



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los servicios de la salud

AUTOR:

Br. Karen Lisette Niño Mendoza

ASESOR:

Dr. Patricia del Rocio Chávarry Ysla

SECCIÓN:

Maestría en Gestión de los servicios de la salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERÚ – 2018

PÁGINA DEL JURADO


.....
Dra. Marina Caján Villanueva
Presidente


.....
Dra. Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas
Secretario/a


.....
Dra. Patricia del Rocío Chávarry Ysla
Vocal

DEDICATORIA

Esta investigación deseo dedicársela a Dios, porque gracias a su bondad me ha permitido obtener cada logro a lo largo de mi vida y porque ahora me permite culminar esta etapa de mi vida profesional, así mismo dedicársela a mi madre, quien ha constituido el pilar fundamental en toda mi formación profesional, por ser mi soporte, y la motivación constante en el desarrollo y alcance de mis metas, por sus ejemplos de perseverancia y constancia los cuales siempre me ha infundado, y que gracias a ello he podido proseguir en cualquier reto propuesto.

Karen Lisette

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Cesar Vallejo por haberme abierto las puertas y aceptado ser parte de la familia de profesionales de post grado, de igual manera agradecer infinitamente a mi asesora de tesis la Dra. Patricia del Rocío Chávarry Ysla, por su paciencia, motivación, experiencia, y la metodología de enseñanza empleada, lo cual ha contribuido en mí en la culminación del presente estudio.

Karen Lisette

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Karen Lisette Niño Mendoza, con DNI N° 45927564, a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, Agosto del 2018

Karen Lisette Niño Mendoza

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Se presenta la tesis titulada: “Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo”; realizada de conformidad con el Reglamento de Investigación de Postgrado vigente, para obtener el grado académico de Maestro en Gestión de los servicios de la salud

El informe está conformado por seis capítulos: capítulo I, introducción; capítulo II, método; capítulo III, resultados; capítulo IV, discusión; capítulo V, conclusiones y capítulo VI, recomendaciones; además se incluye las referencias y el anexo correspondiente.

Se espera, que esta investigación concuerde con las exigencias establecidas por nuestra Universidad y merezca su aprobación.

Karen Lisette

ÍNDICE

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Realidad problemática	12
1.2. Trabajos previos	15
1.3. Teorías relacionadas con el tema	18
1.4. Formulación del problema	35
1.5. Justificación del estudio	36
1.6. Hipótesis	37
1.7. Objetivos	37
II. MÉTODO	
2.1. Tipo y diseño de investigación	40
2.2. Variables, operacionalización	41
2.3. Población y muestra	43
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad	44
2.5. Métodos de análisis de datos	45
2.6. Aspectos éticos	46

III.	RESULTADOS	49
IV.	DISCUSIÓN	58
V.	CONCLUSIONES	67
VI.	RECOMENDACIONES	70
VII.	REFERENCIAS	73
	ANEXOS	79
	Anexo 01: Ficha técnica de Instrumento	80
	Anexo 02: Matriz de consistencia	82
	Anexo 03: Propuesta de protocolo	85
	Anexo 04: Instrumento de validación de propuesta	116
	Anexo 05: Validez del instrumento por juicio de expertos	124
	Anexo 06: Acta de pase de sustentación	128
	Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional UCV	129
	Acta de aprobación de originalidad de Tesis	130

RESUMEN

Las crisis febriles son muy comunes, representa la mayoría de todas las convulsiones en el niño, en el Perú constituye uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia pediátrica, sobre todo si se trata de niños menores de cinco años, siendo esta realidad semejante en el departamento de Lambayeque, ya que en una clínica de Chiclayo se atienden muchos casos de crisis febriles. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo; la muestra estuvo conformada por 248 historias clínicas de niños menores de cinco años con crisis febriles que acudieron a la clínica entre octubre del 2017 a abril del 2018. Se empleó una guía de análisis documental validada por juicio de expertos. Resultó alta incidencia de niños con crisis febriles, dentro de las dimensiones sociodemográficas el sexo masculino destacó en 60%; 1 a 3 años; fue la edad representativa con una mayoría de 197 niños (79 %), 212 niños (85%) tuvieron procedencia urbana. En la dimensión de características de las crisis febriles; 212 niños (85%) presentaron crisis febril simple; 244 niños (96%) tuvieron crisis febriles con duración de 1 a 5 minutos; 38.5 a 38.9°C fue el intervalo de temperatura que resaltó con el 56%; 47 % de los niños no presentaron patología acompañante, y el 38% tuvieron a la madre como antecedente familiar. Se concluye que para mejorar la gestión del cuidado se ha creado un protocolo preventivo que ayudará a disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años.

Palabras clave: prevención, incidencia, crisis febriles, promoción, salud, características sociodemográficas.

ABSTRACT

Febrile seizures are very common, it represents the majority of all seizures in the child, in Peru it is one of the main reasons for consultation in pediatric emergency services, especially if it is a case of children under the age of five. similar reality in the department of Lambayeque, since in a clinic in Chiclayo many cases of febrile crisis are attended. The study was quantitative, descriptive, retrospective; the sample consisted of 248 clinical histories of children under five years of age with febrile seizures who attended the clinic between October 2017 and April 2018. A document analysis guide validated by expert judgment was used. There was a high incidence of children with febrile seizures, within the sociodemographic dimensions the male sex stood out in 60%; 1 to 3 years; It was the representative age with a majority of 197 children (79%), 212 children (85%) had urban origin. In the characteristics dimension of febrile seizures; 212 children (85%) presented simple febrile seizures; 244 children (96%) had febrile seizures lasting 1 to 5 minutes; 38.5 to 38.9 ° C was the temperature interval that stood out with 56%; 47% of the children had no accompanying pathology, and 38% had the mother as a family history. It is concluded that to improve care management a preventive protocol has been created that will help to reduce the incidence of febrile seizures in children under five years of age.

Keywords: prevention, incidence, febrile crisis, promotion, health, sociodemographic characteristics.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Las crisis febriles o convulsiones febriles son muy comunes y frecuentes, representa la mayoría de todas las convulsiones en la etapa infantil, siendo así que dos grandes entidades como la Organización Mundial de la Salud y la Liga Internacional de Lucha contra la Epilepsia la definen como sucesos muy comunes pero benignos de la niñez. Las crisis febriles sin antecedente de epilepsia, constituyen sucesos convulsivos en todo el proceso de una enfermedad febril, desequilibrio hidrometabólico severo o neuroinfección, las cuales se presentan a la edad comprendida de 6 meses a 5 años mostrándose una incidencia alta a los 18 meses de edad, con una temperatura frecuentemente mayor de 38.4°C. (Moreno de Flagge, 2013, p.63)

A nivel internacional, de todos los niños que acuden a emergencias el 30% aproximadamente presentan fiebre, de estos el 18% llegan con una temperatura de 40° C a más, siendo la prevalencia y frecuencia de la convulsión febril del 4-5% de todos los menores de cinco años de edad, con una incidencia anual de 460/100.000 niño en el grupo de 0 a 4 años. En Estados Unidos el porcentaje oscila alrededor de 2 a 4% de todos los menores de 5 años, en Europa se estima del 3%, un 9 a 10% en Japón y hasta a 14% en Guam. (Rivera, 2015, p3).

Ante un sinfín de problemas de salud, siendo uno de ellos la alta incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado cuenta de ciertas tendencias en la gestión de los servicios de salud de países desarrollados que se ha visto reforzada, la tendencia hacia una mayor colaboración interinstitucional a nivel mundial traduciéndose en un creciente número de instrumentos, información sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades que añaden valor a los esfuerzos realizados por los países para

fortalecer los sistemas de salud. Aunque queda mucho por hacer, se observan signos de una evolución positiva en todos los componentes de los sistemas de salud. (Morfi 2016, p.27)

En el Perú actualmente existe poca atención prestada al fortalecimiento y la aplicación de políticas de salud focalizadas en la prevención, hay deficiencias en la gestión de los sistemas de salud, los esfuerzos promulgados no se ve reflejado en la realidad sanitaria. La capacidad resolutive y gerencial de los organismos encargados por velar en la salud de la comunidad es pobre y poco activo ya que el día a día refleja la variedad de problemas en salud sin solución a nivel nacional.

La escasa cultura gerencial a la cual estamos expuestos genera pobres resultados ante problemas claros, los profesionales de la salud vemos a diario graves problemas con los cuales debemos lidiar sin embargo muchos estamos estáticos, como es el caso de enfermeras donde muchas de las cuales no estamos empoderadas a pesar de llevar innatamente un espíritu de gestión del cuidado.

Dentro de las problemática en salud infantil de nuestro país, es el registro alto de fiebres considerada como uno de los principales motivos de concurrencia en las áreas de emergencia pediátrica en niños menores de tres años, sin embargo no existen datos exactos de prevalencia e incidencia de crisis o convulsiones febriles, datos necesarios para nuestro tema de investigación. (Revista Peruana de Pediatría, 2014, p.68).

En nuestro país las patologías más comunes que se presentan con episodios de fiebre en los niños, son aquellas patologías infecciosas; virales, bacterianas, parasitosas; hasta las no infecciosas como aquellas autoinmunes. Además frecuentemente hay otras situaciones comunes desencadenantes de las crisis febriles como las vacunaciones, especialmente con la vacuna D.P.T. Por ello mismo se evidencia que los niños están expuestos en su día a día a situaciones

que ocasionaría cuadros febriles y con el riesgo de desencadenar convulsiones. (Mancilla, C. 2002, p.84).

A nivel local, en el departamento Lambayeque esta realidad no es ajena ya que en los Centros de Salud, así como en los centros hospitalarios existe un número elevado de consultas pediátricas por crisis febriles evidenciado en el quehacer profesional enfermero, a donde día a día madres acuden con sus hijos cuando presentan alzas térmicas elevadas con riesgo de presentarse algún tipo de complicación que pueda dejar algunas secuelas.

En el servicio de emergencias de una clínica privada de Chiclayo, el personal de salud que laboran en dicha área, refieren que existe una alta demanda de pacientes pediátricos menores de cinco años que acuden con crisis febriles, de mínimo 02 casos por semana los cuales son asistidos por una temperatura mayor de 38.0°C, en muchos de estos casos casi con 40°C, incrementándose riesgo de convulsiones febriles.

Es así que se observa que muchas madres llegan con sus niños con cuadros febriles desde 38°C a más, se muestran temerosas, desesperadas a que las atiendan inmediatamente muchas veces gritando por atención rápida, golpeando bruscamente la puerta; en donde se evidencia en su gran mayoría a madres trayendo a sus niños con escalofríos y rubicundez por fiebres altas llegando a los 40°C, en otras ocasiones traen a sus niños convulsionando o refiriendo que sus niños convulsionaron en casa o durante el trayecto al hospital.

Las madres de estos niños refieren que apenas se dieron cuenta de la fiebre no dudaron en acudir al hospital, muchas de ellas negando haber brindado alguna medida previa de atención como colocar termómetro o bañar a sus hijos, otras refieren que antes de llevarlos al hospital surgió la duda; ¿lo llevo al médico o mejor espero a ver si le baja dándole paracetamol?, y como no les bajaba la fiebre a sus hijos decidieron llevarlos al hospital, otras madres refirieron que les brindaron

Repriman y además de ello los bañaron solo 10 minutos y luego corrieron al hospital, al ver que nos les bajaba la fiebre.

Cuando los niños llegan presentando este problema quedan en observación |mínimo 24 horas, dentro de las cuales se le realiza estudios de bioquímica, tratamiento si fuese necesario y se le genera interconsulta con el neuropediatra, siendo este el que decide si el niño va a casa o es necesario que persista su estancia en la emergencia pediátrica.

Ante estos eventos y la demanda de atenciones de crisis febriles es notorio ver que existe poca información acerca de medidas preventivas para evitar crisis febriles en los niños menores de cinco años.

1.2. Trabajos previos

Haciendo una búsqueda minuciosa del tema de investigación a nivel internacional, nacional y local, se encontraron los siguientes trabajos previos al tema.

A nivel internacional se encontraron las siguientes investigaciones previas:

Venturi A. en el año 2013 en Argentina; realiza una investigación titulada “Incidencia, factores de riesgos, información y educación para la salud frente a las convulsiones febriles en niños entre los 3 meses y 5 años de edad, asistidos en el Hospital de Niños San Roque, de Paraná, Entre Ríos”. De tipo descriptivo, transversal, retrospectivo observacional. El autor asume como objetivo determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre la fiebre y las convulsiones febriles, empleo la técnica de recolección de datos, concluyendo que 125 niños padecieron las convulsiones febriles, donde la incidencia fue, 68,8 % y la recurrencia del 31,2 %, siendo las del tipo simple (72 %) las predominantes. (Venturi, 2013, p.02)

Domínguez M, en Honduras realiza una investigación titulada “Caracterización de convulsiones febriles en niños atendidos, Instituto Hondureño de Seguridad Social, periodo Julio 2012 a Octubre 2013”. Fue un estudio cuantitativo descriptivo observacional, tuvo como objetivo caracterizar sociodemográfica y clínicamente las convulsiones febriles en los niños atendidos en el departamento pediatría del Hospital Regional del Norte, del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Llego a la conclusión que las convulsiones febriles prevalecen en el sexo masculino 1.6 a 1, y que éstas ocurren en la mayoría de los casos antes de los 2 años de edad, y que parte importante de la caracterización de las convulsiones febriles se originan probablemente por una infección respiratoria superior. (Domínguez, 2012. p.01)

González L, en el año 2013, en Venezuela, presenta una investigación titulada “Características clínico epidemiológicas en niños con crisis febril compleja con evolución a epilepsia, atendidos en consulta privada de neurología pediátrica, Valencia-Estado Carabobo, Venezuela. Enero 2000 –diciembre 2010; este estudio fue de tipo cualitativo y también cuantitativo, además descriptivo, retrospectivo, tuvo como propósito de caracterizar la crisis febril compleja y el desarrollo de epilepsia, con una muestra correspondida a 70 pacientes, que se atendieron entre Enero del 2000 a Diciembre del 2010. Finalmente se concluyó que el grupo de edad más afectado fue el de los lactantes predominando ligeramente en el sexo masculino. (Gonzales, 2013, p.02).

Zeballos, J., en el año 2013 en Uruguay presentó su investigación titulada “Primera convulsión febril en niños asistidos en un servicio de emergencia pediátrica”, fue descriptiva, de tipo cohorte histórica a partir de la revisión de las historias clínicas, tuvo como objetivo describir las características clínicas, los estudios paraclínicos y la evolución de los pacientes que consultaron en el servicio de emergencia del Hospital Británico”. Su muestra fue de 113 niños, en 84% la infección respiratoria fue la causa de la fiebre, se realizó relevo metabólico en 15% de los pacientes, relevo infeccioso en 78%, y punción lumbar en 8%. Se

presentaron reincidencias de las convulsiones en 25% de todos los pacientes. (Zeballos J. 2013, p.08)

Rivera, A. en el año 2015, en Guayaquil, presenta un estudio “Influencia de los factores de riesgo asociados a convulsión febril en niños de 3 meses a 6 años de edad tratados en el área de emergencia del Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante en el periodo septiembre del 2014 a mayo del 2015”; fue de tipo descriptivo, con una muestra de 100 pacientes en el cual se recolectaron datos de las historias clínicas. Como finalidad tuvo establecer criterios sobre los factores de riesgos relacionados a la convulsión de los niños con ello disminuir la incidencia y recurrencia de crisis febriles mediante la elaboración de un programa protocolizado de medidas preventivas, dentro de sus resultados obtuvieron que del total el 78% comenzó con una crisis febril simple y el 22% con una compleja y estas asociadas a factores de riesgo fueron en un 89% recurrentes (1 status febril). (Rivera. 2015, p.11)

Dentro de los trabajos previos nacionales se hallaron los siguientes:

Flores G. en el 2013 en Trujillo-Perú; realiza una investigación titulada “Antecedentes familiares y alteración del neurodesarrollo como factores de riesgo para primera crisis febril en niños”. Esta investigación fue de tipo casos y controles en niños de 6 meses de edad a 5 años, con una muestra de 217 controles y 59 casos; el cual tuvo como objetivo determinar si como factores de riesgo para presentar una primera crisis convulsiva febril lo constituían el antecedente familiar y la alteración del neurodesarrollo. El autor efectivamente concluyó que los factores de riesgo ante una primera crisis febril son el antecedente familiar y la alteración del neurodesarrollo. (Flores, 2013, p.03)

Acuña P. en el 2016 en Loreto-Perú; realiza una investigación titulada “Factores de riesgo de pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría, que

desarrollan convulsiones febriles en el Hospital Regional de Loreto en el año 2015”. La investigación fue de tipo analítico no experimental de caso control, cuyo objetivo fue determinar en aquellos pacientes que desarrollan convulsión febril los factores de riesgo desencadenantes, llegando a la conclusión que el antecedente familiar de convulsión febril, antecedente de prematuridad, fiebre de 39°C, con infección respiratoria, fueron los factores de riesgo predominantes. (Acuña, 2016, p.17)

1.3. Teorías relacionadas con el tema

Todas las personas en nuestro día a día sin conocer del término gestión, la incluimos inconscientemente en nuestras decisiones, al platicar con las personas, al comprar cosas, cuando solicitamos algún préstamo, es así que gestionar se dirige esencialmente a realizar acciones dirigidas a resolver conflictos y con ello satisfacer demandas o necesidades.

El término gestión proviene de “gestus”, un vocablo latino que denota actitud, según refieren Ernesto Lamas y Claudia Villamayor; gestionar es un arte de hacer realidad o posible un rumbo hacia alcanzar una meta en medio de obstáculos o dificultades, significa entonces acciones conjuntas integradas, un proceso laboral organizacional en el cual se van a coordinar múltiples enfoques, esfuerzos y perspectivas con el fin de lograr los objetivos trazados en una institución u organización; involucrando la articulación de procesos y resultados, un trabajo compartido y corresponsabilidad en la toma de decisiones.(Huergo, 2015, p.04)

En todas las áreas organizacionales es importante aplicar gestión, sobre todo en donde existan deficiencias en sus procesos, como lo es en el ámbito de la salud, es así que Gestión en Salud se refiere a una suma o un conjunto de estrategias y métodos para realizar un trabajo adecuado en los diferentes niveles de servicios en el sector salud que permita abarcar la promoción de la salud, prevención de la

enfermedad y recuperación de la salud. La Gestión en salud permite satisfacer las necesidades en los diferentes usuarios por ejemplo los hacedores de política, gestores de servicios de salud, personal de salud, esto a través de herramientas de gestión las cuales deben estar organizadas que permiten una mejora continua en la gestión de servicios de salud.

Gestión en salud es la aplicación o empleo de la administración como ciencia básica, por parte de los gestores, o el uso de la gerencia como parte del pensamiento de los administradores, desde el nivel más alto hasta el más simple de una institución u organización de trabajo, de esta manera gestión en salud es dar una mirada a la salud como una organización empresarial con una relación económica con agregado adicional correspondiente a un elemento humanitario el cual no podemos perder de vista como un recurso indispensable, es en donde los gerentes en salud van a estar obligados a supervisar constantemente los procesos, a una búsqueda continua de mejoras, y comprometerse en lograr objetivos trazados. (Zarate, 2015, p.45)

Es así que la salud vista como a una empresa debe de conocerse de ella el mercado de sus productos, debe racionalizar los diferentes recursos, garantizar calidad en los procesos, que formulen planes, optimizar procesos, mermar costos y efectuar decisiones que estén basadas en hechos. Hablar de salud es inherente al cuidado, es así que bajo los términos de la gestión en salud, la gestión del cuidado está orientada hacia la persona, al usuario de salud, la familia y comunidad, en donde se hará uso del pensamiento enfermero, la enfermera gestora debe favorecer una cultura organizacional enfocada en el cuidado de las personas.

Gestión del cuidado está dirigido a crear instrumentos para recolectar datos de manera sistemática, acerca de la experiencia sobre salud y el entorno, va a incluir el análisis reflexivo de información de las diferentes problemáticas en salud, diagnosticar con el propósito de resumir la respuesta de la persona, con ello planificar las acciones correspondientes a ello, modificar el entorno que aseguren

un cuidado de calidad, o logre la erradicación de los problemas encontrados, es donde la enfermera debe asegurarse que la persona este cómoda, que obtenga una buena atención, se logre así un cuidado humanizado.

Otro aspecto de la gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería es la cooperación interdisciplinario, un trabajo en conjunto que va a comprender la consulta entre las enfermeras compañeras de trabajo para su participación en desarrollo de sus conocimientos y experiencia aplicada a la solución de problemas, esta colaboración debe partir del reconocimiento de las habilidades obtenidas y el enriquecimiento de manera constante de sus conocimientos. (Zarate, 2015, p.45)

El principal papel de la enfermera gestora va a consistir acciones de planeación, organización, dirigir y controlar los diferentes recursos humanos, financieros, y materiales, además de apoyar todas las actividades en base a conocimientos que brindan las ciencias administrativas, económicas, políticas y teóricas de enfermería centradas en la gestión del cuidado, sin dejar de lado valores, actitudes que permitan cumplir a cabalidad con los objetivos de la institución.

Meleis en 1989 dijo que la gestión del cuidado no solo se ejerce con los recursos que nos brindan las teorías de la administración sino que además se establece con las relaciones y concepciones propias de la disciplina enfermera, puesto que es el cuidado de la persona el centro y objetivo del quehacer enfermero, además sostiene que el abordaje de los cuidados de enfermería deberá poseer una clara visión de la disciplina para contribuir de una manera original a la solución de problemas relacionados a los cuidados de la persona, familia y comunidad. (Huergo, 2015, p.04)

La gestión del cuidado debe estar enmarcado en la responsabilidad de implantar una cultura organizacional que pueda favorecer la práctica de los cuidados, para ello se requiere de enfermeras gestoras con capacidad de liderazgo y con motivación, procesos esenciales para efectivizar un cuidado de calidad, ya que el liderazgo permitirá influir en su personal trasmitirle valores y actitudes para reducir factores que obstaculicen cuidados de calidad, así también será responsable de motivar al personal a realizar acciones que contribuyan a mejorar la salud de los usuarios de salud.

En la presente investigación he considerado las siguientes teóricas de enfermería ya que en ellas se enmarca la gestión del cuidado en enfermería, priorizando el primer nivel de atención en salud, que es la atención primaria en cuanto a promoción de la salud y prevención de enfermedades, muchos gestores en salud en el Perú desde antes y hasta la actualidad no toman en cuenta este importante nivel, enfocándose al nivel terciario es decir en dar tratamiento y tratando de solucionar problemas cuando ya están en su mayor auge, dejando de lado el origen de los mismos.

Si todos los gestores en salud cambiaran sus paradigmas y pusieran énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades como lo hacen hoy en día en los países desarrollados, otorgarían mayor conocimiento en salud en su población, ejercerían bajo ese enfoque la gestión del cuidado; lográndose mayores y mejores resultados en beneficio de toda su comunidad.

Dentro de las teóricas de enfermería enfocadas a la gestión del cuidado tenemos a Suzane kerouac, en su teoría del Gestión del cuidado; define a la gestión del cuidado enfermero como un proceso heurístico, dirigido a activar recursos humanos y del entorno con el propósito de beneficiar al cuidado de la persona que al interaccionar con su entorno tiene experiencias de salud. Se considera heurístico porque para lograr objetivos de la práctica de enfermería recurre a la indagación, transformación y creatividad en la gestión de los procesos. (Morfi 2016, p. 25)

Según esta teoría la gestión del cuidado no incluye acciones dirigidas necesariamente en apoyar una práctica, implica instaurar el cuidado de la persona basado en diferentes procesos como la reflexión, valores, composición de creencias, análisis crítico, juicio clínico, aplicación de conocimientos, evaluación de la calidad de intervenciones y organización de recursos. Además refiere que el rol de la enfermera que tiene la responsabilidad de la gestión de los cuidados radica en apoyar al personal que brinda los cuidados.

Es así que esta teoría manifiesta que la enfermera gestora del cuidado contribuye en acciones que aseguran servicios humanizados de salud con calidad en un entorno óptimo de recursos disponibles, de esta manera las enfermeras se enfrentan día a día a retos grandes al ejercer funciones en el campo de acción caracterizado por muchos obstáculos y problemas, en el cual buscará alternativas de solución con un enfoque de gestión enfocado a garantizar a las personas calidad en el cuidado. (Morfi 2016, p. 25)

Nola Pender es otra de las autoras en las cuales me sustentó ya que ella es la autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), mismo que guía la presente investigación, la autora expresó que el actuar de las personas está motivada por el arduo deseo de llegar al potencial y bienestar humano. Las respuestas que da este modelo son cómo las personas disponen decisiones sobre su autocuidado, y cuando las mismas intentan alcanzar el estado deseado de salud pretenden ilustrar su multifacética naturaleza en su interacción con el entorno (Aristizábal, 2011, p. 02)

El presente modelo nos revela los aspectos notables y principales en donde la conducta de los seres humanos va a modificarse, en cuanto a motivaciones y actitudes, promovedores de la salud. Este modelo se basa en dos sustentos teóricos: la teoría de Albert Bandura del aprendizaje social y el modelo de Feather de la valoración de expectativas de la motivación humana.

El primer sustento se refiere a que para el cambio de conducta es importante en los procesos cognitivos, siendo necesario incorporar aspectos del aprendizaje conductual y cognitivo, reconoce a su vez que el comportamiento de las personas son influidos por los factores psicológicos. Cuatro requisitos que postula es que para que las personas modelen su comportamiento tienen que estar predispuestas a la atención, retención, reproducción y motivación. Este sustento se convierte en conveniente en nuestro objetivo de inculcar a las madres los conocimientos básicos sobre las medidas de actuación inicial ante una situación de fiebre y durante la misma, pues todo individuo carece de ignorancia ante muchos temas actuales, y más en temas sobre salud, como lo que implica las medidas preventivas para evitar convulsiones febriles, oportunidad efectiva para que el personal de enfermería entre a tallar en la aplicación de esta propuesta de protocolo preventivo. (Aristizábal, 2011, p. 02)

Por otro lado en el segundo sustento teórico, se afirma sobre la racionalidad de la conducta considerando que la clave principal para conseguir un logro es el componente motivacional o la intencionalidad. Dando a entender con ello, que lo que aumenta la probabilidad de conseguir un objetivo es cuando se genera una intención clara, concreta y definida de una acción, la intención con la que se presenten las personas será igual al compromiso personal para lograr un cambio de actitud para la mejora de su cuidado, siendo esta premisa conveniente ya que las madres siempre por el gran amor que tienen a su hijos es un componente motivacional que aumenta la probabilidad de conseguir conductas dirigidas en la promoción de la salud. (Aristizábal, 2011, p. 02)

Este modelo nos explica como las experiencias y características personales, además de los afectos específicos y conocimientos sobre la conducta dirigen al individuo a su participación en comportamientos de salud. El primer concepto hace referencia a las experiencias previas que tendrían efectos directos e indirectos en el compromiso en conductas de promoción de la salud. En el segundo concepto se

describe los factores psicológicos personales, biológicos y socioculturales, los cuales van a predecir una conducta.

Es así que ante un problema existente de alta incidencia en crisis febriles en niños menores de cinco años, una situación de fiebre en los niños crea una experiencia previa en las madres de estos niños ante posible eventos repetitivos, y como dice la teoría crearía un efecto directo o indirecto en el compromiso de conductas dirigidas a la promoción de la salud.

La autora de esta teoría hace referencia a elementos relacionados con los afectos y conocimientos tales como emociones, sentimientos, y creencias específicos de la conducta, mismos que va a comprender seis conceptos; el primero sobre la “Percepción de los beneficios de una acción”, que son los resultados que se anticiparan positivamente, mismos que se generaran como expresión de la conducta de salud; el segundo corresponde “Barreras percibidas para la acción”, este apunta a las desventajas o evaluaciones negativas del individuo que posiblemente podrían obstaculizar un compromiso con la acción. (Aristizábal, 2011, p. 02)

Un tercer concepto alude a la idea de la “Auto eficacia percibida”, éste es uno de los más significativos ya que corresponde a la percepción de la competitividad personal para efectivizar una determinada conducta, cuando es mayor, la posibilidad de comprometerse para una acción aumenta. El cuarto elemento constituye al “Afecto relacionado con el comportamiento”, este recae en las reacciones o emociones afines con las ideologías favorables o desfavorables, perjudiciales o efectivos orientados a conducta específica. Su quinto concepto se refiere a “Influencias interpersonales”, haciendo referencia a que los individuos se comprometan a acoger conductas dirigidas a la promoción de su salud.

El sexto y último concepto, indica “el entorno y las Influencias situacionales”, las mismas que pueden disminuir o aumentar el compromiso a la participación en

una conducta promotora de salud. Los componentes anteriormente mencionados están relacionados entre sí e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir en la adopción de mejoras en las conductas de prevención de crisis febriles por parte de las madres, a través de la implementación de un protocolo preventivo que estaría a cargo de las licenciadas de enfermería que laboran en el área de emergencia. (Aristizábal, 2011, p. 02)

Por lo antes expuesto, esta teoría respalda la iniciativa de gestionar actividades de promoción de la salud, en los servicios de salud como lo constituye un área de emergencia, que es la entrada ante cualquier situación de peligro en un individuo, bajo este punto el modelo apoya nuestra propuesta en intervenir como profesionales de enfermería en promover conductas de bienestar y prevención de complicaciones a través de las enfermeras hacia las madres, ya que son ellas son el principal cuidador de sus hijos, y quienes dependen totalmente de los conocimientos y capacidades que adopten estas madres en la promoción de su salud.

En la presente investigación se realizará un protocolo preventivo, en el cual enfatizaré la gestión del cuidado de la salud bajo el punto de nivel de atención primaria, dando énfasis a la promoción de la salud, para ello la importancia del planteamiento del diseño de un protocolo preventivo para con la posterior venia se pueda coordinar su implementación.

Bajo este enfoque es necesario conocer la definición de protocolo, el mismo que se define como un instrumento, que se va a establecer dentro de una organización, en el cual se definirán límites y pautas que van a regir un acción en común. Los protocolos coleccionan y recopilan normas que deberán dirigirse a planificar, desarrollar y controlar acciones promovidas por una organización. Debe precisar una ENTRADA, que es lo que hay que transformar; un PROCESO, que

son las actividades o interacciones para la transformación; y una SALIDA o Resultado lo que se dirige al Servicio prestado al cliente.

Un protocolo es importante ya que es creado con la finalidad de optimizar la calidad de la atención de las personas, permite que las acciones sean estandarizadas y luego evaluados; conjuntamente ayudará a los profesionales de la salud a tomar decisiones; simples o complejas; que exijan subsidios teóricos de confianza, a ellos les permitirá obtener términos o parámetros que accedan a valorar y evaluar la calidad de la atención que se va ofrecer.

El protocolizar nuestros cuidados y acciones es importante ya que constituye un logro para que la profesión se fortalezca, por ello mismo estos instrumentos favorecen a la actualización de conocimientos y a las habilidades del profesional, así como al logro de mejoras en los resultados de los pacientes, pero en la medida en que los recursos humanos de enfermería concilien con las personas enfermas y todo lo relacionado al cuidado. El protocolo puede beneficiar el desarrollo de habilidades en la búsqueda activa de información actualizada, y sobre todo en la superación y constante capacitación del personal de enfermería desde el ámbito profesional. (Aguirre, 2014. p. 488)

La construcción de un protocolo se define y puntualiza la relación que existe entre la práctica con la teoría de la profesión; constituyendo de esta manera en una de las herramientas más útiles para que la variabilidad de los cuidados se pueda reducir. Por tanto se puede afirmar que los protocolos de cuidados ayudan o permiten homogeneizar los diferentes cuidados de enfermería.

Bajo estas premisas esta propuesta de protocolo servirá como herramienta preventiva para disminuir la alta incidencia de las crisis febriles en una clínica privada de Chiclayo, ya que la atención de esta genera mayores demandas de estrés y riesgo por presentarse en la etapa infantil. Por tanto dicha propuesta de protocolo es una medida de prevención primaria ya que pueden tener un efecto

disuasorio, y puede servir para informar y formar a las madres que traen a estos niños con crisis febriles cuáles son estas conductas preventivas de riesgo y complicaciones inminentes, y así mismo de prevención secundaria ya que sería de aplicación cuando el riesgo no haya podido evitarse y es preciso su puesta en marcha ante la aparición de complicaciones directas como lo representan las convulsiones febriles después de una crisis febril.

El impacto de la protocolización de acciones de enfermería puede evidenciarse cuando se efectúa la evaluación de la efectividad, eficacia y eficiencia"; el respectivo diseño no tiene el fin de convertirse en una «receta», sino que según la realidad del profesional en el ámbito en donde se ejecutará se evaluará lo más adecuado para el individuo, por tanto, a criterio de la autora, la propuesta de este protocolo no puede ser usado más que como una pauta adaptable a cada caso individual. Es importante que la evidencia se combine con la experiencia práctica y ayude a tomar las más adecuadas decisiones, en el campo de actuación y de esta manera sea posible adecuar un protocolo de intervención a la problemática real que puedan suscitarse en el día a día.(Aguirre, 2014. p. 488)

Los protocolos de enfermería son uno de los pilares básicos para establecer una determinada forma de proceder y la responsabilidad de los profesionales de la salud en el proceso y desarrollo de los cuidados que llevaran a cabo en su ámbito laboral. Las investigaciones que se realizan en el ámbito de las ciencias de la salud aportan cada día nuevas evidencias que suponen cambios en los cuidados de los pacientes. La práctica de la enfermería se basa, entre otras cosas en la evidencia, por lo que aplica aquellas técnicas que se consideran más efectivas y relevantes.

Para poder cumplir el objetivo citado en el párrafo anterior, los profesionales de la salud disponen de diversas herramientas que ayudan a tomar decisiones, estas herramientas son los protocolos, las guías y los procedimientos, entre otras.

Los protocolos de enfermería son documentos que además de establecer una normativa para la práctica, constituyen una importante fuente de información y facilitan la incorporación de nuevos profesionales. Por lo tanto, los protocolos deben ser actualizados para adaptarse a todas las novedades y reducir la variabilidad de la práctica clínica. (Universidad Internacional de Valencia, 2017, p.03)

Los Pasos básicos para elaborar los protocolos de enfermería son los siguientes.

Primero se debe seleccionar el problema de salud, es posible protocolizar muchos problemas de salud, fundamentalmente cuando exista una posibilidad de mejora en los cuidados de salud y en los resultados que se obtengan con el paciente. Para priorizar el problema de salud que se quiere protocolizar se puede tener en cuenta las siguientes cuestiones: Supuestos en los que existe una gran variedad en la práctica clínica o en los resultados, en el caso en el tratamiento pueda reducir la morbilidad o mortalidad, casos en los que las intervenciones tienen un alto riesgo o alto coste, necesidad de que exista un protocolo.

En segundo lugar se procede a la composición del grupo de trabajo, el grupo de trabajo que elabore el protocolo debe estar formado por varios profesionales expertos en la cuestión objeto de protocolización. Es fundamental que exista un acuerdo entre los profesionales que van a elaborar el protocolo porque se verán afectados por dicho protocolo en su trabajo diario.

Como tercer lugar se realiza la revisión de la mejor evidencia científica, esta revisión requiere una búsqueda bibliográfica y en revistas científicas para seleccionar el material en base a su calidad. La información se puede extraer de artículos, tesis doctorales, guías clínicas etc.

En cuarto lugar se redacta el documento, es preciso que los protocolos de enfermería estén redactados de forma clara, utilizando frases cortas y términos

sencillos, evitando siglas y redundancias. Se trata de elaborar un documento que sea de fácil comprensión por los profesionales que lo van a utilizar.

Y como quinto lugar se realiza la estructura de los protocolos de enfermería, de forma genérica los protocolos de enfermería pueden seguir la siguiente estructura:

- .Introducción. En este apartado se hablará de la justificación del protocolo.
- . Son los resultados que se pretenden obtener.
- .Responsabilidad de cada profesional implicado en su implementación.
- .Profesionales a los que va dirigido.
- .Población a la que va dirigida el protocolo.
- .Descripción del procedimiento a implementar. (Universidad Internacional de Valencia, 2017, p.03)

Para nuestra investigación es necesario definir otros puntos importantes; dentro de los cuales tenemos a incidencia de crisis febriles.

La Incidencia se refiere a todos los nuevos casos que se presentan en una población en un tiempo determinado, de ahí que para su cálculo se requiere un periodo de seguimiento. Incidencia de crisis febriles se refiere entonces al número de casos nuevos de crisis febriles que ocurre en una población determinado y en un período determinado. (Moreno de Flagge, 2013, p.64)

En la presente investigación se ha considerado características sociodemográficas dentro de las cuales tenemos: el sexo, edad y procedencia.

El sexo en genética es el conjunto de las características de los individuos de una especie dividiéndolos femeninos o masculinos, haciendo posible la reproducción que se define por una multiplicidad genética.

La edad es el tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser vivo, en el caso de un ser humano, generalmente se expresa como un número entero de años o como un número entero de años y meses.

La procedencia hace referencia al lugar de origen de donde viene una persona, esto marcará las características sociales, costumbres y su cultura.

Además dentro de mi investigación he considerado características de las crisis febriles; como el tipo de crisis, duración, temperatura, causas como enfermedad acompañante y antecedentes de las mismas, que a continuación se hará mención de cada uno de ellas.

La fiebre, es la existencia de una temperatura superior a 38 °C, e implica un mecanismo de protección propia y natural que va a intervenir e interferir cuando hay un aumento, proliferación de virus y bacterias, sin embargo normalmente no causa complicaciones neurológicas, su mecanismo de acción es desconocido con exactitud, suele existir una elevación de la frecuencia cardíaca, hay alteración del metabolismo, todo ello provocado por la hipertermia, generando el consumo de glucosa, de O₂ y una acidosis leve. Cuando se presenta en niños la principal consecuencia o riesgo es una convulsión ya que actúa sobre un cerebro en desarrollo, provocando la convulsión debido a una brusca exacerbación de una predisposición genética, convulsiva, o con menos frecuencia secundaria a diversos componentes adquiridos en la etapa perinatal o prenatal. (Rodríguez, 2014, p.34)

La reacción febril es el resultado de una exposición de inductores externos o microorganismos infectantes, que generan la estimulación y la elaboración de elementos pirógenos endógenos, ya sea el caso de células de la línea monocito-

macrofágica, citoquinas, de mediadores solubles, virus, u otros elementos. Entre las citoquinas que circulan y cuentan con una acción pirogénica tenemos a la interleuquina 1 α , interleuquina 1 β , el interferón α y β , la interleuquina 6, la proteína 1 inflamatoria del macrófago y el factor de necrosis tumoral α y β .

Probablemente estas citoquinas circulantes no penetran en el cerebro, sin embargo tienen acción clara con elementos sensoriales en el órgano vascular y otras regiones que se encuentran cerca al cerebro, hay estimulación de la enzima ciclooxigenasa, esta promueve la síntesis de prostaglandinas E2, para luego difundirse y atravesar la barrera hematoencefálica hasta el área pre-óptica del hipotálamo anterior, es cuando se libera las citoquinas en los sitios distales y terminales de las neuronas comprometidos en dar la respuesta febril.

Al producirse el ascenso del punto prefijado hipotalámico inicia la estimulación de los mecanismos de producción y de conservación de calor corporal a través del aumento del metabolismo, del calambre muscular, tremor involuntario, y la vasoconstricción celular, todo ello origina una alza térmica con respecto al valor de referencia, ante este mecanismo fisiológico una de las consecuencias que podrían suscitarse es la crisis febril, pues al desencadenarse en el cerebro una actividad eléctrica anormal, conlleva una alteración paroxística en la actividad motora, provocando una convulsión, es así que esta consecuencia suele ser frecuente en los niños debido a que tienen un inmaduro sistema neurológico, este se encuentra en desarrollo y está más susceptible a crisis febriles. (Venturi, 2013, p8)

Una crisis febril o convulsión febril según lo que establece la National Institutes of Health (NIH) es: “un fenómeno de la infancia, que normalmente se produce entre la edad de tres meses y cinco años, fenómeno relacionado con la fiebre, sin embargo no hay evidencia de infección intracraneal o causa identificable”. Así también la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) define la convulsión febril como: “una crisis que ocurre en la etapa infantil sobre todo durante el primer mes de edad, que generalmente se asocia a una enfermedad febril que no es producida

por una infección del sistema nervioso central, sin previas crisis neonatales o crisis epiléptica previa no provocada, que no reúne criterios para otra crisis aguda sintomática". (Ruiz, M. 2015, p.424).

Dentro de los tipos de crisis febriles existen dos tipos las cuales están clasificadas según sus características clínicas, así tenemos crisis febriles simples y las complejas; las simples también conocidas como típicas o benignas, son aquellas generalizadas (clónicas o tónicas), son las más comunes y representa el 70%, se presenta con una duración menor de a 15-20 minutos, sin presentar características focales, se presenta una vez y no se repite más en un periodo de 24 horas, no hay consecuencias ni secuelas, transitorias ni permanentes. Mientras que las crisis febriles complejas también llamadas atípicas o complicadas; generalizadas o focales, cursan con una duración que supera los 15-20 minutos, estas a diferencia de las convulsiones simples si se repiten en el mismo proceso febril con la presencia de secuelas transitorias o permanentes. (Verity, C. Et. Al; 2009; p. 89).

Las crisis febriles son muy comunes en los niños, se registra que el 30% aproximadamente presentan fiebre, de estos el 18% llegan con una temperatura de 40° C a más, siendo la prevalencia y frecuencia de la convulsión febril del 4-5% de todos los menores de cinco años, con una incidencia anual de 460/100.000 niño en el grupo de 0 a 4 años. En Estados Unidos el porcentaje oscila alrededor de 2 a 4% de todos los niños con edades menor a 5, en Europa se estima del 3%, un 9 a 10% en Japón y hasta a 14% en Guam.

Para el manejo de las crisis convulsivas febriles es necesaria varias medidas de las cuales, primero es que si el niño llego convulsionando asegurara la vía aérea lateralizando al niño, o sobre el abdomen, sin ataduras, introduciendo algo blando entre las arcadas dentarias asegurándose que la lengua está asentada en el suelo de la boca, posterior a ello se debe administrar medicamento anticonvulsivante por

vía rectal según la dosis indicada por el médico, durante este proceso es oportuno valorar si estamos ante crisis febriles simples (menores de 15 minutos, generalizadas, tónicas o clónicas), o complejas (presencia de déficit neurológico previo, crisis convulsivas parciales o crisis no convulsivas, duración mayor de 15 minutos). (Ripoll L. Et. al 2010, p.89)

Una vez atendida la emergencia se debe proceder a disminuir la temperatura alta con un baño con agua tibia durante unos minutos 20 minutos si está en condiciones, pero si su estado de conciencia no lo permite se colocarán los antipiréticos correspondientes según la indicación del pediatra. Al culminar la crisis febril se debe efectuar también un adecuado llenado de una historia clínica completa, y presentar especial interés en identificar antecedentes de la historia familiar de crisis febriles o epilepsia, así como el origen de la fiebre, duración, inicio, y tipo de crisis febriles, realizar además el examen físico y exploración neurológica, haciendo énfasis en las alteraciones de conciencia y los signos meníngeos. (García, G.et al. 2010, p.87).

Minutos más tarde se debe realizar la valoración clínica del paciente pediátrico, evaluar si continúa febril, si esta confuso o irritable por un posible estado postictal, proceder entonces a la vigilancia hospitalaria, con la respectiva monitorización de la fiebre y de signos vitales, ejecutar una nueva exploración neurológica en búsqueda de signos de focalización o de irritación meníngea, todo ello se mantiene en un conjunto de pasos intercalados y en conjunto a la vez.

Bajo la atención de las crisis febriles se debe tener en cuenta cuales son las causas, es así que dentro de ellas tenemos:

Existen algunas causas agudas inmediatas de las convulsiones que incluyen hipoglucemia, meningitis, efectos secundarios a medicamentos, hipocalcemia, hipertermia. Las infecciones víricas de las vías respiratorias superiores y otitis media aguda son las causas más frecuentes de las convulsiones febriles, tal como lo data la asociación de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría

de Atención Primaria, que sostiene que los niños que tienen un sistema inmunitario adecuado, normalmente se presentarán un aproximado de 6-8 infecciones de vías respiratorias altas en todo el año, siendo así propensos a poder sufrir infecciones graves por microorganismos influidos por la inmadurez anatómica del sistema inmune de los niños. (Bergara, M, 2017. p. 02)

Otra causal son los antecedentes familiares ya que la predisposición genética es bastante elevada, niños que tienen padres o hermanos con convulsiones o epilepsia, tienen un riesgo alto de 4 o 5 veces más que el resto de la población, se atribuye mucho a un defecto genético caracterizado por un fenotipo heterogéneo, según investigaciones las evidencias aluden a la responsabilidad a receptores GABA, canales de sodio, proteínas auxiliares. (Moreno de Flagge, 2013, p.64)

El diagnóstico de las crisis febriles se basa en la búsqueda clínica y neurológica de la sintomatología del niño, a través de una serie de exámenes de laboratorio tales como electrolitos séricos y determinaciones toxicológicas específicas, deben realizarse en función de las circunstancias clínicas individuales, conjuntamente para la evaluación de las crisis febriles el médico debe determinar principalmente la causa de la fiebre y descartar en primer lugar meningitis, si sospecha de ello será necesario efectivizar una punción lumbar para luego examinar el líquido cefalorraquídeo, a través de su cultivo de la muestra extraída.

Para las crisis parciales simples se recomienda el control de la temperatura con medios físicos además de la administración oportuna del paracetamol en dosis 10-15 mg/Kg/dosis o de antipiréticos como el metamizol, así mismo dentro del medio hospitalario tras utilizarse el Diazepam rectal y si la crisis no cede, existen dos posibilidades de tratamiento; uno es el tratamiento profiláctico continuo que es a base de ácido valproico o fenobarbital; y un segundo es el profiláctico intermitente constituido por Diazepam endovenoso; tratamiento profiláctico con el único objetivo de evitar recidivas y algún tipo de secuelas. (García, G.et al. 2010, p.87)

Luego de ello cuando el paciente ha presentado crisis con fiebre o sin ella, el manejo debe ser como un posible portador de epilepsia, es en este caso donde se debe evitar la administración de algunos fármacos como las benzodiazepinas cuando la crisis febril ha terminado, puesto que haría difícil la evaluación del estado neurológico y mental. Si se presenta una crisis con fiebre o afebril prolongada se puede administrar el Diazepan intravenoso a dosis de 0.3 mg/kg/dosis (máximo 10mg totales) o a dosis de 0.5 mg/kg/dosis y su posterior observación.

El niño que ha presentado una crisis convulsiva febril simple y ha acudido a un servicio de urgencias debe conservar se en este lugar, algunas horas y, si se ha diagnosticado la causa de la fiebre ser tratada adecuadamente, por lo cual debe ser sometido a un nuevo examen antes de ser enviado a su casa.

Las recidivas se manifiestan entre el 30-45%, siendo así que la mitad de estos sufren episodios nuevos. El 50% de estas se suelen presentar después de seis meses del primer evento convulsivo. El 75% de las presentaciones se originan después de un año de la primera convulsión. Se piensa que dentro de los factores de riesgo para la introducción de las recurrencias tiene mucho protagonismo los antecedentes patológicos durante periodo neonatal, enfermedades neurológicas, crisis convulsivas febriles en la familia ya sea por parte de padres o de los hermanos, convirtiéndose en mayor el riesgo de presentar epilepsia en comparación del resto de la población general. (Nieto, B., 2009, p.56)

1.4. Formulación del problema

¿Cómo el protocolo preventivo contribuye a disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo?

1.5. Justificación del estudio

Al conocer la gran demanda de asistencia de niños con crisis febriles en el área de emergencias pediátricas, y en vista de las pocas medidas de las madres en prevenir las convulsiones febriles, surgió la idea de una propuesta de protocolo preventivo enfermero el cual incluya consejería preventiva por partes del personal de enfermería. Dicha propuesta cobra importancia porque permite acceder a un problema significativo de salud como son las crisis febriles, con ello disminuir su incidencia en todos los niños menores de cinco años y por ende la disminución de concurrencia a emergencias por convulsiones, consecuencia directa de estas crisis febriles.

Así mismo la propuesta de este protocolo preventivo es importante para mejorar los conocimientos y destrezas en las madres en cuanto a medidas iniciales previas pertinentes en la atención ante la presencia de fiebres en sus niños, las cuales sean aplicadas antes de acudir a cualquier tipo de centro asistencial con ello puedan prevenir las convulsiones.

Este proyecto de investigación tiene por beneficiarios a las madres y a sus respectivos niños; a las madres por que ante la presencia de un cuadro febril repetido, tengan la capacidad de tomar medidas y actitudes previas a la atención en el hospital; que ayude a evitar cualquier riesgo de convulsión febril en sus hijos, pues ellas quien están en mayor contacto con el niño juega un rol muy importante en su cuidado. Y a los niños beneficiará en disminuir el riesgo a convulsión febril y sus posibles complicaciones.

El aporte de esta investigación a la ciencia consiste en innovar nuevos conocimientos mediante la propuesta de dicho protocolo y a su vez sustentar la autonomía de enfermería, con ello adoptar y lograr la implementación de nuevas estrategias dirigidas a la prestación un mejor cuidado hacia a los usuarios.

1.6. Hipótesis

Las hipótesis generalmente nos indican lo que estamos indagando o intentando de probar, estas proponen tentativamente las respuestas a las preguntas de investigación, nos relevan a los objetivos y preguntas de investigación para guiar el estudio, sin embargo en la presente investigación no se realizará hipótesis ya que el objetivo de mi investigación es proponer un protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años. (Hernández et al., 2010, p.117)

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Proponer un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

1.7.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.
- ✓ Identificar la dimensión de características sociodemográficas de las crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.
- ✓ Identificar la dimensión de las características de las crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

- ✓ Diseñar un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica de Chiclayo.
- ✓ Validar a través de juicio de expertos un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica de Chiclayo.

CAPÍTULO II

MÉTODO

MÉTODO

1.8. Diseño de investigación

El presente estudio fue de tipo cuantitativo; descriptivo y retrospectivo. Descriptivo ya este que detallar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos o comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un razonamiento, en esta oportunidad fue descriptivo porque nos permitió conocer la incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años, conjuntamente identificar las dimensiones sociodemográficas y características de las crisis febriles de niños menores de cinco años en el área de emergencia de una clínica privada. (Danke, 1989, citado en Hernández et al., 2010, p.117)

Fue un estudio retrospectivo porque se realizó en un determinado tiempo en este caso dentro del periodo comprendido de octubre del 2017 al mes de abril 2018.

Esquema

M – O - P

M: Historias clínicas. Constituye la muestra con las que se realizará la investigación.

O: Información de las incidencias de crisis febriles en niños menores de cinco años.

P: Protocolo preventivo que será propuesto como una medida de solución ante la alta incidencia de crisis febriles en menores de cinco.

1.9.-Variables, Operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
PROTOCOLO PREVENTIVO	Conjunto de reglas que guíaran y a su vez permitirán prevenir un hecho no deseable. (Ortiz J. 2007 p7).	La variable protocolo no será desarrollada en este estudio por ser una investigación propositiva.	Percepción de los beneficios de una acción	Expresión de la conducta de salud
			Barreras percibidas para la acción	Apreciaciones negativas del individuo
			Auto eficacia percibida	Percepción de competencia personal
			Afecto relacionado con el comportamiento	Reacciones o emociones conducta específica
			Influencias interpersonales	Compromiso de adoptar conductas promotoras de la salud
			Entorno y las Influencias situacionales	Conducta promotora de la salud

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica/ Instrumento
INCIDENCIA DE CRISIS FEBRILES	Es el número de casos nuevos de crisis febriles que ocurre en una población determinado y en un período determinado. (Moreno de Flagge, Noris, 2013, p.64)	La variable fue evaluada a través de una guía de análisis documental, que fue aplicada para extraer los datos de interés de las historias clínicas de los niños menores de cinco que presentaron crisis febril.	Características sociodemográficas	Edad	< de 1 año 1 a 2 años 2 a 5 años	Análisis documental / guía de análisis documental
				Sexo	Masculino – femenino	
				Procedencia	Urbano	
			Rural			
			temperatura	< 38.5		
				38.6 a 38.9 °C		
				>39°C		
			Tipo de crisis febriles	Crisis febril simple		
				Crisis febril Compleja		
			Duración de crisis febriles	1 a 5 minutos		
				1 a 15 minutos		
				Más de 15 minutos		
			Enfermedad acompañante	I Infección respiratoria altas		
				Infección del tracto urinario (ITU)		
				enfermedad diarreica aguda (EDA)		
Reacción post vacunal						
Antecedentes	Perinatales					
	Familiares					

1.9. Población y muestra

Población:

La población estuvo constituida por 900 historias clínicas de los pacientes pediátricos menores de cinco años que asistieron entre los meses de octubre del 2017 al mes de Abril del 2018 en el área de emergencias y que presentaron el diagnóstico de convulsión febril en una clínica privada de Chiclayo.

Muestra

La muestra fue de 248 historias clínica de niños menores de cinco años con crisis convulsivas febriles, la cual fue estimada según una fórmula de muestreo que se presenta a continuación:

n: muestra

N: población

P: Nivel de ocurrencia

Q: Nivel de ocurrencia

e: Margen de error

Z: Nivel de confiabilidad confianza

$$n = Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N$$

$$\frac{n = Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(Z)^2 \times P \cdot Q + N e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 900}{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + 900 \times (0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 62}{3.84 \times 0.5 \times 0.5 + 0.0025}$$

$$n: 0.96 + 2$$

$$n = \frac{238}{0.9625}$$

$$n: 247,67$$

$$n: 248$$

1.10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez

Técnica

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue de recolección de información a través de análisis documental, el cual se considera un conjunto de procesos orientados a representar un documento y que cobra importancia ya que da lugar a un documento o informe secundario que interviene como intermediario o enlace entre la historia clínica y la investigadora la cual requiere la información, en este caso se creó un instrumento de guía de análisis para extraer esos datos de interés de la fuente que constituyen las historias clínicas ya que estas

contienen la información que se necesita para la presente investigación. (Renau, 2001, p.04).

Instrumento/

En esta investigación se tuvo como instrumento una guía de análisis documental (ANEXO 01), que constó de dos partes, en la primera se determina las características sociodemográficas de los niños menores de cinco años con crisis febril, y en la segunda se recoge información sobre las características de las crisis febriles.

Validez

El instrumento creado fue expuesto y validado a través de juicio de cuatro expertos mencionados a continuación (Anexo 02):

- Lisset Villalobos Cachay (Maestro en ciencias de enfermería).
- Elsa Morán Gómez (Maestro en Gestión de los servicios de la salud).
- Mariela Musayón Urbina (Maestro en Investigación y Docencia).
- Patricia del Rocío Chávarry Ysla (Docente en investigación científica)

1.11. Métodos de análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados con la ayuda del programa de Microsoft Excel 2013, para luego ser calificada en porcentajes y de esta manera facilitar la tabulación. Para los datos recolectados ya cuantificados se emplearan tablas y gráficas para lograr su interpretación y analizar los resultados de la investigación con el fin de obtener respuesta al problema y objetivos planteados.

1.12. Aspectos éticos

Para la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos: respeto a la dignidad humana, beneficencia, justicia con el fin de asegurar el rigor y la ética en este estudio.

Principio de Beneficencia

Este principio consiste en tomar medidas en proteger a las personas que se estudian es decir procurar a las personas en base a la ética existente, asegurando su bienestar, siendo así que una investigación puede establecerse como ética cuando se maximizan los beneficios tanto para los participantes como para la población en general y se minimizan los riesgos potenciales a los investigados.

Por lo cual las probables intervenciones con posibilidad de un beneficio diagnóstico, terapéutico y posteriormente preventivo debe suponerse que serán tan ventajosos como cualquier otra alternativa disponible; es así que los resultados que se obtuvieron fueron utilizados estrictamente para fines de la investigación, en este caso para la formulación y propuesta de un protocolo preventivo dirigido a disminuir la incidencia de las crisis febriles. (Arias, 2015, p.20)

Principio de justicia

Este principio en términos generales propone una elección justa de los participantes de la investigación y una distribución equitativa de beneficios, riesgos y costos de los mismos, sin discriminarlos por razones sociales, étnicas, de género, sexuales, culturales, etc. (Arias S, 2015, p.20).

En la presente investigación se tuvo en cuenta este principio ético de justicia, en la cual para la selección de los niños menores de cinco años con crisis febril, se aplicó una fórmula estadística pertinentemente evitando la exclusión por algún tipo de prejuicio social, en donde conjuntamente distribuyó equitativamente beneficios, riesgos y costos.

Principio de no maleficencia

Este principio establece el deber de reducir el riesgo de causar algún tipo de daño este mismo pretende no dañar a los sujetos de la investigación, evitar de cierta manera que el daño producido sea desproporcionado, superior al beneficio obtenido. Es por ello que en la presente investigación los datos recolectados se utilizaron para los fines pertinentes, se mantuvo el anonimato de la información de cada paciente pediátrico.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

III. RESULTADOS

Objetivo específico 1

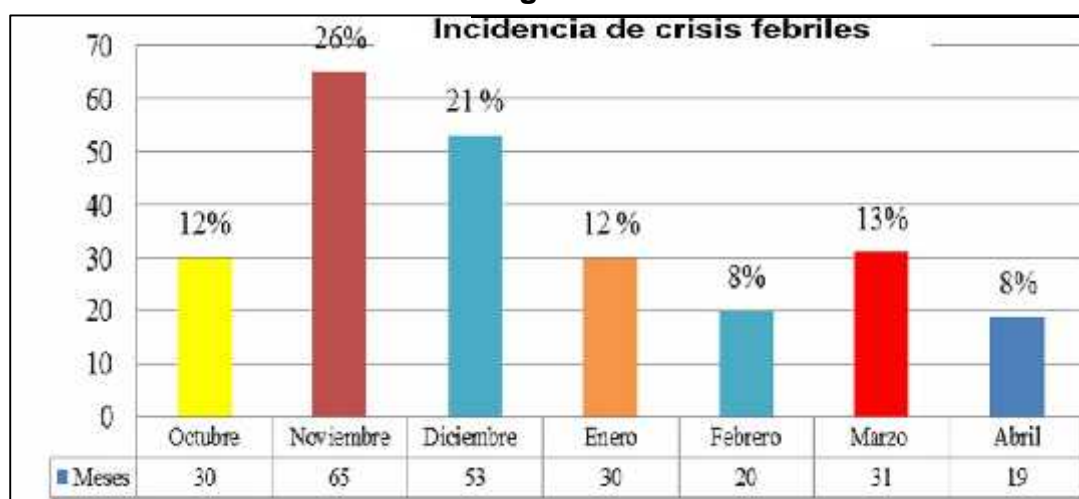
Identificar la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

Tabla 1: Incidencia de las crisis febriles en niños menores de 5 años que fueron atendidos en una clínica privada de Chiclayo en los meses de octubre del 2017 al mes de abril del 2018.

MESES	PERIODICIDAD	%
Octubre	30	12
Noviembre	65	26
Diciembre	53	21
Enero	30	12
Febrero	20	8
Marzo	31	13
Abril	19	8
Total	248	100

Fuente: Guía de análisis documental 2018

Figura 1



Fuente: Guía de análisis documental 2018

En la figura 1 se puede constatar como resultado a la incidencia de las crisis febriles; en el mes de noviembre resultó un mes de mayor concurrencia estableciéndose un porcentaje de 26%, así mismo en diciembre denota un alto porcentaje del 21%, y con un menor porcentaje en el mes de febrero

Objetivo específico 2

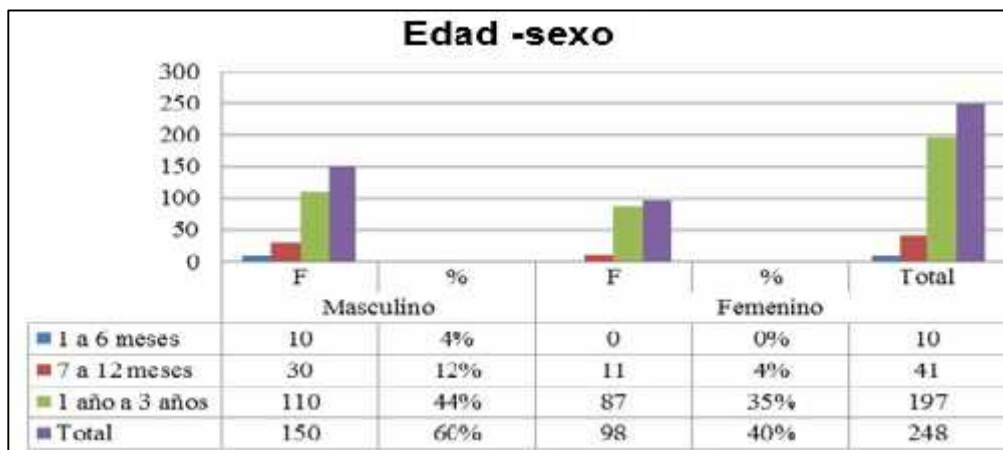
Identificar la dimensión de características sociodemográficas de las crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

Tabla 2: Incidencia en sexo y edad de los niños menores de 5 años con crisis febriles que ingresaron en la clínica privada de Chiclayo en los meses de octubre del 2017 al mes de abril del 2018.

Sexo	Masculino		Femenino		Total
	M	%	F	%	
Edad					
1 a 6 meses	10	4%	0	0%	10
7 a 12 meses	30	12%	11	4%	41
1 año a 3 años	11	44%	87	35%	197
	0	0%	0	0%	0
Total	15	60%	98	40%	248

Fuente: Guía de análisis documental 2018

Figura 2



Fuente: Guía de análisis documental 2018

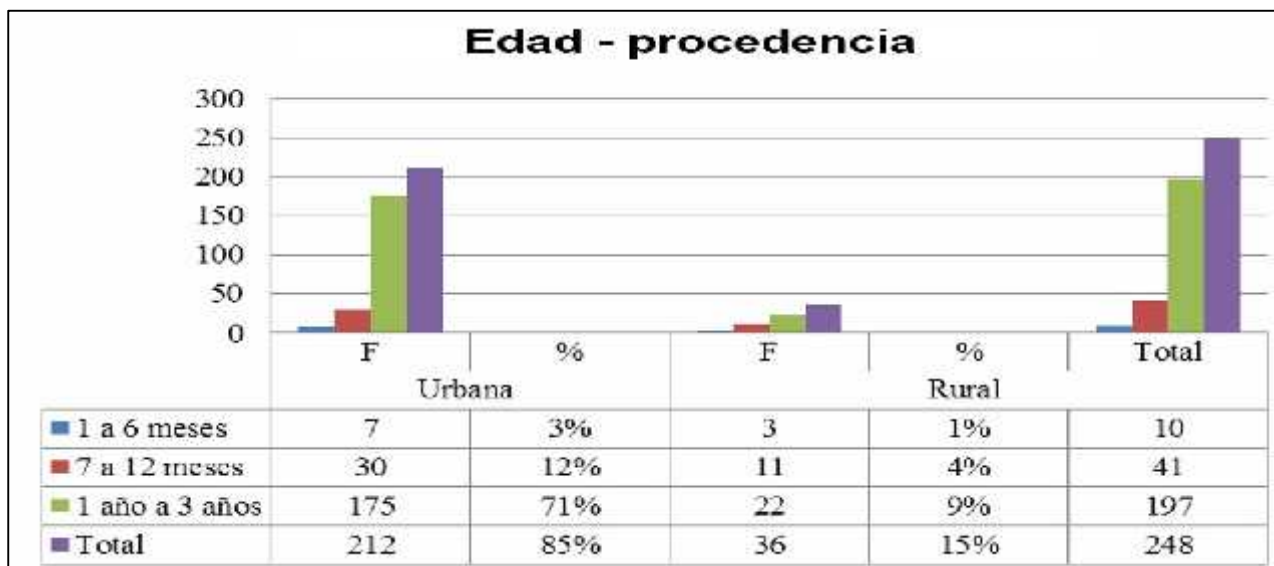
En la figura 2 se muestran resultados que establece la Incidencia entre sexo y edad de los niños menores de cinco años que presentaron crisis febril, resultó que 197 niños con 1 a 3 años edad representaron un mayor porcentaje de 79 %, seguido de los 7 a 12 meses con un 16 %, y que en los pacientes de sexo masculino son los más afectados con un 60% de los casos.

Tabla 3: Incidencia edad y tipo de procedencia de los niños menores de 5 años con crisis febriles que ingresaron en una clínica privada de Chiclayo en los meses de octubre del 2017 al mes de abril del 2018.

Procedencia	Urbana		Rural		Total
	F	%	F	%	
Edad					
1 a 6 meses	7	3 %	3	1 %	10
7 a 12 meses	30	12 %	11	4 %	41
1 año a 3 años	175	71 %	22	9%	197
Total	212	85 %	36	15%	248

Fuente: Guía de análisis documental 2018

Figura 3



Fuente: Guía de análisis documental 2018

En la figura anterior se establece que 212 niños (85%) tuvieron procedencia urbana, mientras que 36 (15%) de ellos con procedencia rural, la relación entre la edad y la procedencia de los niños menores de cinco años con crisis febriles, en donde la mayoría de procedencia urbana representando el 71 % estuvieron comprendidos entre 1 a 3 años de edad.

Objetivo específico 3

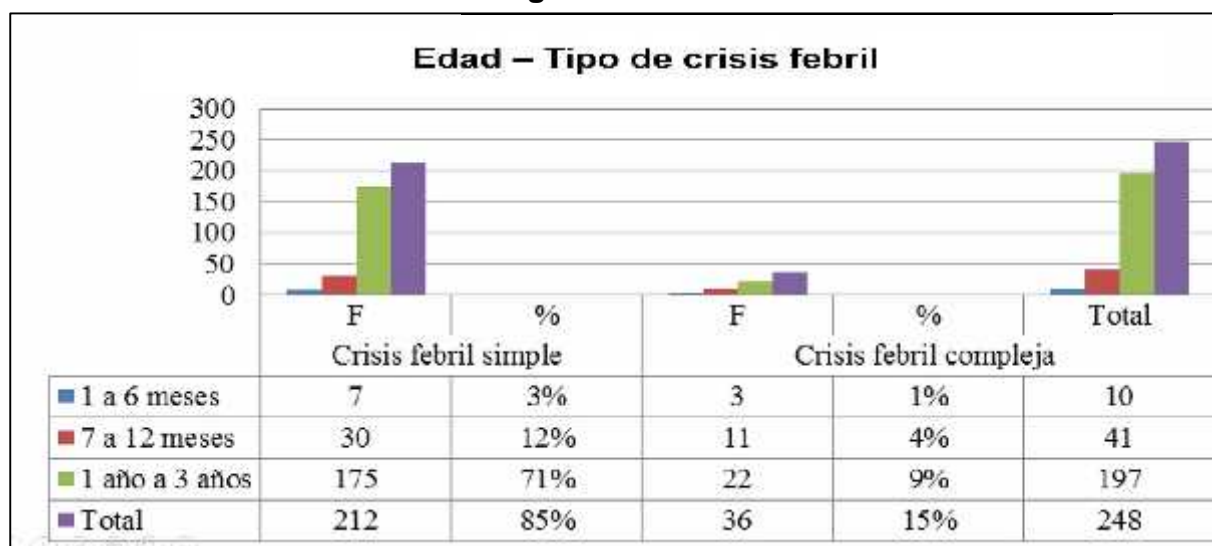
Identificar la dimensión de las características de las crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

Tabla 4: Incidencia en tipo de crisis febriles en niños menores de 5 años que ingresaron en una clínica privada de Chiclayo en los meses de octubre del 2017 al mes de abril del 2018.

Tipo de crisis	Crisis febril simple		Crisis febril compleja		
convulsiva					
Edad	M	%	F	%	Total
1 a 6 meses	7	3 %	3	1 %	10
7 a 12 meses	30	12 %	11	4 %	41
1 año a 3 años	17	71 %	22	9 %	197
	5	%			
Total	21	85	36	15	248
	2	%		%	

Fuente: Guía de análisis documental 2018

Figura 4



Fuente: Guía de análisis documental 2018

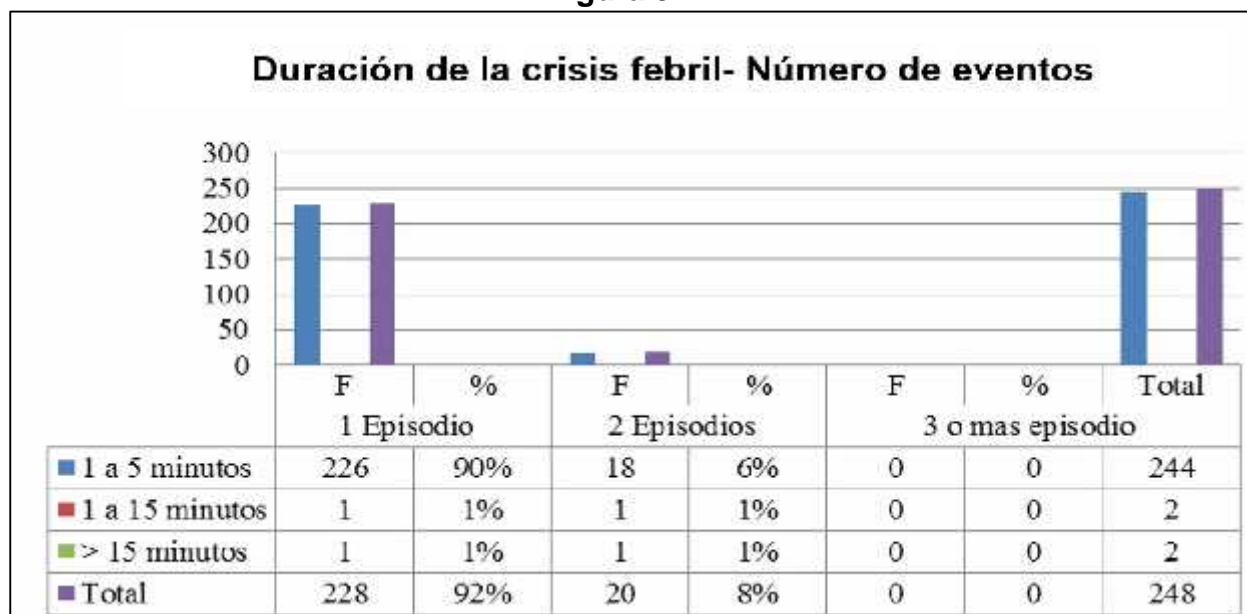
En esta figura 4 se puede apreciar que 212 niños presentaron crisis febril simple con un porcentaje de 85%, seguido de 36 niños con crisis febril compleja representado del 15 % y en relación entre el tipo de crisis y la edad del niño con crisis febril, estableció que el 71 % fue de 1 a 3 años con una crisis convulsiva simple.

Tabla 5: Incidencia en el número de eventos convulsivos y la duración de la crisis convulsiva en niños menores de 5 años que ingresaron en una clínica privada de Chiclayo en los meses de octubre del 2017 al mes de abril del 2018.

Número de eventos Duración de la crisis convulsiva	1 Episodio		2 Episodios		3 o más episodios		Total
	F	%	F	%	F	%	
1 a 5 minutos	226	90 %	18	6 %	0	0	244
1 a 15 minutos	1	1 %	1	1%	0	0	2
> 15 minutos	1	1 %	1	1%	0	0	2
Total	228	92 %	20	8 %	0	0	248

Fuente: Guía de análisis documental 2018

Figura 5



Fuente: Guía de análisis documental 2018

Según la tabla y la figura resulta que 244 niños (96%) tuvieron crisis febriles con duración de 1 a 5 minutos, 2 niños (1%) con una duración de 1 a 15 minutos, y

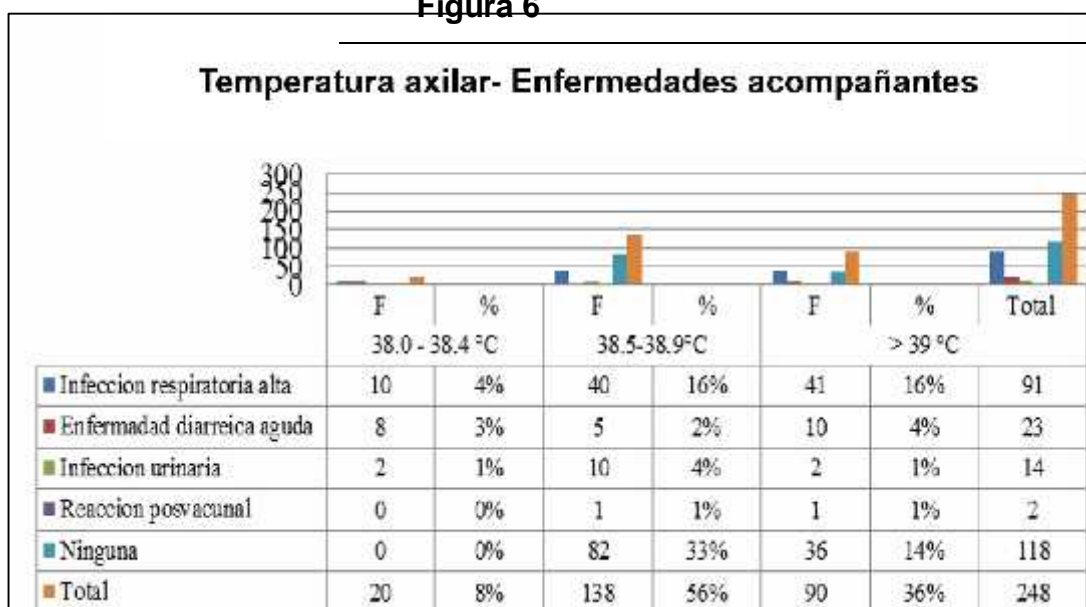
otros 2 niños (1%) crisis febril con una duración mayor de 15 minutos; 228 (92%) de ellos con un episodio convulsivo y 20 niños (8%) con 2 episodios.

Tabla 6. Incidencia de la enfermedad acompañante y la temperatura axilar que se presentó en los niños menores de 5 años con crisis febriles y que ingresaron en una clínica privada de Chiclayo en los meses de octubre del 2017 al mes de abril del 2018.

Temperatura Axilar	38.0 - 38.4 °C		38.5-38.9°C		> 39 °C		Total
	F	%	F	%	F	%	
Enfermedades acompañantes							
Infección respiratoria alta	10	4%	40	16%	41	16%	91
Enfermedad diarreica aguda	8	3%	5	2%	10	4%	23
Infección urinaria	2	1%	10	4%	2	1%	14
Reacción posvacunal	0	0%	1	1%	1	1%	2
ninguna	0	0%	82	33%	36	14%	118
Total	20	8%	138	56%	90	36%	248

Fuente: Guía de análisis documental 2018

Figura 6



Fuente: Guía de análisis documental 2018

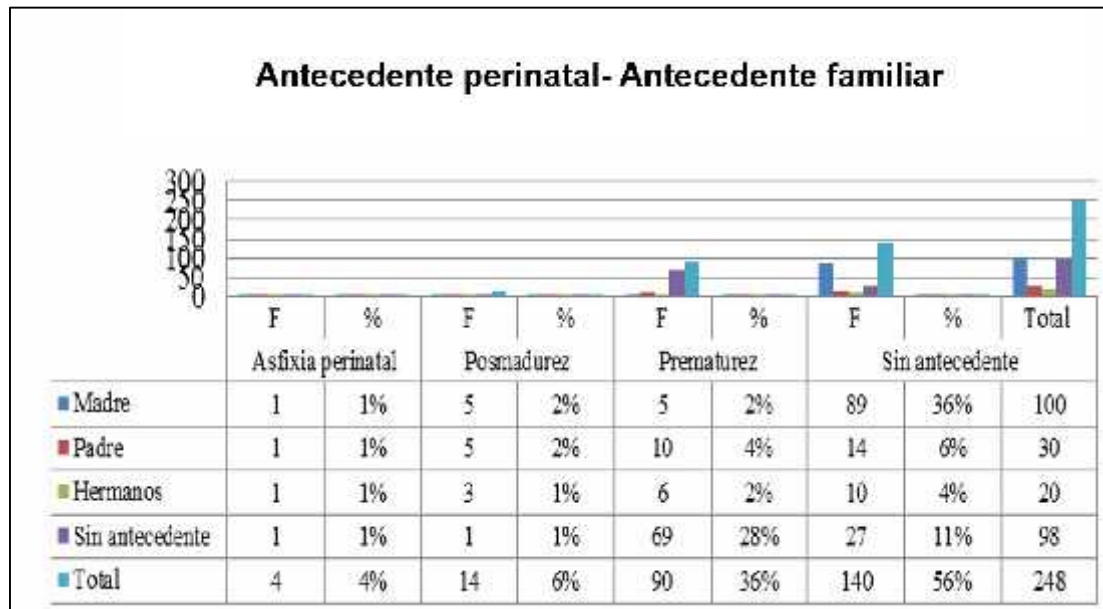
En la figura anterior data resultados de la incidencia que se estableció entre las enfermedades acompañantes y la temperatura axilar de los niños que presentaron crisis febriles en donde se observa que la temperatura correspondiente a 38.5 a 38.9°C resaltó con el 56%, mientras que hubo un considerable porcentaje del 47 % de los niños los cuales no presentaron patología acompañante, mientras que el 36% de ellos presentaron infecciones respiratorias altas como enfermedad acompañante.

Tabla 7: Incidencia de antecedentes perinatales y antecedentes perinatales de los niños menores de 5 años con crisis febriles y que ingresaron en una clínica privada de Chiclayo en los meses de octubre del 2017 al mes de abril del 2018.

Antecedentes perinatales	Asfixia perinatal		posmadurez		Prematurez		Sin antecedente		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Antecedentes patológicos familiares									
Madre	1	1%	5	2%	5	2%	89	36	100
Padre	1	1%	5	2%	10	4%	14	6	30
Hermanos	1	1%	3	1%	6	2%	10	4	20
Sin antecedente	1	1%	1	1%	69	28%	27	11	98
Total	4	4%	14	6%	90	36%	40	56	248

Fuente: Guía de análisis documental 2018

Figura 7



Fuente: Guía de análisis documental 2018

La figura nos revela datos correspondientes a la incidencia entre los antecedentes familiares y antecedentes perinatales, en donde se puede evidenciar que el 38% tuvieron a la madre como antecedente familiar mientras que el 56 % de los casos de niños con crisis febriles no presentaron antecedentes perinatales.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Las crisis febriles son aquellas convulsiones relacionadas a una enfermedad febril en niños menores de cinco años, episodios comunes que constituyen uno de las emergencias más importantes y con una alta incidencia en niños, es por ello que en el presente estudio quise hallar la incidencia de crisis febriles en este grupo de edad y con ello como enfermera gestora del cuidado proponer un protocolo preventivo como estrategia de gestión, que ayude a disminuir la incidencia, y con ello contribuya a acaparar un problema sanitario del cual muy pocos hablan.

Uno de los hallazgos encontrados en la investigación, fue que en el mes de noviembre predominó sobre los demás, en donde 65 niños menores de cinco años acudieron a la emergencia por presentar crisis febriles, correspondientes a un 26%, seguido del mes de diciembre con un 21%. Un problema sanitario de índole nacional tal como se registra en Revista peruana de pediatría, en donde manifiesta que la incidencia de fiebres es uno de los principales motivos de concurrencia en las áreas de emergencia pediátrica en niños menores de tres años.

Estos eventos no solo representa un problema a nivel de nuestro país sino también en otros países tal como lo manifiesta Venturi A. en el año 2013 en Argentina; en su investigación titulada “Incidencia, factores de riesgos, información y educación para la salud frente a las convulsiones febriles en niños entre los 3 meses y 5 años de edad, asistidos en el Hospital de Niños San Roque, de Paraná, Entre Ríos”, quien concluye que 125 niños padecieron de convulsiones febriles, una incidencia de 68,8 % y recurrencia del 31,2 %.

Diferentes investigaciones a nivel internacional, como la de Rivera en el 2015 también registran que de todos los niños que acuden a emergencias el 30% aproximadamente presentan fiebre, de estos el 18% llegan con una temperatura de 40° C a más, siendo la prevalencia y frecuencia de la convulsión febril del 4-5% de todos los menores de cinco años de edad, con una incidencia anual de 460/100.000 niño en el grupo de 0 a 4 años.

Es importante recalcar que los cinco primeros años de vida de un niño son sumamente importantes en el desarrollo y maduración efectivo de los sistemas, como lo es el proceso de desarrollo neurológico, el niño presenta inmadurez de la neurotransmisión a nivel central, características que harán que sean diferentes a las de un adulto, conllevándolo a una mayor susceptibilidad y sensibilidad de procesos febriles agudos, cuya etiología generalmente es viral en esta etapa de su vida. (Bottaro 2013, p. 45)

Este sustento se evidencia en los resultados hallados en este estudio, en donde respecto a la dimensión de las características sociodemográficas la incidencia de la edad que se presentan las crisis febriles, se obtuvo que de 1 a 3 años surgen mayormente estos eventos, con un porcentaje total de 79% entre varones y mujeres, datos que son parecidos a los que obtuvo Domínguez M, en Honduras en 2013 en donde afirma que las crisis febriles ocurren en la mayoría de los casos antes de los 2 años de edad.

Esta realidad también es considerada por varios autores como Moreno J. y Dalbem N. que coincidieron con la Organización Mundial de la Salud

y la Liga Internacional de Lucha contra la epilepsia que definen a las crisis febriles como eventos comunes y benignos de la niñez, las cuales se presentan a la edad comprendida de 6 meses a 5 años mostrándose un pico alto a los 18 meses de edad. Según ello se puede establecer que a menor edad mayor riesgo de presentarse las crisis febriles.

Por otro lado otro dato resultante fue que los pacientes de sexo masculino son los más afectados frente a los pacientes de sexo femenino, con un 60% del total de casos, mismos que son coincidentes a los que obtuvo Domínguez M, en Honduras 2013, en la cual concluyó que las convulsiones febriles prevalecen en el sexo masculino en una proporción de 1.6 a 1; y a la de González L, en el año 2013, en Venezuela, en donde obtuvo que el sexo masculino es el más afectado; pese a ello la diferencia no es estadísticamente significativa.

No hay una conocida causa establecida del porque prevalece más en varones que en mujeres pero algunos estudios le atribuyen probablemente algún tipo de gen predominante en los varones; sin embargo no está científicamente comprobado.

Conjuntamente se obtiene como resultado que la procedencia de los niños menores de cinco años que presentaron crisis febriles, fue de origen urbano constituyendo el 85% de todos los casos, coincidiendo con los resultados que manejó Acuña P. en el 2016 en Perú el cual según su investigación presenta que el 70 % de los niños que tuvieron crisis febril tenían procedencia urbana. Resultados que coinciden con los de otros autores de mi bibliografía que establecen que la mayor parte de niños que desarrollan crisis febriles provienen de la zona urbana.

Estos resultados suelen ser controversiales ya que en la zona urbana es donde existe mayor acceso a la información ya sea por los medios de comunicación o por redes de información virtual que prevalecen hoy en día, sin embargo pese a las herramientas que existen, la incidencia de crisis febriles son altas, traduciéndose probablemente a la poca información de salud a la que la población está expuesta, a la poca prioridad de difusión de medidas preventivas acerca de evitar cuadros convulsivos provocados por la fiebre en los niños.

Así mismo de acuerdo a la dimensión de las características de las crisis febriles se estableció que 212 niños presentaron crisis febril simple con un porcentaje de 85%, seguido de 36 niños con crisis febril compleja representado del 15 %, y que el 71 % estuvieron comprendidos entre la edad de 1 a 3 años, este resultado es similar al obtenido por Palacios, P. en el año 2015, en Guayaquil; en donde dentro de sus resultados obtuvo que del total de 125 pacientes el 78% debutó con una Crisis Febril simple, así mismo como en la de Venturi A. en el año 2013 en Argentina, en la que concluyó las crisis febriles del tipo simple predominaron en un 72 %,.

Esto se contrasta con la recolección de diversos autores como Moreno de Flagge, en el 2013 y Ruiz M. en el 2015 donde en base a sus estudios confirman que las crisis febriles simples representan el 72% de las crisis febriles y se caracterizan por duración mayor de 15 minutos, incluyendo el período posictal; crisis generalizadas; no recurrencia dentro de 24 horas.

En cuanto a la duración de la crisis convulsiva, resultó que 244 niños (96%) tuvieron crisis febriles con duración de 1 a 5 minutos, 2 niños (1%) con una duración de 1 a 15 minutos, y otros 2 niños (1%) crisis febril con

una duración mayor de 15 minutos; 228 (92%) de ellos con un episodio convulsivo y 20 niños (8%) con 2 episodios. Estos datos coinciden con lo que refiere la Liga Internacional de Lucha contra la Epilepsia en donde la mayoría de las convulsiones febriles dura uno o dos minutos, aunque algunas pueden ser tan breves como pocos segundos mientras que otras duran más de 15 minutos.

Además se estableció que la temperatura correspondiente a 38.5 a 38.9°C resaltó con el 56%, resultado similar al que obtuvo Acuña P. en el 2016 en Perú; en donde un 80% de los niños con crisis febriles tuvieron fiebre de 39°C, también se asemeja a la investigación de Donayre R. en el 2015 en Perú, donde concluyó que el 70.7% tuvieron una temperatura de 38.5 a 38.9 °C. Lanz O. en el 2010, encuentra que la temperatura que desencadenó la crisis febril convulsiva en la mayoría fue entre los 39°C y 40°C

Según la experiencia profesional esto probablemente resultaría ya que muchas de las madres o padres logran percatarse de la fiebre en sus niños cuando ya está a una temperatura muy alta, que podría desencadenar convulsiones febriles, muchas de ellas por no saber medir temperatura con un termómetro básico, por tener trabajos fuera del hogar encargando a sus hijos con familiares que tampoco saben medir temperatura; o por descuido.

Cualquiera de las mencionadas causas probables conllevaría a que la aparición de alza térmica conlleve al niño a mayor riesgo de crisis convulsiva febril, debido al desarrollo neurológico incompleto del niño menor de cinco años que ya se mencionó anteriormente. Con ello se

puede concluir que ante la aparición de fiebre considerando 38 °C el niño está expuesto a un riesgo de convulsión.

Por otra parte 118 niños con un porcentaje del 47 % los cuales no presentaron patología acompañante, seguido de 91 niños con un 36% que tuvieron infecciones respiratorias agudas como enfermedad acompañante, lo que se asemeja particularmente del resultado que obtuvo Domínguez M, en Honduras 2013, y Acuña P. en el 2016 en Perú donde resaltó que parte importante de la caracterización de las convulsiones febriles se originan probablemente por una infección respiratoria superior.

Estos datos podrían resultar de acuerdo a que el niño se ve comprometido a muchas circunstancias como el grado de exposición a lugares contaminados, contacto con personas enfermas, sumado a ello la presencia de factores ambientales como la contaminación ambiental, exposición a tóxicos, el tipo de alimentación o falta de micronutrientes en su dieta, etc.

Todo ello conlleva al niño al riesgo de enfermedades virales como lo son las infecciones respiratorias, tal como lo data el grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, que sustenta que los niños con un sistema inmunitario normal tienen una media de 6-8 infecciones de vías respiratorias por año, siendo así propensos a poder sufrir infecciones graves por microorganismos influidos por la inmadurez anatómica del sistema inmune de los niños. (Bergara, 2017. p. 02)

Finalmente en cuanto a los antecedentes familiares y perinatales se pudo evidenciar que de todos los niños con crisis febriles, el 56 % de los casos de niños con crisis febriles no presentaron antecedentes perinatales mientras que el 38% tuvieron a la madre como antecedente familiar, siendo similar a la investigación de Acuña P. en el 2016 en Perú quien concluyó que el antecedente familiar de convulsión febril, antecedente de prematuridad, tuvieron alta incidencia en la presentación de los casos.

Estos resultados son similares a los estudios de Nieto B. y Ramírez P. en el 2012 pues para estos existe un componente genético en las causas de la convulsión febril y corroboran que una niña o niño con un familiar de primera línea con convulsión febril tiene un riesgo de 4 0 5 veces más alto que la población general.

La experiencia en la comprensión de esta patología nos da a conocer que la predisposición genética favorece a la ocurrencia de la misma, lo cual queda reflejado y sustentado por estudios de conexión genética de varias familias en los que se descubrió el gen de las crisis febriles ubicado en el locus 19p y 8q del cromosoma 13 y 21, demostrando en algunas familias un patrón de herencia autosómica dominante. Por lo demás, cualquier evento capaz de producir fiebre es potencialmente un factor de riesgo para presentar una convulsión febril. (Terán, 2013, p.106)

El análisis de estos resultados visualiza claramente que hay una cantidad considerable de niños con crisis febriles de los cuales a mi opinión como enfermera que se prepara para ser una buena gestora del cuidado, si existieran estrategias de gestión claras y con capacidad resolutiva ante

problemas que ponen en riesgo la calidad de vida de nuestros niños, podríamos gozar de un entorno más saludable.

Ante esta problemática local de falta de enfoque en problemas como en la prevención de algunos eventos que se pueden evitar, se diseñó y validó una propuesta de protocolo preventivo el cual tiene por objetivo esencial disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, el cual constituye una estrategia que pueda ser implementada y mejorada en diferentes ámbitos de la salud y pueda otorgar herramientas a las madres para mantener la salud de sus niños.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES

V.CONCLUSIONES

Una vez terminada la investigación se concluye en lo siguiente:

5.1. Conclusión general

- ✓ Ante los resultados obtenidos se concluye en proponer un protocolo preventivo para disminuir los casos de incidencia de crisis febriles en menores de cinco años.

3.2. Conclusiones específicas

- ✓ En el presente estudio se puede llegar a la conclusión que la incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años es alta, y que cobra mayor importancia la propuesta de un protocolo preventivo para disminuir los casos de incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años.
- ✓ Dentro de las dimensiones sociodemográficas se concluye que las crisis febriles predomina en los niños de sexo masculino en un 60%; 1 a 3 años fue la edad representativa con una mayoría de 197 niños (79 %) y que la mayoría 212 niños (85%) tuvieron procedencia urbana, mientras que 36 (15%) de ellos con procedencia rural.
- ✓ Dentro de las dimensiones de las características de las crisis febriles, se concluyó que 212 niños (85%) presentaron crisis febril simple con, seguido de 36 niños(15 %) con crisis febril compleja; 244 niños (96%)

tuvieron crisis febriles con duración de 1 a 5 minutos; 38.5 a 38.9°C fue el intervalo de temperatura que resaltó con el 56%; 47 % de los niños no presentaron patología acompañante, mientras que el 36% de ellos presentaron infecciones respiratorias altas como enfermedad acompañante y el 38% tuvieron a la madre como antecedente familiar.

- ✓ Se concluyó en el diseño de un protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años el cual estuvo basado en las teorías de Susan Kérouac y Nola Pender.
- ✓ Se concluye en la validación por juicio de expertos del protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica de Chiclayo; y con ello poder realizar la propuesta a dicha institución.

CAPÍTULO VI
RECOMENDACIONES

VI.RECOMENDACIONES

Una vez determinadas nuestras conclusiones, se recomienda lo siguiente:

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA:

- Realizar estudios referidos sobre las crisis febriles de los niños menores de cinco años a nivel local con el fin de realizar mayores e innovadoras propuestas sobre medidas preventivas para disminuir la incidencia de las crisis febriles en los niños.
- Se recomienda al personal de enfermería concientizarse sobre la implementación de protocolos preventivos de intervención para disminuir incidencias en niños menores de cinco años.
- Se recomienda que con los datos resultantes se dé mayor énfasis a realizar promoción de salud en la comunidad, para disminuir los factores de riesgo de los niños menores de cinco años.

A LA JEFA DE ENFERMERAS DE LA CLÍNICA PRIVADA:

- Se recomienda a la jefa de enfermeras la creación de estrategias de gestión del cuidado de los niños menores de cinco años.
- Se recomienda que se formule un plan de seguimiento de aquellos niños

que presentaron crisis febriles sin patología acompañante.

- ✓ Se recomienda la implementación de horarios para la capacitación constante del personal de enfermería del área de emergencia, en temas de educación al familiar del paciente con convulsión febril.

VII. REFERENCIAS

III. REFERENCIAS

- Aparicio, M., & Sánchez-Andrade, R., & González Rodríguez, M. (2009). A los niños que tienen convulsiones febriles ¿hay que administrarles anticonvulsivantes cuando tienen fiebre?. *Pediatría Atención Primaria*, XI (41), 145-154. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=366638710009>.
- Arias-Valencia, Samuel, & Peñaranda, Fernando. (2015). La investigación éticamente reflexionada. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 444-451. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a15>
- Aristizábal Hoyos, G. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8 (4), 16-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48708206>
- Bottaro M, Rodríguez N, Espinette T. 2006. ¿Es la deficiencia de hierro un factor de riesgo para crisis epilépticas febriles?. *Arch Venez Puer Ped* [serie en Internet]. 2006 (citado Jun 2012) 7(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406492007000100004&lng=es&nrm=iso
- Buñuel Álvarez, J. (2005). Eficacia del tratamiento con fármacos anticonvulsivos para prevenir las recurrencias en niños con convulsiones febriles simples. *Pediatría Atención Primaria*, VII (27), 81-90. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638657007>
- Dalbem, J., & Siqueira, H., & Espinosa, M., & Alvarenga, R. (2015). Convulsión febril: estudio de base poblacional. *Jornal de Pediatría*, 91 (6), 529-

534. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399742814005>

Dominguez, T. (2013). Caracterización de convulsiones febriles en niños atendidos, Instituto Hondureño de Seguridad Social. (Tesis de maestría). Recuperada de: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS11/pdf/TMVS11.pdf>

Elementos para el Diseño de Técnicas de Investigación: Una Propuesta De Definiciones Y Procedimientos En La Investigación Científica Tiempo de Educar, vol. 12, núm. 24, julio-diciembre, 2011, pp. 277-297.

Fernández Rojas. (2004). Manejo del niño febril. *Acta Médica Costarricense*, 46 (2), 84-87. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43424609>

García Puga, J. (2011). Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre. *Pediatría Atención Primaria*, XIII (51), 367-379. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638732003>

Gonzales L. (2010). Características clínico Epidemiológicas en niños con crisis febril compleja con evolución a Epilepsia, atendidos en consulta privada de Neurología Pediátrica, Valencia-Estado Carabobo, Venezuela. Enero 2000 – Diciembre 2010. (Tesis de post grado). Recuperado en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://pdgbc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1221/1/l.%2520Villanueva.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed). México D.F.: McGraw-Hill.

Kerlinger, EN. (1975). Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología. México, D.E: Nueva Editorial Interamericana. Primera edición en español.

Krumdieck C. Revista peruana de pediatría. 67 (2) 2014. Recuperado en: http://www.pediatriaperu.org/files/Revista_SPP_-_2014_-_N_2.PDF

Lanz León. O. Características de las convulsiones febriles en pacientes de la consulta de neurología pediátrica. Hospital Dr. Raúl Leoni. Durante el año 2010. Academia Biomédica Digital 2015, N0 64.

Mancilla, J. (2002). Avances en la fisiopatología y manejo de la fiebre en niños. Salud en Tabasco, 8 (2), 73-82. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48708206>

Martínez A, (2014). Lo que todo profesional de la salud debe saber sobre las convulsiones psicógenas no-epilépticas (CPNE). Salud & sociedad, 5 (2), 140-154. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742475005>

Moreno de Flagge, Noris. (2013). Crisis febriles simples y complejas, epilepsia generalizada con crisis febriles plus, FIRES y nuevos síndromes. *Medicina (Buenos Aires)*, 73(Supl. 1), 63-70. Recuperado en 03 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000500010&lng=es&tlng=es.

Morfi Samper, Rosa. (2016). Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 26(1), 1-2. Recuperado en 01 de agosto de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es&tlng=es.

Nieto BM, Nieto JM, Nieto JE. Convulsión febril. *Pediatr Integral* [serie en Internet]. 2007 (citado Jun 201); XI(9):753768. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/>

Ramírez PB, Charry BJ, García LG, Junco J. Convulsión febril en niños de 0 a 14 años de edad. *Repert med cir [serie en Internet]*. 2010 [citado Jun 2012]; 19(3):195-200. Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.net/repertorio/pdf/vol1903-2010/3COLVUNCION.pdf>

Ruiz-García, M. (2015). Convulsiones febriles. *Acta Pediátrica de México*, 36 (5), 424-427. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48704206>

Saad D, (2016). Conocimientos sobre fiebre y conductas de los residentes del postgrado de pediatría ante un paciente febril. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 69 (3), 96-102. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367935534003>

Terán MC, Terán EC, Villarroel AP. Convulsiones febriles y enfermedades infecciosas asociadas. *Rev Soc Bol Ped [serie en Internet]*. 2008 (citado Jun 2012); 47(2):7780. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000200003&script=sci_arttext

Venturi, C. (2013). Incidencia, factores de riesgos, información y educación para la salud frente a las convulsiones febriles en niños entre los 3 meses y 5 años de edad, asistidos en el Hospital de Niños San Roque, de Paraná, Entre Ríos. (Tesis de maestría). Recuperada de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112339.pdf>.

Vargas,G. (2008). Consideraciones en el manejo del síndrome febril prolongado en niños. *Archivo Médico de Camagüey*, 12 (6), 1-9. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116123016>

Zarate Grajales, Rosa A. (2015). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de*

Enfermería, 13(44-45), 42-46. Recuperado en 01 de agosto de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es.

Zeballos, Jimena, Cerisola, Alfredo, & Pérez, Walter. (2013). Primera convulsión febril en niños asistidos en un servicio de emergencia pediátrica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 84(1), 18-25. Recuperado en 25 de junio de 2018, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492013000100004&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO GUIA

DE ANALISIS DOCUMENTAL

Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

FECHA DE INGRESO: _____

EDAD

< De 1 año

1 a 2 años

3 a 5 años

SEXO

Masculino

Femenino

PROCEDENCIA:

URBANA _____ RURAL: _____

CARACTERISTICAS DE LAS CRISIS FEBRILES

TIPO DE CRISIS FEBRIL

Crisis Febriles simples

Crisis Febriles complejas

DURACIÓN DE LA CRISIS CONVULSIVA

1a 5 minutos 1a 15 minutos >15 minutos

NUMERO DE EVENTOS CONVULSIVOS

1 episodio 2 episodios 3 a

más

TEMPERATURA AXILAR DURANTE LA CONVULSION FEBRIL

< 38.5 C 38.6 - 38.9°C 39°C a más

ENFERMEDAD ACOMPAÑANTE

Infección de respiratorias altas Enfermedad diarreica aguda

Infección urinaria Reacción posvacunal

ANTECEDENTE FAMILIARES

SI NO

ANTECEDENTE PERINATALES

SI NO

Anexo 02: Matriz de consistencia

Tema: Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

Problema	objetivos	Hipótesis	Teorías	Variables	Metodología			
					Tipo de investigación	Diseño de investigación	Técnicas	Instrumento
¿Cómo el protocolo preventivo contribuye a disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica de la ciudad de Chiclayo?	<p>Objetivo general</p> <p>Proponer un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica de Chiclayo.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en 	No, en todas las investigaciones cuantitativas se plantean hipótesis, en este caso la finalidad será plantear una propuesta de protocolo preventivo y para ello no es	<p>1.PROTOCOLO PREVENTIVO</p> <p>Teoría Nola Pender</p> <ul style="list-style-type: none"> · Percepción de los beneficios de una acción · Barreras percibidas para la acción. · Autoeficacia percibida. · Afecto relacionado con el comportamiento · Influencias interpersonales 	<p>Protocolo Preventivo</p> <p>Incidencia De Crisis Febriles</p>	<p>Descriptiva con propuesta Cuantitativa retrospectiva</p>	<p>Diseño</p> <p>Diseño descriptivo</p> <p>Esquema</p> <p>M – O - P</p> <p>M: Historias clínicas las que constituye la muestra con las que se realizará la investigación.</p> <p>O: Información de las incidencias de crisis febriles en niños menores de cinco años.</p>	Análisis documental	Guía de análisis documental

	<p>una clínica privada de Chiclayo.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Identificar la dimensión de características sociodemográficas de las crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo. •Identificar la dimensión de las características de las crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo. •Diseñar un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica de 	<p>necesario realizar una hipótesis. (Hernández R,2014, p 104)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Entorno y las Influencias situacionales <p>2.- INCIDENCIA DE CRISIS FEBRILES</p> <ul style="list-style-type: none"> · Incidencia · Fiebre · Convulsión · Convulsión febril · Fisiopatología de convulsión febril · Causas de convulsiones febriles · Tipos de convulsiones febriles · Manifestaciones clínicas · Diagnóstico clínico 			<p>P: Protocolo preventivo que será propuesto como una medida de solución ante la alta incidencia de crisis febriles en menores de cinco años.</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

	<p>Chiclayo. •Validar a través de juicio de expertos un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica de Chiclayo.:</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 03



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSTGRADO

Propuesta de Protocolo preventivo para disminuir incidencia
de crisis febriles en menores de cinco años

**PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRO EN GESTION DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTOR:

KAREN LISETTE NIÑO MENDOZA

CHICLAYO – PERU

01. INFORMACIÓN GENERAL

La crisis febril es uno de los problemas neurológicos más frecuentes en la infancia. Su prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada, pero oscila entre el 2 y el 10%. Es un alto porcentaje y alarmante el cual debe ser abarcado bajo los tres niveles de prevención.

En vista de la periodicidad de la consulta pediátrica en emergencias, las crisis convulsivas constituyen por sí misma una verdadera urgencia vital de importancia ya que puede desencadenar problemas reales en los niños, además pese a que la mayoría de las crisis febriles tienen una duración de uno a dos minutos, provocan pánico en los padres, quienes relatan el evento con el sentimiento de amenaza vital y se preguntan la posibilidad de recurrencia, riesgo de epilepsia, daño neurológico secundario o muerte durante el evento.

Debido al riesgo inminente a lo que están expuestos los niños es muy importante generar medidas de prevención en áreas estratégicas como lo constituye emergencias pediátricas, y que como profesionales de la salud y ante todo gestores del cuidado tenemos el deber de crear herramientas que ayuden a disminuir riesgos para su salud, pues en el ámbito sanitario, la principal línea de trabajo se ha centrado en la constitución de un servicio de prevención propio que cubra las necesidades específicas de la población infantil.

Bajo ese concepto surge la iniciativa de la creación de esta propuesta de protocolo preventivo que ayude a disminuir la alta incidencia de crisis febriles, puesto que este tiene el propósito de establecer y aplicar una secuencia de pasos homogéneos que le permitan mejorar los servicios en el área de emergencia basándose en un enfoque general de un Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001, que establece UNICEF

en el Perú y de este modo asegurar la mejora continua del Sistema de Protección para Niños en riesgo.

02. PRESENTACIÓN

Aunque las Ciencias de la Salud que han experimentado en el último medio siglo un avance más que notable, existen múltiples ocasiones en las que ante un mismo problema se actúa de forma diferente. Una forma de paliar éste efecto es incorporar instrumentos que nos faciliten la toma de decisiones. Para ello, contamos con varias herramientas que en esencia, son principios y recomendaciones diseñadas para éste objetivo, en este caso la importancia de un protocolo.

En el presente informe se detalla la propuesta de protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, la misma que está estructurada en una serie de pasos que le guiarán al personal de salud del área de emergencias como deberá iniciar la educación a una madre que llega con su niño con fiebre, dichos pasos serán a su vez inmediatos y concisos pero de mucha relevancia.

Esta propuesta está dirigida a la jefa de enfermeras de una clínica privada de Chiclayo para que pueda gestionar la implementación de un protocolo preventivo que pueda ser ejecutado por el personal de enfermería que labora en el área de emergencias porque ellas serán el nexo a la población de madres que acuden con niños con crisis febriles en el área de emergencias, para que sea aplicado a las mismas, con el fin de que se desarrolle en el mismo

instante que son captadas dichas madres, pretendiéndose evitar con ello las posibles reincidencias y alta incidencia de las crisis febriles en niños menores de cinco años.

El discurso se elabora teniendo en cuenta datos estadísticos extraídos como resultado de la aplicación del instrumento del diagnóstico y otros datos actuales de cómo se encuentra la problemática sobre incidencias de crisis febriles.

03. PROPUESTA

↗ Conceptualización

El protocolo es un instrumento, procedimiento interno que se establece dentro de una organización, en el cual se establecen las pautas y los límites que rigen un accionar en conjunto. Los protocolos recopilan las normas que deben seguirse para planificar, desarrollar y controlar acciones promovidas por una institución. Debe precisar una ENTRADA, que es lo que hay que transformar; un PROCESO, que son las actividades o interacciones para la transformación; y una SALIDA o Resultado lo que se dirige al Servicio prestado al cliente.

Un protocolo es creado con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de las personas, permite estandarizar acciones y los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas; conjuntamente permite ayudar a los profesionales del área de salud en la toma de decisiones; simples o complejas; que exijan subsidios teóricos de confianza. Una solución al problema sobre qué protocolizar es "el establecimiento e

implementación de protocolos de actuación que establezcan los objetivos asistenciales que se persiguen, en términos de la mejoría en la calidad de la atención, resultados del tratamiento y reducción de los costos.

La razón principal para la existencia de los protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos. Los protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; esto optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención

Dentro de algunas teóricas de enfermería tenemos a Henderson quien afirmaba que la única función de la enfermera era prestar asistencia a la persona, enferma o sana, Marriner concebía el cuidado como un proceso de acciones educativas con el enfermo. Mientras, Orem perseguía el desarrollo de la capacidad de autocuidado de las personas enfermas, reflexionaba sobre la participación de forma activa de cada una en la planificación e implementación de su propia atención de salud. En general, todas las teorías persiguen el cuidado y estimulan prácticas saludables, estas referencias acerca del cuidado formuladas por teóricas de Enfermería sirven de punto de partida y sustento para el diseño e implementación de instrumentos o tecnologías sanitarias para favorecer los mejores cuidados asistenciales.

El protocolizar cuidados o los procesos de Enfermería pudiera constituir un paso hacia el fortalecimiento de la profesión, estos instrumentos contribuyen a la actualización de los conocimientos y habilidades profesionales, el logro de mejores resultados en los pacientes en la medida en que los recursos humanos de enfermería concilien con las personas enfermas y todo lo concerniente al cuidado haciéndoles responsables también de su salud. El protocolo puede favorecer el desarrollo de habilidades de búsqueda o gestión de información más actualizada, en la superación o capacitación del recurso humano desde el ámbito profesional.

En la construcción de este instrumento se concreta la relación que existe entre la teoría de la profesión, la práctica y la investigación; de manera que puede constituir una de las herramientas más útiles para la reducción de la variabilidad de los cuidados que brinda enfermería en los diferentes escenarios asistenciales y la búsqueda de la gestión de los cuidados. En este sentido, los protocolos de cuidados asistenciales permiten homogeneizar los cuidados de enfermería, así como la aplicación de recomendaciones basadas en las mejores evidencias disponibles, surgidas a partir de los resultados de las investigaciones de Enfermería, que son seleccionadas e individualizadas convenientemente acorde al conocimiento y juicio clínico del enfermero profesional.

La protocolización de los cuidados debe corresponderse con las necesidades de salud que más demandan de los servicios de Enfermería en las unidades asistenciales, entre ellas: aquellas que generan elevada presión laboral por el difícil manejo de las respuestas del paciente, las que demandan mayores requerimientos de recursos

materiales y mayor estadía hospitalaria con la finalidad «de reducir los costos». Además, debe atender a la necesidad de disponer de pautas de actuación común a todos los profesionales.

Bajo estas premisas esta propuesta de protocolo servirá como herramienta preventiva para disminuir la alta incidencia de las crisis febriles en una clínica privada de Chiclayo, ya que la atención de esta genera mayores demandas de estrés y riesgo por presentarse en la etapa infantil. Por tanto dicha propuesta de protocolo es una medida de Prevención primaria ya que pueden tener un efecto disuasorio, y puede servir para informar y formar a las madres que traen a estos niños con crisis febriles cuáles son estas conductas preventivas de riesgo y complicaciones inminentes, y así mismo de Prevención secundaria ya que sería de aplicación cuando el riesgo no haya podido evitarse y es preciso su puesta en marcha ante la aparición de complicaciones directas como lo representan las convulsiones febriles después de una crisis febril.

El impacto de la protocolización a lo largo del tiempo puede demostrarse al evaluar su eficacia, eficiencia y efectividad"; su diseño e implementación no puede convertirse en una «receta» o esquema de acciones en la atención al paciente, sino debe reflexionarse sobre lo más adecuado para el usuario, por tanto, a criterio de la autora, la propuesta de este protocolo no puede ser usado más que como una pauta adaptable a cada caso individual. La evidencia por sí sola no da para adoptar decisiones, hay que combinarla con la experiencia, mientras la práctica clínica puede ser ayudada pero no encasillada en una norma inflexible. Al ser la Enfermería una profesión eminentemente práctica, la investigación es fundamental para su desarrollo y el

aumento del conocimiento que se puede aplicar en mejorar la práctica asistencial.

04. **CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA/DESCRIPCIÓN DE LA**

Descripción de la propuesta

Teniendo en cuenta que esta propuesta de protocolo preventivo está dirigido a personal de enfermería que labora en el área de emergencia, se ha considerado pasos concisos y breves no menos importantes, para que exista la posibilidad de ser aplicado desde el inicio de captación de una madre con un niño con crisis febril hasta el momento del alta del paciente.

A continuación se detalla el proceso diseñado del protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años.

Medidas de actuación del personal de enfermería		
Al ingreso del paciente	Actuación inicial	<ul style="list-style-type: none">- Atención de la emergencia según protocolo clínico de la institución.- Recibir al paciente con crisis febril y valorar nivel de conciencia signos vitales.- Atender crisis febril administrando medicamento según prescripción médica.

<p>Después de atender la emergencia crisis febril</p>	<p>Valoración y anamnesis de conocimientos de la madre sobre medidas de prevención y actuación ante crisis convulsivas</p>	<p>Luego de atender la emergencia se prosigue a las preguntas claves.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar cuál fue la temperatura del niño antes de la crisis febril. - Preguntar qué número de episodio de convulsión febril ha presentado. - Preguntar antecedentes de epilepsia en el niño o familiares. - Valorar el nivel de conocimientos que presenta la madre acerca de las medidas de actuación ante episodios febriles en los niños. - Valorar el nivel de conocimientos sobre convulsiones febriles. <p>Realizar las siguientes preguntas :</p> <ul style="list-style-type: none"> o ¿Sabe usted que son las convulsiones? o ¿Antes de tener convulsiones su niño tenía fiebre o Conoce usted que por fiebre alta se tienen convulsiones? o ¿Cree usted que las convulsiones son hereditarias?
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cree usted que las convulsiones es una enfermedad curable? ○ ¿Sabe usted que existe diferentes tipos de crisis convulsivas? ○ ¿Sabe usted porque tuvo su hijo convulsiones? ○ ¿Conoce usted que le puede causar una crisis convulsiva a su niño? <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar a la madre cual fue la medida inicial en el hogar - Preguntar si sabe utilizar termómetros convencionales (si no conoce aprovechar en la educación sobre ello). - Preguntar a la madre si tiene redes de apoyo en el hogar. - Preguntar si conoce de medidas preventivas para evitar una convulsión en su niño.
		<ul style="list-style-type: none"> - Concientizar a las madres la importancia de

	<p>Educación a la madre sobre las medidas de actuación ante la fiebre en los niños y prevención de crisis febriles.</p>	<p>la presencia de un termómetro en casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concientizar y explicar a la madre que todos los miembros de la familia sepan utilizarlo adecuadamente. - Explicar a partir de 38°C se considera fiebre. - Concientizar a las madres sobre la importancia de identificar la presentación de febrículas en sus niños y atenderlas a tiempo. - Explicar la importancia de un baño en tina de su niño con agua tibia 20 minutos ante la presencia de fiebre. - Explicar que el baño con agua tibia es un paso importante y una medida de primeros auxilios para evitar o prevenir una convulsión febril. - Explicar que luego de ello debe llevar al niño por emergencias pediátricas para que sea atendido por el médico y puedan evaluar la causal de fiebre, se le pueda dar su tratamiento específico y con ello evitar posibles alzas térmicas recurrentes.

	<p>Educación de la madre ante las crisis o convulsión febril inminente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educar a las madres sobre los diferentes tipos de convulsiones febriles y como se manifiesta en los niños. - Informar a la madre que si presenta una crisis febril o convulsión febril la primera medida a ejecutar es colocar al niño de costado, para evitar que el niño aspire las posibles secreciones orales. - Concientizar que a pesar de lo difícil que implique debe mantener la calma para que pueda ayudar a su niño. - Llevar lo más pronto posible a un centro de salud más cercano. - Educar a la madre que si su niño presenta una convulsión febril debe tener en cuenta inicio y la duración de la misma.
<p>Al alta del paciente</p>	<p>Retroalimentación de medidas preventivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar una breve retroalimentación a la madre del paciente sobre las medidas de prevención para evitar una crisis febrile. - Verificar si maneja el uso

		<p>del termómetro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incitar a ser un medio de difusión con otras madres, familiares y población en general sobre las medidas de prevención de una convulsión febril.
--	--	---

05.OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

- ✓ Disminuir la alta incidencia y posibles riesgos y/o complicaciones de las crisis febriles en niños menores de cinco años.

4.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Despertar la concientización a la jefa de enfermeras y al personal de enfermería sobre la problemática actual en su institución de salud.
- ✓ Concientizar a la jefa de enfermeras y al profesional de enfermería sobre la importancia de prevenir crisis febriles en los niños

- ✓ Concientizar a la jefa de enfermeras como a su personal de enfermería sobre las ventajas de la implementación y ejecución de un protocolo de enfermería.
- ✓ Promover el cumplimiento de actividades dirigidas a la prevención de crisis febriles.
- ✓ Sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.

05. JUSTIFICACIÓN:

Al conocer la demanda de asistencia de niños con crisis febriles en el área de emergencias pediátricas, y en vista de las pocas medidas de las madres en prevenir las convulsiones febriles, surgió la idea de una propuesta de protocolo preventivo enfermero el cual incluya consejería preventiva por partes del personal de enfermería.

Dicha propuesta cobra importancia porque permite acceder a un problema significativo de salud como son las crisis febriles, con ello disminuir su incidencia en niños menores de cinco años y por ende la disminución de concurrencia a emergencias por convulsiones, consecuencia directa de estas crisis febriles. Así mismo la propuesta de este protocolo preventivo es importante para mejorar los conocimientos y destrezas en las madres en cuanto a medidas iniciales previas pertinentes en la atención ante la presencia de fiebres en sus niños, las cuales sean aplicadas antes de acudir a cualquier tipo de centro asistencial con ello puedan prevenir las convulsiones.

Esta propuesta de protocolo preventivo tiene por beneficiarios a las madres y a sus respectivos niños; a las madres por que ante la presencia de un cuadro febril repetido, tengan la capacidad de tomar medidas y actitudes previas a la atención en el hospital; que ayude a evitar cualquier riesgo de convulsión febril en sus hijos, pues ellas quien están en mayor contacto con el niño juega un rol muy importante en su cuidado. Y a los niños beneficiará en disminuir el riesgo a convulsión febril y sus posibles complicaciones.

El aporte de esta investigación a la ciencia consiste en innovar nuevos conocimientos mediante la propuesta de dicho protocolo y a su vez sustentar la autonomía de enfermería adoptar e implementar estrategias en la prestación del cuidado a fin de ofrecer calidad en la atención de los usuarios, es así que la trascendencia de esta propuesta de protocolo se genera en los aportes a la ciencias de la salud de enfermería, pues al ser un documento escrito proporciona un canal de comunicación entre el personal de enfermería, ayudando en mejorar la comunicación con el resto del equipo, conjuntamente se convertiría en un documento de enseñanza para la persona que se incorpore a una unidad, y ante todo esta base escrita es trascendente dado que las enfermeras al asumir mayor responsabilidad como profesión independiente, con la implementación de dicho instrumento se establecería una estrategia para documentar lo que se hace, como se hace y ante acciones legales sería capaz de aportar la documentación necesaria de su actuación.

Esta propuesta de protocolo es sumamente conveniente ya que la creación e implementación de un protocolo preventivo que sería ejecutado por el personal de enfermería, estableciendo el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de gestión de los cuidados;

a su vez sería conveniente pues originaría un punto de partida para asegurar la calidad de la asistencia, pues determina lo que debe hacerse, comparando lo que se debió hacer con o qué se hizo, se pueden identificar omisiones o puntos débiles, establecer las correcciones necesarias y llevarlas a la práctica, con lo que al tener una guía protocolar para la mejora en la gestión del cuidado disminuiría la variabilidad en la práctica clínica.

La propuesta de un protocolo preventivo tiene un gran implicancia ya que ayudará a resolver un problema real que constituye la incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años, pues este instrumento construido será parte de las herramientas de gestión asistencial del personal de enfermería, que será transmitido a cada madre captada al ingreso. Por otra parte, la existencia de este producto en los servicios de emergencia será una garantía de calidad de la atención que se brinda dado que propicia un cuidado o atención oportuna, continua, humana y personalizada y, al mismo tiempo, profesional y competente; proporcionando un valor agregado a la prevención de reincidencias en crisis febriles.

Un protocolo preventivo cobra valor teórico puesto que llenará muchos vacíos en conocimientos sobre las medidas de actuación que deben emplear las madres hacia sus hijos ante la presencia de fiebre, ya que muchas de ellas no saben qué medidas ejecutar en casa, mismos conocimientos que serán brindados por el personal de enfermería que los recepcione, y a su vez estas madres se convertirán en efecto multiplicador para otras madres siendo así que se podrán generalizarse resultados esperados enfocado a que la madre esté informada a lo que deberá hacer para evitar crisis febriles

en sus hijos.

06. Fundamentos Teóricos

Los principios teóricos constituyen los pilares de una propuesta, son el conjunto de valores que orientan el desarrollo de la misma. Contribuye al desarrollo de las actitudes en las personas que participan en la ejecución de la propuesta.

La enfermería es una disciplina académica que se ha transformado en las últimas décadas y esta transformación ha supuesto un reto, los cimientos fundamentales de cualquier disciplina son la comprensión del proceso investigativo, la realización de una investigación rigurosa y la aplicación práctica de los resultados de la misma, la constancia de ello mantendrá el nivel académico de la profesión; es por ello que enfermería se mantiene en constante investigación científica apoyándose en las teorías existentes relacionadas a un tema propuesto; lo cual es necesario para que dirija la práctica profesional que permita suministrar el cuidado de forma organizada y esté basada a evidencia científica.

Ante lo expuesto, esta propuesta de protocolo preventivo se apoya y aborda algunas teóricas de enfermería, la cual se centra en una dimensión que representa un modelo de cuidado, Nola Pender es una de ellas, la autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), quien expresa que el actuar de las personas está motivada por el arduo deseo de llegar al potencial y bienestar humano. Las respuestas que da este modelo son cómo las personas disponen decisiones sobre su cuidado, y cuando las mismas intentan alcanzar el estado deseado de salud pretenden ilustrar su multifacética

naturaleza en su interacción con el entorno.

El presente modelo muestra de forma amplia los aspectos notables y principales en donde la conducta de los seres humanos va a modificarse, en cuanto a motivaciones y actitudes, promovedores de la salud. Este modelo se basa en dos sustentos teóricos: la teoría de Albert Bandura del aprendizaje social y el modelo de Feather de la valoración de expectativas de la motivación humana.

El primero sustento se refiere a que para el cambio de conducta es importante en los procesos cognitivos, siendo necesario incorporar aspectos del aprendizaje conductual y cognitivo, reconoce a su vez que el comportamiento de las personas son influidos por los factores psicológicos. Cuatro requisitos que postula es que para que las personas modelen su comportamiento tienen que estar predispuestas a la atención, retención, reproducción y motivación. Este sustento se convierte en conveniente en nuestro objetivo de inculcar a las madres los conocimientos básicos sobre las medidas de actuación inicial ante una situación de fiebre y durante la misma, pues todo individuo carece de ignorancia ante muchos temas actuales, y más en temas sobre salud, como lo que implica las medidas preventivas para evitar convulsiones febriles, oportunidad efectiva para que el personal de enfermería entre a tallar en la aplicación de esta propuesta de protocolo.

Por otro lado en el segundo sustento teórico, se afirma sobre la racionalidad de la conducta considerando que la clave principal para conseguir un logro es el componente motivacional o la intencionalidad. Dando a entender con ello, que lo que aumenta la

probabilidad de conseguir un objetivo es cuando se genera una intención clara, concreta y definida de una acción, la intención con la que se presenten las personas será igual al compromiso personal para lograr un cambio de actitud para la mejora de su cuidado, siendo esta premisa conveniente ya que las madres siempre por el gran amor que tienen a su hijos es un componente motivacional que aumenta la probabilidad de conseguir conductas dirigidas en la promoción de la salud.

El Modelo de promoción de la salud explica como las experiencias y características personales, además de los afectos específicos y conocimientos sobre la conducta dirigen al individuo a su participación en comportamientos de salud. El primer concepto hace referencia a las experiencias previas que tendrían efectos directos e indirectos en el compromiso en conductas de promoción de la salud. El segundo concepto va a describir factores personales, como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas. Es así que ante un problema existente de alta incidencia en crisis febriles en niños menores de cinco años, una situación de fiebre en los niños crea una experiencia previa en las madres de estos niños ante posible eventos repetitivos, y como dice la teoría crearía un efecto directo o indirecto en el compromiso de conductas dirigidas a la promoción de la salud.

Nola Pender hace también referencia a componentes relacionados con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, los cuales comprende 6 conceptos; el primer concepto corresponde a

“Percepción de los beneficios de la acción”, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las “Barreras percibidas para la acción”, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

El tercer concepto es la “Auto eficacia percibida”, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el “Afecto relacionado con el comportamiento”, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.

El quinto concepto habla de las “Influencias interpersonales”, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto, indica las “Influencias situacionales en el entorno”, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado

final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el Modelo de promoción de la salud plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de analizar los trabajos que se han realizado en torno a dicho modelo a fin de identificar los intereses que orientan su uso y los hallazgos de las investigaciones, bajo este punto este modelo apoya nuestra propuesta en intervenir como profesionales de enfermería en promover conductas de bienestar y prevención de complicaciones a través de las madres, ya que son ellas el principal cuidador de sus hijos, y quienes dependen totalmente de los conocimientos y capacidades que adopten estas madres en la promoción de su salud.

Otra de las teorías que guía esta propuesta es el modelo de

adopción del rol maternal, Ramona Mercer con su teoría, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer y provoca cambios en la familia pues se modifica el orden de prioridad y tiempo en la dedicación de los hijos tratando así de darle siempre lo mejor para que sea feliz, implica una responsabilidad del cuidado integral, los padres entran en un proceso de adaptación y adquisición de conocimiento que puede ser beneficioso o no para la salud. Los niños pasan por una serie de etapas de crecimiento por lo cual están en un proceso de adaptación y no son capaces de sobrevivir por si solos, por eso dependen de los cuidados y atenciones de sus padres, quienes deben estar preparados para asumir esta responsabilidad es así como ellos tienen la necesidad de una educación integral que debe ser brindada por el personal de salud.

La madre se preocupa por satisfacer las necesidades de protección de su niño, así mismo le brinda a su bebé la seguridad que este necesita para que se desarrolle de una manera adecuada, asegurándose que se desarrolle en las mejores condiciones posibles, brindándole además un trato afectivo al mismo. La sensación de seguridad del niño se forja cuando se produce lazos inquebrantables que se crean en las vivencias familiares, estos están caracterizados principalmente por sentimientos de pertenencia y por tener una proximidad física y emocional con los cuidadores primarios; de tal manera que la personalidad del niño se desarrolla plena y armónicamente.

Estos lazos innatos, el apego y el vínculo afectivo madre e hijo de los cuales nos menciona la teoría de Ramona Mercer son propicios, para que el personal de enfermería aproveche dicho contexto entonces pueda evaluar los conocimientos y con ello pueda proporcionarles información adecuada con la finalidad de mejorar su desarrollo integral identificando oportunamente situaciones de riesgo. Su identificación de manera oportuna permitirá, estimular y garantizar aquellos factores protectores también detectar, evitar y controlar los de riesgo, que en un momento dado amenace la salud de los niños.

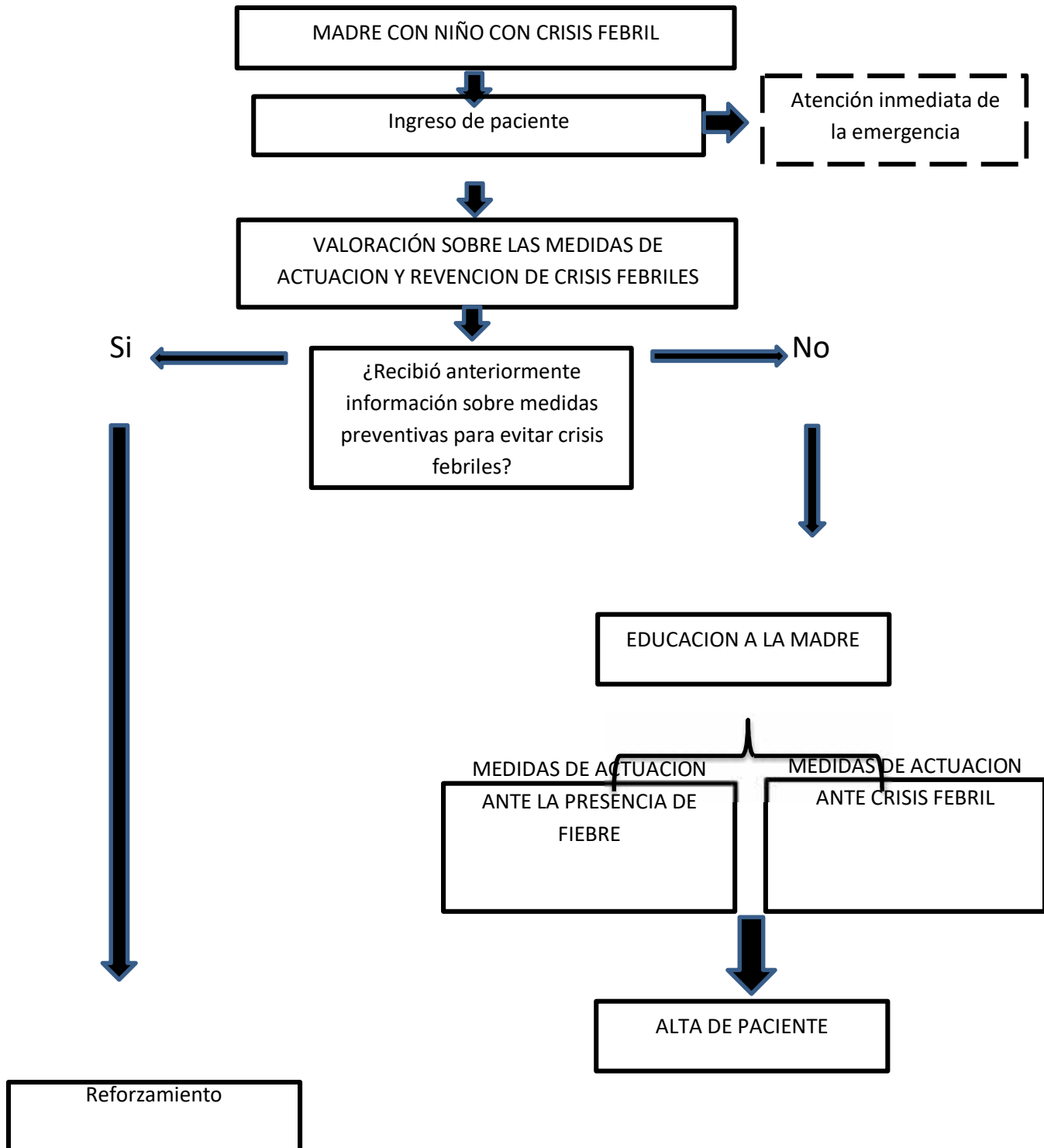
07. ESTRUCTURA

Para la elaboración de este instrumento existe diversidad de opiniones en la literatura. Se ha hecho referencia a la flexibilidad en su estructura y diferencia en su diseño entre servicios de una misma

institución y la libertad del investigador para proponer la estructura más conveniente considerando las características del centro y la disponibilidad de recursos humanos y materiales. También se emiten criterios sobre la posibilidad de que cada servicio, institución o nación asuma la estructura que le sea más conveniente para los fines o propósitos que persigue. La estructura necesariamente está relacionada con las complejidades organizativas y la infraestructura económica que permita respaldar los servicios que pueda brindar cada institución de salud. De manera que los compromisos que se asumen con y por los usuarios de los servicios son variables de un centro a otro y donde median variables de la calidad, tanto la percibida como la científico-técnica. Por tanto, depende del interés o no de cada institución en elaborar, implementar y luego evaluar la efectividad de estos instrumentos. Los resultados que se logren pueden convertirse en indicadores para evaluar la calidad de la atención de salud que se brinda.

A continuación una gráfica, que sintetiza la propuesta y señala como se origina el problema y cómo se resuelve el mismo teniendo en cuenta todos los elementos que intervienen en ella.

SÍNTESIS DE LA PROPUESTA



8. ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR LA PROPUESTA

Competencia	Estrategias	Contenidos	Materiales	Tiempo	Fecha
Implementación de protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años	SEMINARIO	Crisis febriles en menores de cinco años	Diapositivas	30 min	06/07/18
		Importancia de la prevención de crisis febriles en niños menores de cinco años			
		Importancia de implementar protocolos de prevención			
	SIMULACION	Prevención de crisis febriles en niños menores de cinco años	Personal de enfermería	20 min	06/07/18

Actividad de aprendizaje

SEMINARIO

I. Generalidades

- 1.1 Título : Propuesta de protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años.
- 1.2 Lugar : Sala de Estar
- 1.3 Fecha : 06 /07/18
- 1.4 Hora : 9:00 am
- 1.5 Duración : 30 min
- 1.6 Responsable : Karen Lisette Niño Mendoza
- 1.7 Dirigido : a la jefa de enfermeras y Licenciadas de enfermería que laboran en el área de emergencias
- 1.8 Diagnóstico : Incidencia en crisis febriles en niños menores de cinco años.

I. Objetivo

Implementar el protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años.

II. Procedimiento

1. Saludo y Presentación: Buenos días tengan todos ustedes, mi nombre es Karen Lisette Niño Mendoza, licenciada de enfermería, en esta oportunidad he venido a exponerles sobre la Propuesta de protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años.

2. Motivación: Se empleará como motivación los datos estadísticos

hallados en la presente investigación, en donde se demostrará la alta incidencia de las crisis febriles en menores de cinco años.

3. Exposición del tema

OBJETIVO	CONTENIDO	ESTRATEGIASAAA
<p>Despertar la concientización del personal de enfermería sobre la problemática actual en su institución de salud.</p>	<p>Crisis febriles en menores de cinco años</p>	<p>Presentar imágenes y videos de niños con crisis febriles</p>
<p>Concientizar al profesional de enfermería sobre la importancia de prevenir crisis febriles en los niños.</p>	<p>Importancia de la prevención de crisis febriles</p>	<p>Presentar el porcentaje a nivel mundial, internacional y nacional de las crisis febriles. Presentar los datos hallados en la presente investigación.</p>
<p>Concientizar al personal de enfermería que el trabajo dirigido a la prevención es en conjunto con la madre del paciente, ya que es el principal eje directo del niño.</p>	<p>Importancia de rol de la madre en el cuidado del niño</p>	<p>Presentación de imágenes del rol maternal</p>

SIMULACIÓN

La simulación es una estrategia didáctica, es la representación de una situación social, aunque los participantes "juegan" un rol, no es un juego porque están simulando una situación, aunque imaginaria, puede darse en cualquier lugar, aunque es un caso simulado no la realidad, se halla sobre la base de esta.

El método de simulación también denominado juego de simulación, juego profesional, juego de enseñanza o de aprendizaje, brinda grandes posibilidades de aplicación, ya que permite vincular los contenidos teóricos con la práctica profesional, logra el ensayo y la práctica de una situación para ser aplicada posteriormente.

En este caso se someterá al personal de enfermería a simular una situación de su práctica profesional, donde se presente una madre de familia ingresando con su niño el cual presentó una crisis febril, y ellas apliquen la simulación del protocolo preventivo paso a paso.

La simulación constituye una herramienta de enseñanza- aprendizaje efectivo para lograr en el personal de enfermería, la motivación de querer emplear un protocolo de prevención y el desarrollo de un conjunto de habilidades que permitan alcanzar modos de actuación cuando se presente un caso real en su actuar profesional. Su empleo permite acelerar el proceso de aprendizaje y contribuye a elevar su calidad en la gestión del cuidado. Además, no puede constituir un elemento aislado del proceso

Evaluación

Al final del seminario se realizará preguntas al personal de enfermería:

- ¿Que son las crisis febriles en niños menores de cinco años?
- ¿Cuál es la importancia de las medidas de prevención?
- ¿Por qué creen ustedes que es importante la implantación de un protocolo preventivo?

8. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

Se debe evaluar los aspectos más importantes de la propuesta que evidencien el avance expresado en los objetivos de la propuesta.

LISTA DE ASISTENCIA AL SEMINARIO SOBRE PROPUESTA DE PROTOCOLO
PREVENTIVO DE CRISIS FEBRILES EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

FECHA:

RESPONSABLE:

N°	APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	AREA	FIRMA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

ANEXO 04



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO- JUEZ 01

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:

- 1.1 Nombre y Apellido : Mariela Musayón Urbina
- 1.2 Profesión : Enfermera
- 1.3 Grados académicos : Maestro en Investigación y Docencia
- 1.4 Institución donde trabaja : Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo
- 1.5 Cargo que desempeña : Enfermera asistencial
- 1.6 Teléfono : 979407618
- 1.7 Correo Electrónico : milagros_mus@hotmail.com

2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Karen Lisette Niño Mendoza

3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Título de la Investigación:

Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo

3.2. Objetivo del Estudio:

Proponer un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

4. APRECIACIONES:

4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

Los ítems del Instrumento son pertinentes a los objetivos planteados

4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

4.5. Redacción de los ítems:

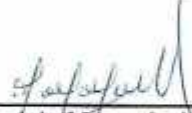
- a. Adecuada:
- b. Inadecuada:

Observaciones:

5. CONCLUSIONES:

El Instrumento es adecuado para su aplicación.

Chiclayo, Mayo del 2018


Mg. Mariela Musayón Urbina

Mariela Musayón Urbina
CEP. 27442 - R.N.E. 13364
Nº. 470



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO- JUEZ 02

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:

- 1.1 Nombre y Apellido : Lisset Villalobos Cachay
- 1.2 Profesión : Enfermera
- 1.3 Grados académicos : Maestro en ciencias de enfermería
- 1.4 Institución donde trabaja : Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo
- 1.5 Cargo que desempeña : Enfermera asistencial
- 1.6 Teléfono : 978382975
- 1.7 Correo Electrónico : lissetjenny1@hotmail.com

2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Karen Lisette Niño Mendoza

3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Título de la Investigación:

Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo

3.2. Objetivo del Estudio:

Proponer un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

4. APRECIACIONES:

4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:

- a. Suficiente: _____
b. Medianamente Suficiente: X
c. Insuficiente: _____

Observaciones:

Se pide se adicione más ítems en esta parte del Instrumento para que haya mayor pertinencia con las dimensiones.

4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:

- a. Suficiente: X
b. Medianamente Suficiente: _____
c. Insuficiente: _____

Observaciones:

4.5. Redacción de los ítems:

- a. Adecuada: X
b. Inadecuada: _____

Observaciones:

5. CONCLUSIONES:

EL INSTRUMENTO EVALUADO A MI MEJOR EN SU TOTALIDAD ES ADECUADO, CON SOLO UNA OBSERVACION.

Chiclayo, Mayo del 2018


Mg. Lisset Villalobos Cachay

Mg. Lisset Villalobos Cachay



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO- JUEZ 03

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:

- 1.1 Nombre y Apellido : Elsa Morán Gómez
- 1.2 Profesión : Enfermera
- 1.3 Grados académicos : Maestro en Gestión de los servicios de la salud
- 1.4 Institución donde trabaja : Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo
- 1.5 Cargo que desempeña : Enfermera asistencial
- 1.6 Teléfono : 979103321
- 1.7 Correo Electrónico : elsamgo@hotmail.com

2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Karen Lisette Niño Mendoza

3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Título de la Investigación:

Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo

3.2. Objetivo del Estudio:

Proponer un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

4. APRECIACIONES:

4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:

- a. Suficiente: X
- b. Medianamente Suficiente: _____
- c. Insuficiente: _____

Observaciones:

4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:

- a. Suficiente: X
- b. Medianamente Suficiente: _____
- c. Insuficiente: _____

Observaciones:

4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:

- a. Suficiente: _____
b. Medianamente Suficiente: _____
c. Insuficiente: _____

Observaciones:

4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:

- a. Suficiente: _____
b. Medianamente Suficiente: _____
c. Insuficiente: _____

Observaciones:

4.5. Redacción de los ítems:

- a. Adecuada: _____
b. Inadecuada: _____

Observaciones:

5. CONCLUSIONES:

A mi criterio el instrumento creado es apropiado para su ejecución.

Chiclayo, Mayo del 2018


Elsa Esther Morán Gómez
LICENCIADA EN INGENIERÍA
ESP. CUBIERTOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA
Cep 22100 R.E.E. 3717

Mg. Elsa Morán Gómez



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO- JUEZ 04

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:

- 1.1 Nombre y Apellido : Patricia del Rocío Chávary Ysla
- 1.2 Profesión : Docente
- 1.3 Grados académicos : Doctora en gestión universitaria
- 1.4 Institución donde trabaja : Universidad Cesar Vallejo
- 1.5 Cargo que desempeña : Docente de Investigación en Posgrado
- 1.6 Teléfono : 947491089
- 1.7 Correo Electrónico : cepas83@hotmail.com

2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Título de la Investigación:

Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

3.2. Objetivo del Estudio:

Proponer un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

4. APRECIACIONES:

4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

Ninguna

4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:

- a. Suficiente: _____
b. Medianamente Suficiente: _____
c. Insuficiente: _____

Observaciones:

4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:

- a. Suficiente: _____
b. Medianamente Suficiente: _____
c. Insuficiente: _____

Observaciones:

4.5. Redacción de los ítems:

- a. Adecuada: _____
b. Inadecuada: _____

Observaciones:

5. CONCLUSIONES:

Chiclayo, del 2018


Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla
ENFERMERA

Patricia del Rocio Chávarry Ysla

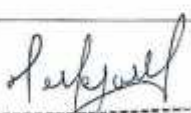
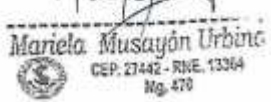
ANEXO 05



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 01

1. NOMBRE	MARIELA MUSAYÓN URBINA	
PROFESIÓN	LICENCIADA DE ENFERMERIA	
ESPECIALIDAD	EMERGENCIAS Y DESASTRES	
GRADO ACADEMICO	MAGISTER EN INVESTIGACION Y DOCENCIA	
EXPERIENCIA PROFESIONAL	15 AÑOS	
CARGO	ENFERMERA ASISTENCIAL	
TITULO: Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años		
EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:		
2. Pertinencia: Entre el protocolo preventivo y el diagnóstico encontrado en la problemática de incidencia de crisis febriles. (0- 5)		05
3. Coherencia: Existe secuencia entre los objetivos del protocolo preventivo y los contenidos temáticos (0- 5)		05
4. Congruencia: Entre la propuesta de protocolo preventivo y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5)		05
5. Eficiencia: Existe calidad metodológica en la propuesta de protocolo preventivo (0- 5)		05
PROMEDIO OBTENIDO:		
6. OBSERVACIONES	Según la evaluación de la propuesta considero adecuada.	
7. SUGERENCIAS		
8. FIRMA Y SELLO	 	




ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 02

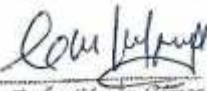
1. NOMBRE	LISSET VILLALOBOS CACHAY
PROFESIÓN	LICENCIADA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD	EMERGENCIAS Y DESASTRES
GRADO ACADEMICO	MAGISTER EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
EXPERIENCIA PROFESIONAL	15 AÑOS
CARGO	ENFERMERA ASISTENCIAL
TITULO: Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años	
EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:	
2.-Pertinencia: Entre el protocolo preventivo y el diagnóstico encontrado en la problemática de incidencia de crisis febriles. (0- 5)	05
3.-Coherencia: Existe secuencia entre los objetivos del protocolo preventivo y los contenidos temáticos (0- 5)	05
4.-Congruencia: Entre la propuesta de protocolo preventivo y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5)	05
5.-Eficiencia: Existe calidad metodológica en la propuesta de protocolo preventivo (0- 5)	05
PROMEDIO OBTENIDO:	05.
6.-OBSERVACIONES	
7.-SUGERENCIAS	
FIRMA Y SELLO	
 Mg. Lisset Villalobos Cachay	



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA
PROPUESTA**

JUEZ N° 03

1. NOMBRE	ELSA MORÁN GÓMEZ
PROFESIÓN	LICENCIADA DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD	EMERGENCIAS Y DESASTRES
GRADO ACADEMICO	MAGISTER EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EXPERIENCIA PROFESIONAL	20 AÑOS
CARGO	ENFERMERA ASISTENCIAL
TITULO: Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años	
EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:	
9. Pertinencia: Entre el protocolo preventivo y el diagnóstico encontrado en la problemática de incidencia de crisis febriles. (0- 5)	05
10. Coherencia: Existe secuencia entre los objetivos del protocolo preventivo y los contenidos temáticos (0- 5)	05
11. Congruencia: Entre la propuesta de protocolo preventivo y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5)	05
12. Eficiencia: Existe calidad metodológica en la propuesta de protocolo preventivo (0- 5)	05
PROMEDIO OBTENIDO:	
05	
13. OBSERVACIONES	<i>felicitó la iniciativa de la propuesta, muy bien estructurada a la realidad actual, y beneficio de la práctica profesional.</i>
14. SUGERENCIAS	
15. FIRMA Y SELLO	 <i>Elsa Esther Morán Gómez</i> LICENCIADA EN ENFERMERIA ESP. UNIDAD CRÍTICAS Y EMERGENCIA COP. 28102 - I. P. E. 2717

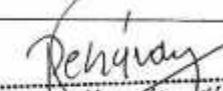


ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 04

1. NOMBRE	Patricia del Rocío Chávarry Ysla	
PROFESIÓN	DOCENTE	
ESPECIALIDAD	INVESTIGACION CIENTIFICA	
GRADO ACADEMICO	DOCTORA EN GESTION UNIVERSITARIA	
EXPERIENCIA PROFESIONAL	20 AÑOS	
CARGO	DOCENTE DE INVESTIGACION EN POSGRADO	
TITULO: Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en niños menores de cinco años		
EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:		
2. Pertinencia: Entre el protocolo preventivo y el diagnóstico encontrado en la problemática de incidencia de crisis febriles. (0- 5)		5
3. Coherencia: Existe secuencia entre los objetivos del protocolo preventivo y los contenidos temáticos (0- 5)		5
4. Congruencia: Entre la propuesta de protocolo preventivo y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5)		5
5. Eficiencia: Existe calidad metodológica en la propuesta de protocolo preventivo (0- 5)		5
PROMEDIO OBTENIDO:		20
6. OBSERVACIONES	Ninguna	
7. SUGERENCIAS	Ninguna	
8. FIRMA Y SELLO	 Dra. Patricia del Rocío Chávarry Ysla ENFERMERA	

ANEXO 06

INFORME DE PASE A SUSTENTACIÓN

AUTOR: Br. Karen Lisette Niño Mendoza

PROGRAMA: MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIO DE LA SALUD

ASESOR: DRA. PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA

TITULO: Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo.

NOMBRE DEL JURADO

DRA. PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA


LA SUSCRITA HA REVISADO LA TESIS Y SE HA COMPROBADO QUE HA SIDO SUBSANADAS LAS OBSERVACIONES REVISADAS EN LA PRIMERA CORRECCION; POR LO TANTO CONSIDERO QUE DEBE PASAR A SUSTENTACION DE LA MISMA.

Chiclayo, Junio del 2018


Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla
ENFERMERA

Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla
DNI: 16658907

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo Karen Lisette Vinos Mendoza..... identificado con DNI N° 45927564,
 egresado de la Escuela Profesional de Psicología..... de la
 Universidad César Vallejo, autorizo (x) , No autorizo () la divulgación y
 comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado
 "..... Autoresistencia para disminuir ansiedad de
crisis, el cual es momento de crisis, por lo que se crea
grupos de trabajo....."

 en el Repositorio
 Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el
 Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....



 FIRMA

DNI: 45927564

FECHA: 28 de Julio del 2018.

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS



Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis

Yo, **Patricia del Rocio Chávarry Ysla** Asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis de la estudiante: Karen Lisette Niño Mendoza, titulada **PROTOCOLO PREVENTIVO PARA DISMINUIR INCIDENCIA DE CRISIS FEBRILES EN MENORES DE CINCO AÑOS, EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE CHICLAYO**, constato que la misma tiene un índice de similitud de **...19%...** verificable en el reporte de originalidad del programa *turnitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 23 de junio del 2018



Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla
ENFERMERA

Dra Patricia del Rocio Chávarry Ysla

DNI: 16658907