preocupaciones de las familias con niños con Síndrome de Down especialmente en aquellos que están asistiendo a estimulación temprana a temprana edad (Diez, 2008).

Diversos estudios a través de un seguimiento de niños con Síndrome de Down proponen tablas de aparición de hitos con el rango de edades, por ejemplo el de los investigadores (Anexo F).

Etapas Psicológicas de Aceptación del Niño con Síndrome de Down.

Según Rossel (2004) menciona diversas etapas emocionales que atraviesan los progenitores cuando tienen un hijo con discapacidad: impacto, negación, tristeza y dolor, adaptación y reorganización del mismo modo resaltan dicha información (González, Aguilar, Álvarez, Padilla y González 2012).

Etapas de impacto.

Generalmente cuando la familia recibe la noticia de la llegada de un nuevo miembro se experimenta sentimientos de ansiedad y idealizan como será su niño y tienen muchas expectativas positivas, pero cuando reciben la noticia de la nueva

situación se genera sentimientos negativos como rechazo y no aceptan la información recibida.

Etapa de negación.

Antes del nacimiento los padres todavía mantienen esperanzas y cuando nace el niño tienen expectativas positivas, pero conforme pasa el tiempo se dan cuenta de la realidad y muestran una actitud de negación sobre todo por los prejuicios y opiniones de terceras personas y también adoptan una actitud caracterizado por falta de comunicación que afectara el vínculo afectivo.

Etapa de tristeza y dolor.

Caracterizado por la aceptación parcial de la situación ya que los padres experimentarían angustia y temor del futuro de su niño, esta etapa es la más larga hasta que se empieza con el proceso de adaptación en la cual los padres mostrarían deseos aprender, aquí se debería reforzar el vínculo afectivo porque caso contrario si no se supera esta etapa podría ocasionar el abandono y maltrato del niño.

Etapa de reorganización.

En esta etapa ya se superó el dolor y ansiedad, lo más importante es que el nuevo miembro ya está integrado, el vínculo afectivo ya está restablecido y los padres reconocen las características del Síndrome de Down es así que buscan estrategias para mejorar las capacidades de su niño mediante la intervención temprana. Con cada logro en el desarrollo psicofísico constituirá una motivación a seguir adelante.

Modelo teórico

Para el presente trabajo se fundamenta en el siguiente modelo teórico de enfermería:

Modelo Teórico de Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación.

El presente modelo se fundamenta en la teoría de la adaptación que desarrolló Callista tras su experiencia en pediatría en la que quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños frente a diversas situaciones.

Roy (2009) menciona frente a las situaciones cambiantes de la vida diaria los procesos de afrontamiento y adaptación son innatos y adquiridos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia. Así mismo, Veloza, Moreno, Crespo & Gutiérrez (2007) mencionan que el afrontamiento y la adaptación son procesos dinámicos y que son importantes para lograr una adecuada calidad de vida.

Gonzales (2007) hace referencia a las estrategias de afrontamiento mediante el aprendizaje y que también están relacionadas a experiencias de la vida, menciona a la vez dos subsistemas: cognitiva que comprende el procesamiento de la información y ambiental que se refiere a los estímulos internos y externos que conllevaran a procesar la adaptación en los cuatro modos: las necesidades fisiológicas básicas, la autoimagen, dominio de un rol o papel, interdependencia.

Para entender mejor, Roy describe cinco factores de adaptación y afrontamiento por lo cual un individuo debe pasar, para afrontar y adaptarse a los cambios que son producidos por estímulos externos y/o internos que se producen en el ambiente o situación en la que se encuentren, la persona, familia o comunidad; siendo sujetos a responder de modo satisfactorio o adaptable a situaciones nuevas y estresantes (Pereira, Oliveira, Leite y Giménez, 2011).

Metaparadigmas Desarrollado en la Teoría de Callista Roy.

Persona.

En la cual menciona que el sistema humano es adaptable y en constante interacción con un entorno cambiante. . El sistema humano son un conjunto de métodos internos que interactúan para mantener el nivel de adaptación en equilibrio con el medio cambiante en cuanto a sus necesidades básicas o modos de vida (Tellez, 2012).

Cuidado de Enfermería.

Marriner y Raile (2011) mencionan que Roy subraya que en su intervención la enfermera debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad: las necesidades fisiológicas básicas, la autoimagen, el dominio de un rol o papel y la interdependencia.

Salud.

Roy menciona a la salud como un medio en la cual se puede contrarrestar y combatir de la mejor manera la enfermedad o la muerte sin que se tenga ausente para poder superarla. La salud y la enfermedad están conectadas al proceso evolutivo del medio cambiante es por ello que no hay salud si se erradica los fenómenos de la enfermedad, por el l contrario, se deben adaptar a todos los factores que puedan afectar la salud como fuente principal de bienestar (Montalvo, 2013).

Entorno.

Se refiere al ambiente que influye sobre el nivel de adaptación de las personas. Es el cambio externo e interno en el que influirá en el cuidado teniendo en cuenta el nivel de autodeterminación de la persona y de los elementos empleados para su adaptación (Félix, 2012).

Capítulo III**Materiales y Métodos****Tipo y diseño**

Se describe un caso clínico de un niño con Síndrome de Down, complementado con revisión de la bibliografía relacionada.

Es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional.

Sujeto de estudio

Lactante mayor de un año con padre y madre de sexo masculino, 2do hijo edad, cuenta con seguro integral de salud.

Delimitación geográfica temporal

El área de estudio donde se tomo el caso fue en un Centro de Salud Publico del Distrito de San Juan de Lurigancho-Lima, el establecimiento de salud es de nivel I-3 que cuenta con servicio de medicina, enfermería, psicología, dental, laboratorio, farmacia, el servicio de crecimiento y desarrollo cuenta con dos consultorios en el turno mañana y uno en el turno tarde, cuenta con cuatro enfermeras para la atención de dicho servicio, en relación a la infraestructura son de aprox.3 x 3 mts.

La población que atiende es diversa multicultural, dividida en sectores para que pueda ser más efectiva la intervención para visita domiciliaria

El estudio se realizó el mes de Enero del 2018.

Técnica de recolección de Datos

Para la recolección de datos se coordinó con la mama del lactante y se obtuvo el consentimiento informado de la madre del lactante en estudio (Ver Anexo B) y seguidamente se aplicó el formato de valoración por patrones funcionales. La Técnica que se utilizo fue la entrevista y las técnicas de observación, inspección auscultación, palpación y percusión.

Para la recolección de los datos antropométricos se utilizaron los siguientes materiales, infantómetro, balanza.

Para la valoración del desarrollo psicomotor se utilizo el EEDP (Ver Anexo E).

Consideraciones Éticas

Para el estudio se tuvo en cuenta el principio de autonomía que es la facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros a través de la firma del consentimiento informado (Ver Anexo A). Así mismo se tiene cuenta la confidencialidad del sujeto y los datos recolectados serán utilizados con fines de investigación.

Los principios éticos que se aplicaron fueron la beneficencia, justicia y veracidad.

Principio de beneficencia:

Principio ético que significa hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

Principio de justicia:

Es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos.

Principio de veracidad

Principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 4. Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnostico 1			1	20		
Diagnostico 2	1	20				
Diagnostico 3	1	20				
Diagnostico 4	1	20				

Diagnostico 5			1	20
Total	3	60	2	40

Se elaboración cinco diagnósticos de enfermería, de los cuales fueron totalmente alcanzados el 60%, mientras el 40% fue parcialmente alcanzado.

Análisis de los diagnósticos

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (Síndrome de Down).

Martínez *et al.*, (2010) mencionan que el Síndrome Down (SD) es la cromosomopatía más frecuente en el mundo. La incidencia a escala mundial se ha estimado en uno de cada 1 000 nacimientos 1-3 y 95% de las afectaciones se debe a una trisomía completa, que cursa con un patrón característico de signos dismórficos y discapacidad intelectual.

Según la OMS (2015) el Síndrome de Down constituye una anomalía congénita que afecta cada año a más de un cuarto de millón de nacidos vivos. Según la Organización Mundial de la Salud: Se calcula que cada año 276.000 recién nacido fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas. Las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad.

A nivel Nacional el Registro de la Persona con Discapacidad a cargo del CONADIS al 2015 tiene inscritas un total de 141 731 personas, de las cuales 8 800 tienen síndrome de Down, representando el 6.21.% del total de los registros. El 44.7% son

mujeres y el 55.3% son hombres, lo que en valores absolutos equivale a 3937 mujeres y 4863 hombres con síndrome de Down inscritos en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad.

Entre los métodos diagnósticos post natal están el estudio citogenético en linfocitos de sangre periférica utilizado ampliamente para diagnosticar diferentes cromosomopatías de origen genético (Blanco, Del Carmen, Miñoso y Socarrás, 2013) y la exploración clínica que permite identificar las características físicas del niño con Síndrome de Down.

En relación al desarrollo motor de estos pacientes se ve afectado, por un lado, por la hipotonía y laxitud ligamentosa y por problemas constitucionales como la poca longitud de los miembros superiores e inferiores en relación con el tronco; por otro, por los problemas médicos que suelen asociarse al síndrome, ya sean cardíacos, gástricos, Intestinales o afecciones respiratorias de vías altas e infecciones del conducto auditivo (Lantigua, 2011).

Además, es de suma importancia reconocer que el desarrollo motor en los niños con síndrome de Down es significativamente tardío. Todas las habilidades motoras básicas son realizadas en el mismo orden, pero usualmente en edades posteriores al ser comparadas con el desarrollo normal (Flórez, 2005).

De acuerdo a la Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco 5 años N° 537 MINSA (2017) la evaluación de desarrollo del niño se realiza mediante la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor que es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas que evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, motora y coordinación estandarizado para niños de 0 a 24 meses, así mismo mide el rendimiento frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren

determinado grado de desarrollo. El puntaje va de 0 a 68 clasificado como retraso, de 69 a 85 como riesgo y mayor o igual a 85 como normal.

El modelo de escala de desarrollo descrito anteriormente corresponde al esperado, sin embargo, el desarrollo psicomotor de un infante con Síndrome de Down implica una nueva realidad. El cerebro presenta alteraciones de orden genético, que limitan su pleno desarrollo y función. Debido a esta modificación a lo largo y ancho de las estructuras cerebrales, quedan afectados en mayor o menor grado variados sistemas implicados en funcionamientos diversos, alterado el correcto desarrollo de lo motor, sensorial, verbal, cognitivo y adaptativo (Bataglia, Quartarone, Rizzo, Ghilardi, Di Rocco, Tortorella, Girlanda, 2008; Flórez, 2005). Esto conlleva a realizar más estudios que puedan sustentar la propuesta de una escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor para menores con síndrome de Down, tomando en cuenta la gran variabilidad en el alcance de los hitos y considerando el patrón postural global, parcial, y la calidad del movimiento de estos menores tal y como lo realizaron en un estudio de Chile (Godoy y Campos 2011).

Es así que es realmente importante poseer una pauta de evaluación en relación a la variabilidad de logros de hitos del desarrollo para menores con síndrome de Down, ya que no existen estudios significativos sobre el desarrollo psicomotor en este tipo de infantes. Es por esto que se complica el diagnóstico de los pacientes que se escapan a la regla dentro de su riesgo de retraso, ya sea por factores de hipotonía que le impidan alcanzar un desarrollo secuencial o netamente un factor cognitivo, que limite su exploración y desarrollo social. Por lo tanto, al desconocer cuál es la problemática principal a este nivel, se generan dificultades en la prevención de alteraciones estructurales y permanentes a futuro (Latash, Wood & Ulrich 2008).

En el presente caso el lactante de un año de edad se encuentra en brazos de la madre ya que todavía no puede mantenerse en posición fowler, hipoactivo, características físicas de Síndrome de Down, fuerza muscular disminuida y grado de dependencia III, cuenta con resultados de laboratorio de estudio citogenético de sangre periférica cuyo resultado es Trisomía 21.

Conocimientos deficientes relacionado a información errónea proporcionada por otros evidenciado por conductas inapropiadas “la fruta es fresco y le causa tos a mi niño” “no lo baño seguido porque se enferma de bronquios”.

La madre llega al servicio de crecimiento y desarrollo con ideas y creencias de que las frutas son frescas y pueden causar tos y que tiene temor de bañar frecuentemente a su niño porque anteriormente ya se había hospitalizado su hijo de bronquitis por tal motivo la mamá no bañaba a su hijo una semana.

La Real Academia Española (RAE) define a la creencia como el firme asentimiento y conformidad con algo. La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. Es por ello la importancia del conocimiento impartido por personas capacitadas sobre los temas antes mencionados ya que el conocer no es un riesgo; al contrario, nos ayuda a prevenirlo, a buscar más y mejores soluciones cuando las que aplicamos no nos sirven o se nos han quedado cortas.

Sólo el conocimiento nos proporciona el fundamento sólido sobre el que asentar nuestra acción y servicio: es la base real de nuestra esperanza. La fantasía, el buenismo, la bienintencionada falsedad, terminan en el engaño; y el engaño es la raíz del fracaso, que nos conduce a la desesperanza y a la frustración (Flórez, 2016).

La clave para la atención de las IRAS/neumonías es la prevención. Actuar de manera anticipada permitirá que las madres, padres y cuidadores de niños conozcan y reconozcan las recomendaciones principales para evitar complicaciones de estas enfermedades y puedan cambiar sus comportamientos al respecto, dejando de lado mitos o creencias que impidan que los niños y niñas tengan una vida saludable (Plan de Comunicaciones IRA y Neumonía MINSA, 2014).

Es importante incluir vegetales y frutas en la alimentación ya que es la mejor manera de reforzar al sistema inmunitario por el aporte de vitaminas y minerales. Especialmente en los grupos de mayor riesgo como son los niños menores de 2 años (Williams, 2015).

A las frutas y hortalizas les atribuyen propiedades en la prevención y curación de enfermedades, principalmente respiratorias y del tracto gastrointestinal. Fueron las conclusiones que llegaron en su investigación (Arboleda, Duque y Urrea, 2013)

Por otro lado es importante el baño corporal frecuente ya que brinda diversos beneficios como el de brindar confort al organismo, es así que la higiene es considerada como una ciencia que enseña el conjunto de medidas a adoptar para mantener un buen estado de salud, entendiendo la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social. Conseguir esa higiene en la vida exige energía, tenacidad. Cuando se trata de personas con una discapacidad, estas cualidades van a ser exigidas no sólo a la persona misma sino también y de manera importante a su entorno (Organización mundial de la salud [OMS], 2006).

Actuar de manera anticipada permitirá que las madres, padres y cuidadores de niños conozcan y reconozcan las recomendaciones principales para evitar

complicaciones de estas enfermedades y puedan cambiar sus comportamientos al respecto, dejando de lado mitos o creencias que impidan que los niños y niñas tengan una vida saludable (Plan de Comunicaciones IRA y Neumonía MINSA, 2014).

Ansiedad de la madre relacionado a crisis situacional secundario al desconocimiento de los cuidados especiales de un niño con síndrome de down evidenciado por inseguridad y preocupación.

Los cuidadores familiares de personas con algún grado de dependencia, presentan cambios heterogéneos en sus vidas, los cuales afectan múltiples campos de forma simultánea, algunas veces positivamente y en otras ocasiones de forma negativa (Ortiz, 2014) como en este caso que es la ansiedad.

Gonzales et al. (2012) refieren que con la llegada de un miembro con este diagnóstico genera un impacto, ocasionando diversas reacciones, atravesando una serie de fases o etapas: De impacto caracterizado por sentimientos de ansiedad, negación, tristeza y dolor en la que experimentan preocupación e inseguridad, enfado, finalmente aceptación y reorganización en la cual empezarán a buscar estrategias y poner en práctica todas las herramientas disponibles para mejorar las capacidades del niño ya que cada logro representará una motivación a seguir adelante. De igual manera la gran preocupación de los padres está relacionada con el deseo de que sus hijos tengan un desarrollo normal, es decir, similar a la de los niños sin discapacidades (Silva y Aiello, 2009).

Según la Fundación Iberoamericana Down 21 mencionan que hoy en día los infantes con Síndrome de Down y sus familias tienen la oportunidad de participar y beneficiarse de programas de intervención temprana o estimulación precoz, dirigido

por un equipo de profesionales que orientan a las familias sobre los aspectos relacionados a los cuidados, la salud, los juegos y, especialmente, el desarrollo y evolución de su hijo. Sin embargo no todas las familias logran utilizar los recursos disponibles por diversos factores como la falta de información, la lejanía y pocos recursos para acceder a dichos programas.

La Federación Española de Síndrome de Down menciona que el propósito principal de estos programas es lograr que el niño con síndrome de Down o con otra discapacidad adquiera las progresivas etapas de su desarrollo de la forma más adecuada y correcta posible. Ya que los programas de intervención temprana están orientadas a brindar condiciones adecuadas que permitirá el logro de habilidades y capacidades del niño que promoverán su desarrollo integral (Norma Técnica de CRED N° 537 MINSA, 2017).

De acuerdo a la Norma Técnica de CRED N° 537 MINSA (2017) las pautas para la atención temprana de desarrollo que son un conjunto de acciones orientadas a brindar condiciones adecuadas para promover el desarrollo integral, que busca que el niño pueda desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, motrices, afectivas, sociales y comunicacionales lo cual permitirá que interactúen de manera segura y logren autonomía progresiva.

Por otro lado los problemas de salud más comunes que presentan son: cardiopatías congénitas; problemas respiratorios, visuales y auditivos; hipotiroidismo; disturbios emocionales, de crecimiento y desarrollo sin embargo la mayoría de los niños Síndrome de Down posee un retardo mental moderado logra las fases normales de desarrollo, pero más lentamente. Es por ello que la intervención precoz está

directamente relacionada a mayor evolución en el desarrollo, y al pleno involucramiento familiar (Sobrinho, Golcalvez y Soutinho, 2008).

En el presente caso la madre del lactante asume el rol de cuidadora ya que el lactante necesita de cuidados especiales, cuando llegan por primera vez para continuar con sus controles de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Público en estudio la madre refiere que se siente decepcionada, frustrada, insegura y a la vez preocupada porque su niño no progresaba en su desarrollo además desconoce de los recursos comunitarios institucionales como las coberturas del SIS que brinda seguro de salud gratuito del MINSA, PRITE que es un programa de intervención temprana para población con necesidades especiales del MINEDU que son alternativas para que su niño pueda mejorar en forma integral y prevenir complicaciones futuras y mejorar la esperanza de vida del niño.

Estreñimiento relacionado a ingesta de fibra insuficiente evidenciado por cambios en el patron intestinal habitual y esfuerzo excesivo en la defecacion.

Actualmente se considera que el estreñimiento no solo es el cambio de la frecuencia de las deposiciones, sino también tomar en cuenta las características de las deposiciones (tamaño y dureza) y diferentes manifestaciones asociadas a la defecación como dolor, malestar y distensión abdominal, para el diagnóstico es fundamental una valoración inicial completa: anamnesis dirigida y exploración física nos que permitirá obtener datos suficientes para determinar si nos encontramos ante un estreñimiento funcional es por la importancia de un buen examen físico para poder confirmar y plantear las intervenciones en el plan de cuidados (Espín, 2015).

En relación a la constipación o estreñimiento en las personas con Síndrome de Down se presenta con una frecuencia del 30%. Por eso es muy importante conocer muy

bien sus causas y tratamientos desde el entorno familia, generalmente entre los factores causales están la hipotonía muscular intestinal y otros relacionados con el estilo de vida: alimentación con poca fibra, poca ingesta de líquidos y falta de ejercicios (Moreno, 2014).

Escudero y Bixquert (2016) consideran estreñimiento cuando hay una frecuencia semanal inferior a tres deposiciones y para el tratamiento recomiendan establecer una rutina de movimientos y/o ejercicios, el incremento del consumo de líquidos, favorecer la inclusión diaria de alimentos ricos en fibras solubles e insolubles en la dieta del niño como verduras cereales y frutas, la intervención en estos casos es escalonada en caso de que las medidas antes mencionadas no sean satisfactorias se recurrirá al tratamiento médico con el uso de fármacos.

En el presente caso la madre refiere que su niño no consume frutas, tampoco cereales presenta, última deposición hace tres días de característica sólida, también menciona que el niño generalmente está recostado en la cama ya que todavía no puede sentarse ni pararse, al examen físico a nivel abdominal presenta ligera distensión abdominal y además presenta hipotonía muscular de miembros inferiores.

Gestión ineficaz de la salud familiar relacionado al conflicto de decisiones evidenciado por actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud (padre no participa en la toma de decisiones para los cuidados del niño).

Según la Norma Técnica de CRED N° 537 (2017) definen a la familia como la unidad básica de la sociedad conformada por un número variable de miembros que conviven bajo un mismo lugar vinculados por lazos consanguíneos, legales y /o de

afinidad y debe fomentar prácticas de crianza y comportamientos saludables para el desarrollo integral del niño.

La familia es la suma de individuos o la unidad familiar que con el paso del tiempo tiene una historia compartida, valores, tradiciones, objetivos, creencias y prioridades. Y la respuesta a un diagnóstico de discapacidad intelectual dependerá de cómo funciona la familia: como unidad o sistema global. Es así que la familia puede afrontar el diagnóstico como un reto, otra como una catástrofe. (Federación Española de Síndrome de Down, 2012).

Al informar a la familia que van a tener un hijo o un hermano con síndrome de Down normalmente las reacciones suelen pasar por una serie de fases o etapas: Shock e incredulidad, negación, tristeza, enfado y aceptación una vez que la familia lo acepta, empezarán a poner todas las herramientas disponibles para darle la mejor educación y ofrecerle una vida satisfactoria y plena (Trinidad y Pérez 2011).

Ferguson (2002) también menciona que los efectos de un hijo con discapacidad en la vida de sus padres o de otros miembros de la familia se da desde dos perspectivas: el afrontamiento al estrés y el desarrollo del ciclo vital de la familia. Así mismo hace referencia que diversos modelos de adaptación de la familia contribuyeron a que los miembros del grupo familiar pueden aplicar estrategias de afrontamiento y la adaptación positiva.

Cuando se tiene un familiar que necesita de cuidados especiales es importante la participación de toda la familia, y no solamente del cuidador principal como sucede en este caso, es por ello que es importante que la familia también reciba ayuda especializada por profesionales por ejemplo de psicología para que todos puedan contribuir adecuadamente en el desarrollo del niño y se pueda conseguir que el niño

viva una vida plena y feliz. Ya que el niño con Síndrome de Down tiene un ritmo de desarrollo diferente del de los otros niños, y la mayoría de los padres no están preparados para esto. En consecuencia, esta situación es potencialmente productora de ansiedad y genera incertidumbre en los cuidados que tendrán con sus hijos (Henn *et al.*, 2008).

Es por ello la importancia de brindar la información clara y correcta a los cuidadores ya que el conocimiento es un proceso mental mediante el cual acumulamos y guardamos información tal como lo menciona (Gonzales, 2011) que nos ayudara a que la familia participe en la intervención adecuada que conjuntamente se logre el propósito de mejorar las habilidades del niño, ante esto la Fundación Iberoamericana Down 21 agrega que en la actualidad la mayoría de los bebés con Síndrome de Down y sus familias tienen la oportunidad de participar y beneficiarse de buenos programas de intervención temprana o estimulación precoz.

En el presente caso la familia frente a la crisis situacional no afronta como una unidad familiar ya que cada miembro reacciona de diversas maneras positivas (disposición para aprender de la madre y hermana) y negativas (el padre no participa en las decisiones respecto al cuidado del niño) que fueron originadas por la falta de apoyo para superar las etapas psicológicas para lograr la reorganización, decepción frente a la atención recibida anteriormente en la institución no gubernamental, al desconocimiento de los cuidados y la falta de información de recursos disponibles.

Discusión

En relación al primer diagnóstico se evaluó el desarrollo psicomotor del lactante de acuerdo a la Norma Técnica de CRED N° 537 / MINSA con la Escala de Evaluación

de Desarrollo Psicomotor (EEDP) en la cual el puntaje logrado fue de coeficiente de desarrollo 64 clasificado como retraso. Cabe recalcar que para el caso en estudio se utilizó escala de evaluación antes mencionada ya que no se dispone de una adecuada escala de evaluación específicamente para los niños con diagnóstico médico de Síndrome de Down.

Puesto que el desarrollo psicomotor de un infante con Síndrome de Down implica una nueva realidad ya que el cerebro presenta alteraciones de orden genético, que limitan su pleno desarrollo y función, alterando en mayor o menor grado el correcto desarrollo de lo motor, sensorial, verbal, cognitivo y adaptativo (Bataglia *et al.*, 2008; Chapman y Hesketh, 2001; Flórez, 2005). Así mismo en relación al desarrollo motor de estos pacientes se ve afectado, por la hipotonía y laxitud ligamentosa (Lantigua, 2011).

También Flórez (2005) menciona que las habilidades motoras básicas son realizadas en el mismo orden, pero usualmente en edades posteriores al ser comparadas con el desarrollo normal. Un ejemplo de ello es que aproximadamente la edad más temprana de marcha es a los 15 meses, y la edad más tardía del mismo a los 74 meses (Palisano *et al.*, 2001). Y los niños que solo permanecen en casa y no son intervenidos demoran aún mas ya que caminan alrededor de los 24 a 28 meses (Meryn, White y Carr, citados por Palisanon, 2001).

Entre las otras actividades realizadas fueron informar a la madre sobre las características del desarrollo, se brinda pautas de atención temprana de desarrollo y de ejercicios físicos. Se logra contactar a la madre con un centro especializado de atención de niños con habilidades diferentes del Ministerio de Educación PRITE y se realiza la interconsulta con el servicio de medicina para que sea referido al Hospital Público de la jurisdicción para poder iniciar sus terapias en Medicina Física, al realizar la visita

domiciliaria se comprueba que el niño empezó con sus terapias físicas y asiste al PRITE regularmente es así el lactante disminuyó el riesgo de desarrollo en el área motora, todavía presenta riesgo de retraso en el área de coordinación, lenguaje y social, es por eso que continúa con sus terapias para mejorar las otras áreas desarrollo ya que es un proceso largo por la condición del niño con Síndrome de Down.

En relación al segundo diagnóstico la madre llega al servicio con ideas y creencias de que las frutas son frescas y pueden causar tos y el temor de bañar a su niño ya que anteriormente se había hospitalizado de bronquitis por tal motivo la mamá no lo bañaba frecuentemente. Con la educación brindada a través de sesiones educativas sobre el consumo de frutas así como de los cuidados higiene corporal y con la visita domiciliaria realizada se pudo comprobar que el problema identificado de desconocimiento de los temas antes mencionado se solucionó ya que se pudo concientizar a la madre de la importancia de mejorar los cuidados del niño en dichos aspectos para mejorar la salud el niño. Es por eso la importancia del conocimiento ya que nos proporciona el fundamento sólido para guiar nuestras acciones: es la base real de nuestra esperanza, la bienintencionada falsedad, terminan en el engaño; y el engaño es la raíz del fracaso, que nos conduce a la desesperanza y a la frustración (Flórez, 2016).

En relación al tercer diagnóstico identificado se logra solucionar el problema ya que se pudo brindar la información sobre los recursos institucionales disponibles gratuitos como el Seguro Integral de Salud del MINSA ya que el niño si contaba con el SIS pero la madre desconocía de los beneficios, por otro el MINEDU ofrece un programa de intervención temprana (PRITE) para los niños con necesidades especiales costo social como es así que se logra reinsertar al niño con el uso del SIS, así como la

interconsulta al servicio de medicina para las referencias a cardiología, otorrinolaringología, terapia física para que se pueda identificar en forma precoz y así también se logra coordinar para que empiece sus atenciones en un PRITE cercano a la vivienda del niño.

Para poder lograr mejorar o mantener la salud es importante la información de los recursos y alternativas de tratamiento en este caso la madre experimentaba crisis de información, es por ello que las familias tienen una gran necesidad de información sobre las posibilidades de su hijo autonomía y una calidad de vida. Es por ello la importancia de en primer lugar de una intervención temprana precoz y los conocimientos sobre todo lo relacionado al niño con Síndrome de Down como pautas de crianza, etc.

En relación al cuarto diagnóstico identificado se ejecutaron las intervenciones planeadas en el plan de cuidados en la cual incluye brindar información a la madre de la importancia de incluir en la dieta del lactante alimentos ricos en fibra así como también el aumento de líquidos de acuerdo a las guías de prevención y tratamiento de estreñimiento como el propuesto por (Remes *et al.*, colaboradores, 2011). El presente problema identificado fue resuelto y para ello fue necesaria la interconsulta con el servicio de medicina para el tratamiento farmacológico.

No solo es fundamental tener pleno conocimiento de las características especiales de las personas con Síndrome de Down sino también sobre los procesos psicológicos que atraviesa la familia para poder adaptarse y reorganizarse frente a la nueva situación es por ello la importancia del papel que cumple la enfermera para poder brindar todas las herramientas que permitirá apoyar a la familia para que la familia supere todas las etapas para el logro de una gestión familiar adecuada y lograr la autonomía del niño.

Es por ello que para lograr resolver el quinto diagnóstico se brinda apoyo espiritual compartiendo pasajes bíblicos a la familia, espiritualidad es importante porque estimula la esperanza brinda propósito y valor a la persona así mismo mejora el bienestar personal de cada uno de los miembros de la familia (Ver, Black y Lobo, 2008), también se logra derivar a la madre y hermana del niño a consulta por el servicio de psicología que ayudara a superar las etapas de aceptación del niño con síndrome de down, sin embargo no el padre no acudió a la interconsulta.

El problema se alcanzo parcialmente ya que el padre a veces participa en la toma de y no se pudo concretar la interconsulta con psicología por motivos de trabajo del padre, pero si se logro entrevistar a la familia en la visita domiciliaria y se logra dar mayor confianza para que todos apoyen en el toma decisiones.

Son pocos los niños que acuden al servicio de CRED con el diagnóstico médico de Síndrome de Down, en el año 2017 solo se atendieron a 3 niños con dicho diagnóstico en el servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud público en estudio (Área de Estadística, 2018), ante esto, hay que considerar que el presente caso no fue intervenido eficazmente en la institución donde el paciente realizó sus controles anteriores generando frustración y desconcierto en la madre, es por ello que la enfermera juega un papel importante en el apoyo emocional de las familias de niños con Síndrome de Down.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En el presente trabajo académico se evidencio el cuidado realizado al caso clínico de un lactante mayor de un año con diagnóstico médico de Síndrome de Down a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería, en la cual se desarrolló las cinco etapas: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación, complementada con revisión de la bibliografía relacionada, para lo cual se utilizo el formato de plan de cuidados funcional.

El proceso de atención de enfermería desarrollado en el caso clínico del lactante, fue efectivo, siendo que se resolvieron tres problemas en relación a los cinco diagnósticos de enfermería principales identificados, y dos problemas identificados se resolvieron parcialmente ya que son a largo plazo por la condición médica del niño.

Cuando se diagnostica a un niño con Síndrome de Down debe ser intervenido en forma precoz e integral con el apoyo de la familia y de los profesionales para optimizar su desarrollo y mejorar su calidad de vida, paralelamente una intervención terapéutica con la familia, es por eso la importancia del apoyo espiritual y emocional ya que cuando se tiene un familiar necesita de esperanza que estimula y ayuda a tener mejor capacidad para afrontar los desafíos de la vida.

Se demostró la importancia de la educación en salud y la información oportuna de los recursos disponibles ,ya hoy en día los infantes con Síndrome de Down y sus familias tienen la oportunidad de participar y beneficiarse de programas como el Seguro Integral de Salud del MINSA, Programa de Intervención Temprana del MINEDU y de la intervención temprana en los establecimientos de salud público en los consultorios de crecimiento y desarrollo dirigido por profesionales de Enfermería que orientan a las familias sobre los aspectos relacionados a los cuidados, la salud, y, especialmente, el desarrollo y evolución de su hijo.

Recomendaciones

Se recomienda la implementación de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo en todos los niveles de atención con el apoyo del MINSA, ya que nos permite encaminar nuestros cuidados en forma oportuna y de calidad.

Mantener informada a la población sobre los recursos institucionales disponibles para la comunidad relacionados con la infancia especialmente en casos especiales con el apoyo del Gobierno para brindar mayores alternativas y en forma oportuna mejorar la calidad de vida del infante a través de la difusión por medios de comunicación masiva.

El personal de Enfermería que trabaja en el consultorio de crecimiento y desarrollo debería contar con guías y escalas de evaluación para el manejo de casos especiales para poder brindar atención adecuada y oportuna .

Se debería realizar más estudios de investigación que sustenten una propuesta de Escala de Evaluación específicamente para los niños con Síndrome de Down lo cual nos permitiría evaluar periódicamente los logros y que se evidencien en la historia clínica.

Con el apoyo del MINSA y otros Sectores como MINEDU se deberían crear grupos de apoyo para los padres con niños con casos especiales y que sea descentralizado especialmente en los Distritos que cuentan con mayor población infantil a nivel de la Provincia de Lima para que pueda ser más accesible.

El establecimiento de salud que atienden la atención inmediata del recién nacido, deberían tener un sistema de seguimiento y monitoreo especialmente en casos especiales puesto que son niños que tienen riesgos de salud en diferentes sistemas como a nivel de cardiología, visual, gastrointestinal, etc., y por ende un seguimiento oportuno se lograría mejorar la calidad de vida del los niños con Síndrome de Down.

Referencias

- Arboleda L, Duque M, Urrea, J. (2013). Significados del consumo de frutas y hortalizas en dos comunidades de zona rural del municipio de Turbo, Urabá Antioqueño, Colombia.
- Antoranz, E., Villalba, J. (2010). Desarrollo cognitivo y motor. Madrid, España. Editorial Editex. 1ra Edición.
- Artigas ,M. (2005). Síndrome de Down (Trisomía 21). Asociación Española de Pediatría.
- Alpera,R ,Morata,J &.López,M.J. (2012). Alteraciones endocrinológicas en el síndrome de Down. Revista Española de Pediatría ; 68(6): 440-444.
- Báez , J.M., Sánchez , A., Garcés, G., González , R., Santos, L.&, López de Castro, F. (2013). Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. Medicina de Familia. SEMERGEN.3; 39(2): 89-94.
- Barrios, S. (2011). Intervención en hipotonía mediante Psicomotricidad en niños con Síndrome de Down. España.
- Blanco,I., Del Carmen, M., Miñoso,S., Socarrás ,A.Gómez (2013). Alteraciones cromosómicas diagnosticadas en sangre periférica.Cuba.
- Basile, H. (2008) Retraso mental y genética Síndrome de Down. 10 ALCMEON, 57, año XVII, vol. 15, Nº 1, septiembre 2008, p.12.
- Battaglia, F., Quartarone, A., Rizzo, V., Ghilardi, M., Di Rocco, A., Tortorella, G., Girlanda, P. (2008). Early impairment of synaptic plasticity in patients with Down's syndrome. Neurobiology of Aging, 29, 1272-1275.

Bulechek, G.M, Butcher,H.K. Dochterman,& Che.M,Wagner (2014) .

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta Edición Elsevier ,España.

Buckley, S., Bird, G., Sack, B. (2006). Evidence that we can change the profile from a study of inclusive education. *Down Syndrome Research and Practice*, 9 (3), 51-53.

Brasington, C. K. (2007). What I wish I knew then... Reflections from personal experiences in counseling about Down Syndrome. *Journal of Genetic Counseling*, 16(6), 731-734.

Bruni, M. (2016). El procesamiento sensorial en los niños con síndrome de Down, capítulo 11 del libro titulado *Fine Motor Skills for Children with Down Syndrome. A Guide for Parents and Professionals*, 3º edición. Woodbine House, Bethesda MD.

Cabezuelo, G., Fontana, P. (2010). *El Desarrollo Psicomotor. Desde la infancia hasta la adolescencia*. Madrid, España. Editorial Narcea. 1ra Edición

Cammarata F.S., Da Silva, G., Cammarata, G.S &Sifuentes A.C (2010). *Historia del síndrome de Down. Un recuento lleno de protagonistas*. Venezuela.

Corretger, J. M. (2014). Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría: «Vacunaciones en el niño con síndrome de Down.» *Rev Pediatr Aten Primaria*. ;16:159-67.

Corretger, J. M. (2008). Vacunaciones en el Síndrome de Down. Enfermedades susceptible de vacunación y síndrome de Down.SD, *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 12: 18-24.

Diez, A. (2008). Evolución del procesamiento de Atención Temprana a partir de la triada profesional familia-niño. *Rev. Síndrome de Down*, 25, 47-55.

Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad en el Perú (2012).

Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses –MINSA.

Escobar, H &Tejerina,A Alteraciones del Aparato gastrointestinal en el Síndrome de Down.Fundacion Iberoamericana Down21.

Escudero, A & Bixquert (2016) Guia para Prevenir y Tratar el Estreñimiento .Fundacion Española del Aparato Digestivo.España.

Espin, B. (2015). Guía de estreñimiento en el niño. Madrid, España.

Espinoza, C. C. (2017). Nivel de conocimientos de los padres de familia sobre estimulación temprana en niños con Síndrome de Down de 1 a 3 años que acuden a una institución de educación especial. Lima.

Federación Española de Síndrome de Down (2012). Familias y Síndrome de Down. Colección formación para la autonomía y vida independiente. Down España

Felix M. Teorías y Tendencias de Enfermería. [Online]; 2012 [cited 2012 12 09]. Available from: http://tpfte4.blogspot.com/2012/05/supuestos-y-afirmaciones-teoricas_23.html

Ferguson, P. (2002). A place in the family: An historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability. *The Journal of Special Education*, 36 (3), 124-130.

Fernández, P. (2011). Síndrome de Down. Alteraciones anatómicas y fisiológicas que repercuten en la comunicación, el lenguaje y el habla.

Flòrez, J. (2016). El síndrome de Down en perspectiva 16 I Revista Síndrome De Down Volumen 33.

Flórez, J. (2005). La atención temprana en el síndrome de Down: bases neurobiológicas. *Rev. Síndrome de Down*, 22, 132-142

- Fundacion Iberoamericana Down21. Estreñimiento en el Síndrome de Down .
Revista virtual 2009.
- García, A. (2011). Síndrome de Down, apoyo a padres. Fundación Eroski.
España.
- Godoy, J.& Campos, F. (2011). Descripción del Nivel de Desarrollo Psicomotor
en Niños con Síndrome de Down : Creación de una Tabla Descriptiva.Chile.
- González ,E, Aguilar M. J, Álvarez J , Padilla C.A & González M.C. (2012).
Protocolo de intervención de enfermería para favorecer el vínculo afectivo entre el bebé
recién nacido con síndrome de Down y su familia . Revista Medica Internacional
Síndrome de Down;16(1): 11-16.
- González, E. (2011) Conocimiento empírico y conocimiento activo
transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento .
ACIMED vol.22 no.2 La Habana –Cuba.
- González, Y. M. (2007) Eficacia de dos intervenciones de enfermería basadas en
la teoría del proceso de afrontamiento y adaptación. Roy Adaptation Association Review
- Guerrero, Y & Barca, E (2015). Teoría del Apego y Síndrome de Down
:conceptos básicos y claves educativas.Revista de Estudios e Investigación en Psicología
y Educación .eISSN, vol N°11.
- Henn, C. G., Piccinini, C. A., & Garcia, G. L. (2008). A família no contexto da
síndrome de Down: Revisando a literatura. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 485-493.
- Herdman, H & Kamitsuru Sh._6 (2015). NANDA internacional, diagnósticos
enfermeros 2015-2017. Barcelona: Elsevier.
- Hernández-Muela, S., Muelas, F., Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal
funcional. *Rev Neurol*, 38 (1), S58- S68.

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (I.Na.Re.P.S.). Módulo de Medicina Física y Rehabilitación (2014) . Argentina.

https://www.inareps.gov.ar/wp.../INaRePS_Protocolo-LM_Fisiatria_2014_V_01

Ivan D & Cromwell P. (2014). Clinical Practice Guidelines for Management of Children With Down Syndrome: Part I. J Pediatr Health Care ;28(1):105-10.

Kaminker, P., Armando, R.. (2008). Síndrome de Down: enfoque clínico - genético. Revista Argentina pediátrica, volumen 3 pag. 106.

Kim , S., Kim - Godwin, Y & Koenig, H. (2016) . Family Spirituality and Family Health Among Korean –American Elderly Couples, Journal of Religion & Health, t. 55 n° 2 p. 732.

Kumin, L. (2003). Síndrome de Down: habilidades tempranas de comunicación. Una guía para padres y profesionales.

Latash, M., Wood, L.& Ulrich, D. (2008). What is currently know about hypotonia, motor skill development, and physical activity in Down syndrome. Down Syndrome Research and Practice, 1-2.

Lantigua Cruz A. Introducción a la genética médica. La Habana. ECIMED; 2011.

Lopez,N,& Huanca ,Gl. (2012). Nivel de sobrecarga y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con Síndrome de Down. institución de educación especial Unamonos – Arequipa.

López, M. P., López, P. R. Parés . V. G. Borges .Y.A. & Valdespino. E. L. (2000). Reseña Historica del Síndrome de Down. Mexico, vol. n° 5 p. 193-199.

Madrigal, A. (2004). Síndrome de Down, p. 13-14.

Marriner, A. & Raile, M. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta Edición. Elsevier.

Martínez Rubio A, Riverón Forment G, Pupo Balboa J, Lantigua Cruz A, Martínez Bonne O. Evaluación de marcadores de estrés oxidativo en pacientes con síndrome Down en edad pediátrica. *Rev Cubana Genet Comunit.* 2010; 4(1): 23-8..

Minguez,M (2013). *Guia Practica de Actuacion Diagnostico-Terapeutica en Estreñimiento Cronico.* España.

Modelos y teorías de enfermería Ann Marriner Tomey ,Martha Raile Alligood 7ta edición (2011). Pag .335 Barcelona Elsevier.

Montalvo KI. Slide Share. [Online].; 2013 [cited 2013 12 08. Available from: <http://www.slideshare.net/karlaipanaquemontalvo/modelo-de-adaptacion-callista-roy>.

Montenegro, S. (2015). Características bucodentales del Síndrome de Down.Clinica Dental Docente de la Universidad Cayetano Heredia

Moreno,V. (2014). La Constipación o Estreñimiento en las personas con Síndrome de Down.Asociacion Síndrome de Down de la Republica Argentina

Morales, C., Obeso,S. & González, R. (2012). Manifestaciones otorrinolaringológicas del síndrome de Down. *Revista Española Pediátrica,* volumen 68(6): 429-433

National Human Genome Research Institute (2010). Learning about Down Syndrome. Obtenido el 11 de junio de 2012 de <http://www.genome.gov/19517824>.

Nazer, J.H & Cifuentes L.O. (2011). Estudio epidemiológico global del síndrome de

Down. *Revista Chilena de Pediatría.*Albalate, M., & Alcazar, R. S. (2009).

Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrologia al dia,* 163-180.

- Beilman, G., & Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. En F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugía* (Octava ed., págs. 79-97). Mexico: Interamericana.
- Birman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Cruz, C., & Estecha, A. (2005). *Shock séptico*. Malaga.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. M. (2008). *Planes de cuidado de enfermería*. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.
- Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Obtenido de www.reeme.arizona.edu
- Estrella, J. d., Tornero, A., & Leon, M. (2005). Insuficiencia respiratoria. En *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 363-370).
- Fernandez, J. (2009). Actitud terapéutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine*, 4368-4375.
- Gomez, M., Gonzales, V., Olguin, G., & Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 74-82.
- Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 286-297.
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Hogston, R., & Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la práctica de enfermería* (Tercera ed.). Mexico: Mc Hill Interamericana.
- Kelley, W. (2002). *Medicina interna*. Buenos aires: Panamericana.

- Kotcher, J., & Ness, E. (2009). *Instrumentacion quirurgica: teorias, tecnicas y procedimiento*. Barcelona: Panamericana.
- Malgor, L., & Valsecia, M. (2005). *Farmacologi medica*. Buenos aires: Catedras.
- Martinez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Vertice.
- Muñoz, A., Garcia, C., & Lopez, J. (2008). Insuficiencia respiratoria aguda. 211-217.
- Pagana, K. (2008). *Guia de pruebas diagnosticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.
- Ramiro, M., Halabe, J., & Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.
- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clinica*. Santiago : Medichi.
- Rodes, J., Carné, X., & Trilla, A. (2002). *Manual de terapeutica medica*. Madrid: Elsevier.
- Sarduy, C., Pouza, I., Perez, R., & Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirurgica. *Archivo Medico de Camagüey*, XV(2), 235-247.
- Shoemaker. (2002). *Tratado de medicina critica y terapia intensiva*. Madrid: Panamericana.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Enfermeria medico- quirurgica* (Novena ed., Vol. II). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.
- Witter, B. (2000). *Tratado den enfermeria practica*. Mexico: Interamericana.
- Norma Tecnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años .R.M.N°537. (2017). MINSA.
- Norma Técnica Para Regular el Funcionamiento del Programa de Intervención Temprana Oportuna PRITE de la Educación Básica Especial (2018). MINEDU.
- www.minedu.gob.pe/norma-tecnica-cebe/pdf/norma-prite-200218-final.pdf.
- Nuchera,H & Leon,G. (2012). La importancia del conocimiento científico en el proceso innovador.Madrid-España.

Nuñez , Lopez J.& Lucea, L. (2012). Cardiopatías congénitas en niños con síndrome de Down.Rev Esp Pediatr., 68 ,pp. 415-420.

Observatorio Nacional de la Discapacidad (2016) Informe Temático N° 2 Síndrome de Down en el Perú.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Nota descriptiva N°370.

Organización de las Naciones Unidas (2016). Día Mundial del Síndrome de Down.

Organización Mundial de la Salud (2006).

Ortiz, M. (2014). La labor del cuidador del niño en situación de discapacidad crónica y el impacto de la rehabilitación sobre esta labor, Bogotá –Colombia

Palisano, R., Walter, S., Russell, D., Rosenbaum, P., Gémus, M., Galuppi, B., Cunningham, L. (2001). Gross motor function of children with Down syndrome: creation of motor growth curves. *Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 494-500.

Pascual, R. (2009). Neurobiología del Self y sus extravíos. Valparaíso, Chile. Ediciones Universitarias de Valparaíso, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 1ra Edición.

Pereira R, Oliveira M, Leite T. & Gimenez M. (2011) Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario. *Revista Cultura de los Cuidados*.Pag.74-81 España.

Perez,G.(2016) Familia y Síndrome de Down :Ansiedad y estrés en los progenitores.Estudio sobre diferencias significativas entre padres y madres cuidadores. Madrid, España.

Pineda, J. (2013). Estrategia educativa dirigida a la familia para la promoción de la salud en niños con síndrome de down, Cuba .

Plan Operativo Institucional del SIS (2018). Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Plan de Comunicaciones IRA y Neumonía (2014). MINSA, 2014.

Polonio, B., Castellanos, M., Viana, I. (2008). Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana. 1ra Edición.

Puig, J & Galan, A. (2014). Guia Oftalmologica de Sindrome de Down.pag : 2-4.Sociedad Española de Oftalmologia.

Ramírez ,P & Müggenburg,C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermeria Universitaria;12(3):134-143. Elsevier. Mexico.

Real Academia Española.

Registro Nacional de la Persona con Discapacidad a cargo del CONADIS (2015).

Remes, J, Chávez A, González B , Héller S, Montijo, E, Rosario M, Worona L (2011). Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México.Evaluación y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica.

Rodilla,E. (2018). Alteraciones auditivas en niños con síndrome de Down. ¿Es preciso un seguimiento?.Sevilla,España. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.

Rodrigo, J., Martín, J.C., Cabrera, E. & Máiquez, L. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial Psychosocial Intervention vol.18 no.2 Madrid.

Rodríguez I. (2013). Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy, Colombia.

Rodrigo, J. & Martín, J.C. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. Vol.18, nº 2-Pags. 113-120.

Roy C. (2009) The Roy Adaptation Model. 3 ed. New Jersey: Pearson.

Rossel, K (2004) Apego y Vinculación en el Síndrome de Down. Una Emergencia Afectiva. Revista Pediatría, Electrónica 1 (1)3-8.

Santiago, R. Jimeno, N. & García, N. (2012). Los Logopedas Hablan. Valencia, España.

Sobrinho J., Golçalvez M., & Soutinho M. (2008). Atención à criança e ao adolescente com síndrome de Down. In: Santoro JR, organizador. Ecología e desenvolvimento humano. São Paulo (SP): FUNPEC.

Rodrigues, M & Dupas, G (2011). Independencia del niño con síndrome de Down: la experiencia de la familia Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 19(4): 11.

Silva, N.C.B. & Aiello, A.L.R. (2009). Análise descritiva do pai da criança com deficiência mental. Estudos de Psicologia, 26(4), 493-503.

Soriano, J. (2007) Actividades Preventivas en niños con Síndrome de Down.

Téllez, S. E. (2012) Modelos de cuidados en enfermería. McGraw – Hill. Interamericana de España.

Tirador, N. (2015). El papel de la enfermera en el síndrome de Down, España

Troya, N. (2014, 2015). La estimulación sensorial en el desarrollo psicomotriz de 0 a 1 año en un niño con síndrome de Down. Estudio de caso. Universidad Tecnológica Equinoccial, Ecuador.

Veloza M, Moreno ME, Crespo O, Gutiérrez E. (2007). Proceso de afrontamiento y adaptación. En Gutiérrez M. Universidad de La Sabana. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá: El Manual Moderno pp. 13-25.

Ver K., Black & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors, *Journal of Family Nursing*, t. 14 n° 1 , pp. 33-55.

Vicario , V. (2010-.2014). Alteraciones genéticas con repercusión en logopedia: síndrome de Down (Tesis de grado, Maestría). Universidad de Valladolid, España

Viñeras ,M. (2012). Estrategias de comunicación para generar confianza .Separata del numero 9 de la revista comunicación y hombre ,pag 59 a la 73.

White, A. (2005). Assessment of parenting capacity. Literature review. Centre for Parenting and Research. Ashfield. Australia.

Williams,E (2015)Alimentos que fortalecen el sistema inmunológico y protegen de enfermedades invernales

Apéndice

Apéndice A: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a niño con síndrome de Down”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Jessica Espinoza Yachachin bajo la asesoría de la Dra. María Ángela Paredes Aguirre De Beltrán. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación y la de mi menor hijo en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del padre, madre o tutor: Luzmila Lopez Pacheco.....

Luzmila Lopez Pacheco

DNI: 40144836.....



Fecha: 18/01/2018

Apéndice B: Guía de valoración

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: D.D.N.L.

Fecha de Nacimiento: 07/01 /2017 Edad: 1 año Sexo: F () M (x)

Historia Clínica: 85014 DNI :9119981 Teléfono:98906762

Peso: 8500 Talla: 71 Perímetro Cefálico: 45 FC: 78 FR:21 T°:36.5

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: Normal (x) Complicado () Patología durante la gestación: _____

Control prenatal: Si (x) No () N de controles:08 N embarazo: 02 Lugar de control: Maternidad de Lima

Parto: Eutócico () Distócico (x) Complicado () Complicación del parto :Estrechez Pélvica Lugar del parto: Maternidad de Lima

Nacimiento: Edad gestacional: 39 ss Peso al nacer: 3.430 Talla al nacer: 48 Perímetro cefálico:34 cm

PATRÓN PERCEPCIÓN- CONTROL DE LA SALUD

Estado de Higiene: Bueno () Regular (x) Malo ()

Factores de Riesgo:

Bajo Peso: Si () No (x)

Prematuridad : SI () NO (x)

Micronutrientes: SI (x) NO ()

Vacunas Completas: Si (x) No ()

Problemas de Drogadicción: Si () No (x)

Pandillaje: Si () No (x) Otros:

Especifique:

Comentarios: _____

Controles CRED: completos (x) Incompletos ()

Tamizaje de Anemia: SI (x) NO ()

Resultado : 14% gr/_

Tamizaje Parasitológico SI () NO (x)

Resultado : _____

Hospitalizaciones Previas: Si (x) No ()

Descripción: Síndrome Bronquial_

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No (x)

Especifique: _____

Control de Agudeza Visual: OD: _____ OI: _____

AO: _____ No aplica:

__x__

Tamizaje Pie Plano: SI () NO () No aplica:

__x

Test del Desarrollo: EEDP (x) TEPSI () TAP ()

Resultado: Trastorno del Desarrollo

Sesión de Estimulación Temprana: SI (x) NO ()

Nº de sesiones: __1__

PATRÓN RELACIONES-ROL

Se relaciona con el entorno: Si () No (x)

Compañía de los padres: Si (x) No ()

Comentarios:

PATRÓN AUTOPERCEPCION- AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo () Hipoactivo (x) Hiperactivo ()

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable (x)

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No (x)

Comentarios: Ansiedad en la familia

Participación de la familia en las Actividades Diarias: Si ()

No (x)

Tipo de trabajo del padre :Independiente Horario :7.00a,m

Estado emocional de los padres: Tranquilo() Ansioso (x)

Irritable () Indiferente ()

PATRÓN DESCANSO-SUEÑO

Sueño: Nº de horas de Sueño: 9 horas

Alteraciones en el Sueño: Si (x) No ()

Especifique: :Apnea

Motivo:

Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos

(x)

Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si (x)

No ()

Familia Nuclear: Si (x) No () Familia Ampliada Si (

) No ()

Padres Separados: Si () No (x)

Problema de Alcoholismo: Si () No (x)

PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Religión: Católica Bautizado en su Religión: Si () No (

x)

Restricción Religiosa: Ninguna

Religión de los Padres: Católico (x) Evangélico ()

Adventista () Otros: _____

Observaciones: _____

Procedencia de los padres: Papa _____

Mama _____

PATRÓN PERCEPTIVO-COGNITIVO

Especificar:

Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso (

)

Comentarios Adicionales: _____

Hidratación: Hidratado (x) Deshidratado ()

Observación:

Edema: Si () No (x) () + () ++ () +++ ()

Especificar Zona:

Comentarios:

Fontanelas: Normotensa (x) Abombada () Deprimida (

)

Cabello: Normal (x) Rojizo () Amarillo ()

Ralo ()

Quebradizo ()

Mucosas Orales: Intacta () Lesiones (x)

Observaciones: Irritación a nivel de labio inferior

Malformación Oral: Si (x) No ()

Especificar: Hipogloso

Peso: Pérdida de Peso desde último control: Si () No (x

)

Cuanto Perdió:

Alimentación: LME() LM() AC() Fórmula () Completa(

x)

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta ()

Despierto (x)

Somnoliento () Irritable ()

Alteración Sensorial: Visuales (x) Auditivas (x)

Lenguaje () Otros: _____ Especifique:

Comentarios: _____

Reflejos: Succión () Búsqueda () Plantar () Babinski ()
Moro ()

PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: 21

Tos: Si () No (x)

Secreciones: Si () No (x)

Características: _____

Ruidos Respiratorios: Claros () Roncantes (x)

Sibilantes () Crepitantes ()

Otros:

Actividad Circulatoria:

Pulso: Regular (x) Irregular ()

FC / Pulso Periférico: _

Llenado Capilar: < 2'' (x) > 2'' ()

Perfusión Tisular Renal:

Hematuria () Oliguria () Anuria ()

Lactancia materna:

Succión: Adecuada () Inadecuada ()

Observaciones : _____

Alimentación Complementaria:

Nº Comidas/día : _____

Micronutrientes SI () NO ()

Apetito: Normal () Disminuido (x)

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día: 1 vez cada tres días

Características:

Color: negrusco Consistencia: solida

Comentarios:

Vesical:

Dificultad para Deglutir: Si () No (x)

Especificar: _____

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>Perfusión Tisular Cerebral:</p> <p>Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()</p> <p>Ejercicio:</p> <p>Tono muscular: Conservado () Hipotonía (x)</p> <p>Hipertonía ()</p> <p>Movilidad: Conservada () Limitada (x)</p> <p>Comentarios:</p> <p>_____</p>	<p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No (x)</p> <p>Especifique:</p> <p>_____</p> <p>Otras Molestias:</p> <p>_____</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p>
<p>PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</p>	<p>Testículos Palpables: Si (x) No ()</p> <p>Fimosis Si () No (x)</p> <p>Testículos Descendidos: Si (x) No ()</p> <p>Masas Escrotales Si () No (x)</p>
<p>Piel: Normal () Pálida () Cianótica ()</p> <p>Ictérica ()</p> <p>Fría (x) Tibia () Caliente ()</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p>	<p>Observaciones:</p> <p>_____</p>
<p>Termorregulación: Temperatura: _____</p> <p>Hipertermia () Normotermia (x)</p> <p>Hipotermia ()</p>	<p>Nombre de la enfermera:</p> <p>Firma: Jessica Magdalena Espinoza Yachachin</p> <p>CEP: 33029</p> <p>FECHA:18/01/2018</p>

Apéndice C: Plan de visita domiciliaria

Historia No. _____				
FECHA: _____				
RESPONSABLE DE LA VISITA: _____				
VISITA N° _____				
NOMBRE DE LA PERSONA O PERSONAS VISITADAS:				
DIRECCIÓN DOMICILIO _____ TELÉFONO _____				
MOTIVO DE LA VISITA : _____				
Observaciones generales sobre la visita				
Sugerencias para el plan de acompañamiento de la persona y/o familia				
¿Requiere de otra visita?	SI	NO	¿Por qué?	¿Cuándo?

Apéndice D: Escala de Evaluación de Desarrollo (EEDP)



HOJA DE REGISTRO

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) 0 - 2 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO D. N. I
 FECHA DE NACIMIENTO 02/01/2012
 FECHA DE EVALUACION 18/01/2018
 PESO - TALLA 8500 - 71
 N° DE FICHA _____
 ESTABLECIMIENTO C.S 10 DE OCTUBRE
 NOMBRE DE LA MADRE _____

RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACION :

EDAD MENTAL 196
 EDAD CRONOLÓGICA _____ DIAS 307 MESES 12
 EM / EC 196 / 307 = 0.63 x 100 = 64%
 COEFICIENTE DE DESARROLLO (CD) 64

DESARROLLO PSICOMOTOR: NORMAL (≥ 85) RIESGO (84 - 70) RETRASO (≤ 69)

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

EDAD EN MESES \ AREA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
COORDINACION	4	8	12 13	16 17	22 23	27 28 29	32 35	39	43 44	46 48 49	52	57 58 59	64 65	68	75
SOCIAL	1	6 7 8	11	20	21	30	34		45	50	54		61	70	73
LENGUAJE	2	7 10	12 15	17 20	21	30	33	40	45	50	55	60	61	66 69 67 70	74
MOTORA	3			18 19	24 25	26	31	36 37	41 42		51 53	56	62 63		71

Apéndice F: Exámenes Auxiliares


Instituto Nacional Materno Perinatal
Laboratorio de Citogenética
Av. Miguilmasa 941, Lima 1, Perú. Telf.: 226-1370 Anexo 1310

INFORME CITOGENÉTICO

DATOS DEL PACIENTE

CASO	17-PED-008
APELLIDOS	LÓPEZ PECHE
NOMBRES	LOURDES
H.C.	1249411
PROCEDENCIA	INTERMEDIO IV
INDICACIÓN	DRA. FAJARDO
EDAD	RN
SEXO	MASCULINO
FECHA INGRESO	09/01/2017

CARACTERÍSTICAS DEL CULTIVO

EXAMEN REALIZADO	CARIOTIPO
MUESTRA	SANGRE PERIFÉRICA
TIPO DE BANDEO	GTG
METAFASES EVALUADAS	20 METAFASES

CARIOTIPO

47,XY,+21 [20]

DIAGNÓSTICO CITOGENÉTICO

SINDROME DE DOWN

CONCLUSIÓN

En las 20 metafases analizadas mediante la técnica de bandeo GTG, se observaron 47 cromosomas, detectándose la presencia de un cromosoma adicional en el par 21 (+21).

Lima, 21 de Enero de 2017.

MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional Materno Perinatal
 Dr. Sergio Talavera Vargas
 Cel. 981 1046
 Citogenética


 BIÓLOGA
 CBP. N° 7952


 Recibi conforme 80594613

Biólogo Sergio Talavera Vargas Machuca
 CBP N° 5056

Apéndice F: Tabla de Resumen de edad de aparición de Hitos del Desarrollo Psicomotor en niños con síndrome de Down menores de 2 años, del Colegio Especial Armonía (2011)

		Edad de Aparición de los Hitos SD			Patrón Postural Global y Calidad del Movimiento
		Mínimo	Máximo	Media	
	Hitos del Desarrollo Psicomotor Normal				
1 mes	Fijación y seguimiento visual	-	-	3m	Capacidad atencional levemente disminuida.
2 meses	Sonrisa social	-	-	3m	-
					Débil control postural de cabeza y cuello Elevación de cabeza sobre los 45° Hipotonía, inestabilidad axial Aumento de la anteversión pélvica, <

3 meses	Apoyo simétrico de codos	6m	11m	8m	<p>apoyo abdominal Débil control de cintura escapular, ritmo escapulo humeral y posición de la escápula</p> <p>Puntos de apoyo : Espina iliaca antero superior, sínfisis púbica, abdomen, muslos por interno y antebrazos por medial. Centro de gravedad a nivel de T6</p>
4 meses	Coordinación mano-mano boca	-	-	6m	<p>Toma el objeto y lo llevar a la boca</p> <p>Extremidades inferiores no mantienen triple flexión</p> <p>Débil control postural a nivel abdominal</p> <p>Pelvis en anteroversión</p>

					<p>Puntos de apoyo: nuca, raquis, escápulas, espina iliaca postero superior, sacro, extremidades inferiores.</p> <p>Centro de gravedad a nivel de L2</p>
5 meses	<p>Sonido suave</p> <p>Prensión dirigida</p>	<p>6m</p> <p>6m</p>	<p>6m</p> <p>8m</p>	<p>6m</p> <p>7m</p>	<p>Menor capacidad atencional en relación a la edad</p> <p>Poca fluidez y coordinación en el movimiento (120° de flexión de hombro) Menor capacidad atencional para lograr la tomada, gran nivel de distracción</p>
6 meses		1a	1ª 3m	1ª 2m	<p>Inestabilidad a nivel de cintura escapular Hiperextensión de codos</p> <p>Inestabilidad pélvica, < apoyo</p>

	Apoyo palmar con codos extendidos				abdominal Puntos de apoyo: Espina iliaca antero superior, sínfisis púbica, abdomen, muslos por interno. Centro de gravedad a nivel de T8
7 meses	Sedestacion asistida Giro	- -	- -	11m -	Pelvis en retroversión Débil control postural de cabeza y cuello Inestabilidad axial, > cifosis dorso-lumbar Puntos de apoyo: zona posterior de los isquiones, sacro y extremidades inferiores por posterior. Centro de gravedad anteriorizado, a nivel de T10
					Elevación de cabeza entre 0 y 45° Aumento de la anteversión pélvica, < apoyo abdominal Mayor amplitud

8 meses	Arrastre	1ª7m	1ª8m	1ª8m	entre ambos antebrazos Patrón cruzado poco fluido y coordinado >en la disociación entre ambos hemicuerpos
9 a 10 meses	Gateo Sedestacion independiente	- 1 año	- 1ª8m	- 1ª4m	- Menor pasa desde el decúbito supino al decúbito lateral apoyándose en antebrazos y empujándose con las manos. Aumento la anteposición de cabeza y cuello. Inestabilidad de tronco y falta de activación a nivel abdominal. Manos estabilizan la postura

11 meses	Marcha lateral	1 año	1 ^a 7m	1 ^a 4m	Aumento de la anteversión pélvica Movimientos de flexo-extensión en Extremidades inferiores Hiperextensión de rodillas Inclinación de tronco hacia anterior Apoyo abdominal en la superficie
12 meses	Marcha independiente	-	-	-	-