

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA



**“CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CON PARALISIS
CEREBRAL INFANTIL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL
HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA. 2018”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PEDIATRICA**

YHANA ROXANA NOBLECILLA PEÑA DE CEDANO

CALLAO –PERU

2019

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme serenidad y fortaleza todo momento.

A mis amados padres, quiénes siempre me han brindado apoyo y motivación en mi formación académica.

A mis estimados docentes, por impartirme sus grandes conocimientos.

Al hospital Santa Rosa de Piura por darme la oportunidad de laborar y poner en práctica los conocimientos adquiridos

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1.-ANTECEDENTES	8
2.2.-MARCO CONCEPTUAL	13
2.3.- TEORÍA DE ENFERMERÍA	15
CAPITULO III. PLAN DE INTERVENCIÓN.	17
3.1 JUSTIFICACIÓN	17
3.2 OBJETIVOS	21
3.3. META	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	34

INTRODUCCION

La parálisis cerebral (PC) es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la principal causa de la discapacidad infantil; es la causa más frecuente de discapacidad motriz, presentándose de dos a tres casos por cada mil nacidos vivos y está asociada a enfermedades respiratorias por la alteración en la fracción efectora de los sistemas respiratorios, cardiovasculares y musculoesquelético, elevándose la tasa de morbilidad. Sin embargo, en Perú, los reportes del ASIS del año 2016, reportan 531 pacientes diagnosticados muestran una incidencia de tres casos por cada 10,000 nacidos vivos (1).

La Organización Mundial de la Salud OMS se define como discapacidad, no como enfermedad, algo a tener presente para no caer en falsos prejuicios. Se trata de un conjunto de desórdenes cerebrales derivados de las secuelas de lesión del sistema nervioso central. La parálisis cerebral suele ir acompañada por otros problemas, aunque no necesariamente causados por ella como son: disartria, espasticidad, epilepsia, alteraciones auditivas y visuales, deformidades y, sólo en algunas ocasiones, deficiencia mental, rara vez hay existe una sola causa, más bien es una combinación de condiciones, pero una de las más frecuentes es la falta de oxígeno (anoxia) al cerebro del niño, algunas de las causas y condiciones que se asocian con parálisis cerebral son: prenatales, perinatales y post natales.(2)

El profesional de enfermería desempeña un papel especial por la importancia que su intervención tiene al brindar educación a las madres con hijos que padece esta enfermedad, ya que conoce principios básicos de enseñanza-aprendizaje, y tiene competencias para comunicarse, por ende, el presente trabajo académico permitió describir y explicar la intervención del cuidado de los niños con parálisis cerebral infantil del hospital Santa Rosa II-2 Piura.

CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La parálisis cerebral infantil se encuentra en todos los países y en todas clases de familias, estadísticamente uno de cada trescientos niños tiene o puede desarrollar una parálisis cerebral. La Asociación de Parálisis Infantil se estima que entre quinientos y setecientos mil norteamericanos tienen cierto grado de parálisis cerebral, unos tres mil bebés nacen con estos trastornos cada año y otros quinientos los adquieren durante los primeros años de vida, siendo su incidencia entre 1.5 y 2.5 por mil nacidos vivos. En Brasil aproximadamente seis casos de parálisis cerebral infantil por cada mil nacidos vivos, siendo una enfermedad que afecta indistintamente a ambos sexos (2)

Datos epidemiológicos sobre la incidencia de enfermedades neurológicas en el Perú, muestra que la parálisis cerebral constituye el dos por ciento de las neuropatías durante la infancia. (1) Ante esta problemática que se evidencia en el servicio de pediatría del Hospital Santa Rosa II-2 Piura, aproximadamente, al año se brinda atención a... niños, de los cuales, según la estadística, el 2% ingresó por parálisis cerebral, a quienes el profesional de Enfermería brinda cuidado holístico.

Como parte de mi experiencia profesional, he podido evidenciar que la mayoría de estos niños suele presentar complicaciones respiratorias, desnutrición, Asimismo, se observa el desconocimiento de las madres, respecto a los cuidados que debe brindar en el hogar como la alimentación por sonda nasogástrica, cambios posturales, aspiración de secreciones.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

ARNEDO ARRIETA Sonia Marcela/ DOMÍNGUEZ CARO Dina Rosa/
GUZMÁN PEREIRA Yesenia del Pilar/ OSPINO BARRIOS Adriana Paola/
SERPA ESCOBAR Yeleina Patricia cuya tesis “Sobrecarga del cuidador y funcionalidad de niños en situación de discapacidad en una institución de cartagena.2013” (Colombia) 2013. Su objetivo: Explorar la asociación entre el grado de sobrecarga del cuidador y el nivel de funcionalidad de niños en situación de discapacidad en una institución de rehabilitación en la ciudad de Cartagena de indias, teniendo los siguientes resultados 79.1% de los cuidadores son de sexo femenino, 54.9% con edades entre 36 y 50 años de edad, se dedican a las labores del hogar el 63.7%, son únicos cuidadores en el 59.3% de los casos, pertenecientes al nivel socioeconómico bajo el 95.6% de los participantes. Del 18.7% de los niños con nivel de dependencia mediana, el 47.1% de sus cuidadores presentaron una sobrecarga leve; mientras que en los niños con dependencia mayor (81.3%), sus cuidadores puntuaron sobrecarga leve e intensa en el 67.6% y 10.8% respectivamente. Se encontró asociación entre el grado de sobrecarga de los cuidadores y el nivel de funcionalidad de los niños Chi cuadrado = 7,6 (p= 0.021). donde se concluyó que a mayor dependencia de los niños en situación de discapacidad mayor probabilidad de sobrecarga del cuidador como consecuencia de su rol (3)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

CERDAN ACUÑA Erika/ CRUZ SALDAÑA Catherine “Vivencias de madres frente al cuidado de su hijo frente a la Parálisis Cerebral Infantil” (Trujillo), 2016 cuyo objetivo analizar comprensivamente las vivencias que tiene la madre frente al cuidado de su hijo con Parálisis Cerebral Infantil(P.C.I) donde se concluyó que las madres pasaron momentos muy difíciles pero gracias al apoyo familiar y de su pareja pudieron salir adelante en la vida, además que ellas se sienten satisfechas con cada progreso de su hijo con P.C.I . El Dasein de están madres es el ser-en –el-mundo que se divide en el ser-mujer, y es aquí donde pese a las dificultades, incertidumbres y temores que vivieron una vida inauténtica, pero luego de la “caída”, se lanzan al mundo y aprenden a sobrellevar las situaciones y cumplir su rol de madre, dedicándose al cuidado de sus hijos (4).

CARRANZA A / FUENTES M. con su tesis titulada” El cuidado de niños con parálisis cerebral: experiencias de las enfermeras de una clínica privada del distrito de Chiclayo, 2015”. Cuyos objetivos fueron describir y analizar las experiencias que brindan las enfermeras en el cuidado a los niños con parálisis cerebral en una Clínica privada del distrito de Chiclayo. 2015; Donde toda enfermera cuando realiza el cuidado a niños con parálisis cerebral, coloca sus conocimientos y habilidades que le permiten actuar con eficiencia y rapidez en la implementación de los cuidados necesarios para limitar el daño presente, evitar el riesgo de complicaciones y recuperar en lo posible la función perdida. El escenario fue el área de hospitalización de dicha clínica. Las participantes en el estudio fueron siete enfermeras que laboraban en esa área, obtenidas por saturación y previo consentimiento informado, a quienes se aplicó una entrevista semiestructurada a profundidad. Los datos obtenidos se procesaron por análisis temático

anclado en principios éticos y de rigor científico. Posterior al análisis emergieron las siguientes categorías: Prácticas de cuidado a un ser con limitaciones psicomotoras; restricciones en la limitación del cuidado a los niños con limitaciones psicomotoras y apoyo del binomio equipo de salud-familia en la recuperación de los niños. Con la consideración final que la enfermera, equipo de salud y familia trabajen unidos en la recuperación del niño (5).

CHIRA SOSA Mirely /JAVIEL BERNAL María de los Milagros con su tesis de “experiencias de vida de las madres de niños con parálisis cerebral infantil en la clínica san Juan de Dios Pimentel-2014”(Pimentel)2015 cuyo resultado es que las unidades de análisis relatan experiencias similares en las categorías de estudio, encontrando diferencias en las sub categorías de soledad y aislamiento probablemente a que esta madre es la única que continua casada con apoyo de su pareja, y en la unidad Relación con Dios, encontrando como consideración final que la familia extensa es la fuente de apoyo de las madres y que el personal de salud mayormente no cumple con esta función, sintiéndose su falta de empatía hacia el paciente y la familia. Sugiriendo mayor compromiso del equipo de salud en actividades de educación para la salud. Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas del informe Belmont y el rigor científico (6).

ARÉVALO DÍAZ Katherine Lisseth/ OLAVARRÍA. TORRES Celia del Carmen/ ORELLANO SÁNCHEZ Liria Ancelly en su tesis titulada "cuidados que brindan los docentes a niños con discapacidad severa en un centro educativo- 2013"(Lambayeque)2014 cuyo objetivo es analizar y comprender los cuidados que brindan los docentes a niños con Discapacidad Severa ,llegando a las consideraciones de que los docentes no brindan un cuidado sanitario a los niños con discapacidad severa en

forma personalizada, integral y continúa, si no, lo realizan de acuerdo a su experiencia, razón por la cual sienten inseguridad al momento de actuar frente a una emergencia que ponen en riesgo la vida del niño(7).

SALINAS PACHERRES Patricia Angélica en su tesis “Modificando el afrontamiento de las madres con hijos que padecen parálisis cerebral de la clínica san juan de dios. Chiclayo – 2013” (Chiclayo)2013 tuvo como objetivos: Conocer, analizar y modificar el afrontamiento de las madres con hijos que padecen Parálisis Cerebral en la Clínica San Juan de Dios. Los sujetos de investigación fueron 9 madres con niños entre 2 a 5 años de edad, que padecen parálisis cerebral de tipo espástica. Se tomó en cuenta los criterios de rigor científico y ético. Surgieron 3 categorías: De la incapacidad de afrontar de la enfermedad a afrontar los conflictos externos e internos a través del amor maternal y la fe en Dios, De las secuelas físicas propias de la enfermedad a mejorar la calidad de vida de los niños con parálisis cerebral infantil y como último Del abandono paterno al apoyo familiar en el cuidado compartido de un niño con parálisis cerebral infantil; cada una de ellas respectivamente analizadas y confrontadas de acuerdo a la realidad vivida. Finalmente, con el Programa Educativo “Afrontando Nuevos Desafíos” se logró, que muchas de las madres, alcancen condiciones satisfactorias que conlleven a un cuidado de calidad en su hijo con parálisis cerebral infantil (8).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Parálisis Cerebral Infantil

A. Definición

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) se refiere a una problemática de salud que afecta a los niños en todo el mundo, por lo que a través de los años se han realizado múltiples estudios para de alguna manera poder entender, definir clasificar y tratarla por ende , no es una enfermedad, sino un desorden motor persistente que puede variar en intensidad, que afecta el tono muscular, la postura y el movimiento, abarca un conjunto de trastornos crónicos debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor). Para poder hablar de PCI, la lesión tiene que ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 ó 5 años de vida (9)

El término Parálisis hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura, los trastornos motores de la Parálisis Cerebral se acompañan con frecuencia de alteraciones sensitivas, perceptivas, cognitivas, de la comunicación y el comportamiento, epilepsia y problemas secundarios a nivel del sistema musculo esquelético, siendo un conjunto de trastornos neuromotores, de carácter crónico, debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro.

La primera descripción de Parálisis Cerebral la realizó Little¹ en 1861 vinculando las ideas de parto anormal, prematuridad y desarrollo de la deformidad. Esta descripción alcanzó tal relieve en la literatura que la Parálisis Cerebral se ha conocido también como Enfermedad de Little (10).

B. Síntomas

Se caracteriza por alteraciones del tono muscular, la postura y el movimiento, aunque puede ir acompañada de otros síntomas, como deficiencia intelectual, problemas en la articulación de las palabras, problemas sensoriales o epilepsia, entre otros. En primer lugar, los trastornos son debidos a una lesión cerebral (encéfalo) que interfiere en el desarrollo normal del niño. Se produce en el primer año de vida, o incluso en el período de gestación, y puede ocurrir hasta los cinco años. La sialorrea, es común en niños con afección neurológica y esto puede aumentar el riesgo de aspiración, esta alteración se refiere a la pérdida salival sin intención; la cual ocasiona cambios de tipo funcional, psicológico y social, los cuales influyen negativamente en el niño y sus cuidadores, la cual se asocia a trastornos graves de la deglución, aumentando el riesgo de aspiración. Afecta a la socialización del individuo, impactando en forma negativa sobre la calidad de vida, además interfiere en el lenguaje, el habla y la comunicación.

Los niños y las niñas se diferencian unos de otros, no sólo en los síntomas que manifiestan, sino también en la gravedad de los mismos, dependiendo de la zona cerebral donde se encuentre la lesión.

C. Causas

Los factores etiológicos de la Parálisis Cerebral han sido objeto de múltiples estudios a lo largo de los años. Es evidente que, aunque se consideren múltiples factores de riesgo, en una gran proporción de los casos son desconocidos. Análisis correlativos de amplias muestras de embarazos en poblaciones con Parálisis Cerebral han permitido reconocer que las causas prenatales tienen una contribución más importante de la que se preveía. Paradójicamente, combinaciones de antecedentes adversos similares o idénticos no conducen a una morbilidad uniforme. La mayoría de los

factores etiológicos puede clasificarse en función del periodo de tiempo en que se produce el insulto cerebral en: prenatal, perinatal y postnatal (8)

D. Clasificación Fisiológica de la Parálisis Cerebral Infantil (13)

- ✓ **Parálisis cerebral espástica:** su principal característica asociada es la hipertonía cuyas manifestaciones son la espasticidad, hiperreflexia y reflejos patológicos incluidos el babinski y sucedáneos. se reconoce mediante un resistencia continua o plástica en su estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento generando el signo de fuelle de navaja.
- ✓ **Parálisis cerebral atáxica:** Cursa con alteración en la coordinación muscular, de forma que movimientos se realizan con la precisión, fuerza o ritmo inadecuados. El patrón de movimiento anormal se caracteriza por la alteración en la coordinación con falta de equilibrio y escaso control de posicionamiento en los movimientos dirigido, temblor lento de tipo intencional y hipotonía.
- ✓ **Parálisis cerebral atónica:** la manifestación es de una hipotonía generalizada, con reflejos aumentados, con marcada debilidad de los miembros inferiores y mejor fuerza en los superiores, si se realiza una suspensión por axilas, flexionan las extremidades inferiores (reflejo de föster), en la mayoría de los casos después de los tres años aparecen alteraciones cerebelosas, en algunos casos se puede asociar a signos extra piramidales. Se considera que la mayoría de los casos son por alteraciones prenatales.
- ✓ **Parálisis cerebral extra piramidal o Atetósica:** presentan distonia que se definen como contracturas tónicas sostenida de rotación y

torsión que desencadenan posturas anormales, también se puede observar atetosis asociada hiperquinesia e hipotonía. La coreica son de aparición brusca, excesivos no repetitivos irregulares y se presentan al azar desaparecen durante el sueño y se incrementan durante el estrés se caracteriza por movimientos involuntarios rápidos, como fragmentados, mientras que en la atetosis los movimientos son contorsionantes, lentos y continuamente cambiantes.

- ✓ **Parálisis cerebral mixta:** existe una combinación de diversos trastornos motores y extra piramidales con alteraciones del tono y combinaciones por ejemplo diplejías, hemiplejias espáticas, hipotónicas y distónicas.

E. Clasificación Topográficas de la Parálisis Cerebral Infantil (13)

- ✓ **Cuadriplejia:** están afectados los cuatro miembros.
- ✓ **Triplejía:** afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- ✓ **Tetraplejia:** afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con un predominio de afectación en miembros superiores.
- ✓ **Displejía:** afectación de las cuatro extremidades con predominio de las extremidades inferiores.
- ✓ **Hemiplejía:** está tomado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo) y dentro de este el más afectado es el miembro superior.

- ✓ **Paraplejía:** son muy pocos frecuentes se afectan solo los miembros inferiores.
- ✓ **Monoplejía:** se afecta una sola extremidad (brazo o pierna) estos casos son poco comunes y tienen relación directa postraumática.

2.2.1. Bases Teóricas

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demanda los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure el buen trato al usuario. El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca como abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalarias.

➤ **Modelo teórico de: Jean Watson**

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación.

El Momento de cuidado, según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano

es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-humano. El campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo – todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente (10).

El profesional de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño, del mismo modo que los niños con Parálisis Cerebral Infantil y familias presentan una historia amplia y exclusiva, cada enfermera aporta un conjunto individual de variables que afectan a sus relaciones, pero sea cual fuere la experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera de pediatría debe ser siempre el bienestar del niño con problemas y sus familia, a medida que la enfermera brinda el cuidado al niño con parálisis cerebral infantil, va interactuando con la madre y/o cuidador, por ejemplo la alimentación por sonda orogástrica, el aseo, es entonces que puede desempeñar su rol de orientador hacia los cuidados básicos del niño. Así la relación de enfermera-niño con parálisis cerebral infantil-familia representa el elemento básico en el proceso de enfermería.

2.3. Definición de Términos

Parálisis cerebral infantil: Es una enfermedad neuromuscular que causa discapacidad motriz en la edad pediátrica; se caracteriza por trastornos de movimientos y la postura debido a una lesión cerebral no progresiva ocurrida durante el desarrollo cerebral fetal, el nacimiento o durante los primeros años de vida y suele estar acompañada frecuentemente de alteraciones a los sentidos, percepción, afecciones cognitivas, de la comunicación, epilepsia y/o problemas músculos esqueléticos secundarios(12)

Desarrollo Cognitivo: se refiere a todo lo que comprende el cerebro e inteligencia. Las habilidades cognitivas están conformadas por las aptitudes perceptuales, lingüísticas y sensoriales. Los niños con parálisis cerebral infantil pueden desarrollar una capacidad intelectual general normal y también presentar niveles de retraso mental, no todos tienen una afectación a nivel cognitivo, como tradicionalmente se ha creído. Las personas que no son capaces de controlar bien sus movimientos, o no pueden hablar, se considera que tienen una discapacidad mental. Aunque algunos niños con parálisis cerebral tienen problemas de aprendizaje, esto no es siempre así, incluso pueden tener un coeficiente de inteligencia más alto de lo normal. Una lesión motora no afecta siempre la capacidad intelectual. Sin embargo, aproximadamente un tercio de las personas con discapacidad motora tiene una limitación intelectual leve, y los otros dos tercios presentan capacidad intelectual normal. Por lo que una adecuada evaluación de la capacidad cognoscitiva es esencial para preparar un programa educativo y adaptaciones (13)

Aprendizaje: Se denomina aprendizaje al proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia. Dicho proceso puede ser entendido a partir de diversas posturas, lo que implica que existen diferentes teorías vinculadas al hecho de aprender. La psicología conductista, por ejemplo,

describe el aprendizaje de acuerdo a los cambios que pueden observarse en la conducta de un sujeto.: Los niños con parálisis cerebral presentan dificultades para la alimentación, la lesión neurológica altera la función neuromuscular, causando disfunción motora que ocasionan dificultad para la apertura bucal, masticación, deglución y reflujo gastroesofágico. Estos trastornos impiden que el niño pueda comer y beber adecuadamente, con una pobre ingesta calórica, lo cual ocasiona desnutrición y ésta a su vez produce un daño adicional al sistema nervioso central (13)

CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCIONES

3.1. Valoración

3.1.1. datos de afiliación

Apellidos y nombres: B.G.J

Nacionalidad: peruano

Fecha de nacimiento: 19/10/2018

Sexo: femenino

Localidad: 26 de octubre Piura

Provincia: Piura

Estado civil: soltero

informante: madre

3.1.2. motivo de consulta

Madre refiere que su hija de 4 meses de edad, hace 3 días presenta tos y abundantes mocos por la nariz y la boca, además respira muy rápido mi hija

3.1.3. enfermedad actual: Neumonía

3.1.4. antecedentes

Antecedentes Perinatales: asfixia neonatal/ prematuridad R.N.P.T de 28 semanas/ trauma obstétrico.

Antecedentes Familiares: infecciones maternas recurrentes

Antecedentes Personales: Parálisis Cerebral Infantil

Antecedentes Socioeconómicos y Culturales: bajo recursos económicos, Nivel de educación solo primaria completa.

3.1.5. examen físico. lactante menor en mal estado general, ventilando espontáneamente, hipoactiva, no fija mirada, hipertónico, piel pálida y mucosas húmedas ,portador de sonda nasogástrica para alimentación, con abundantes secreciones por nariz y boca , miembros superiores en abducción, los puños hacia el tórax, a la auscultación presencia de sibilantes y roncantes en A.C.P, tiraje subcostal, abdomen b/d, sin diuresis espontanea presenta incontinencia intestinal por lo que hace el uso necesario del pañal, vía periférica permeable en miembro inferior izquierdo perfundiendo Dextrosa al 5% más electrolitos a 8gotas por minuto

3.1.6. valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

✓ **Dominio 1. Promoción de la Salud**

Lactante menor postrado en cuna, hipertónica, miembros superiores en abducción, los puños hacia el tórax

✓ **Dominio 2. Nutrición**

Lactante menor portadora de sonda oro gástrica para alimentación.

✓ **Dominio 3. Eliminación e Intercambio**

Lactante menor con presencia de abundantes secreciones por boca y nariz, sin diuresis espontanea presenta incontinencia intestinal por lo que hace el uso necesario del pañal,

✓ **Dominio 4. Actividad/Reposo**

Lactante menor postrada en cuna hipoactiva, hipertónica.

✓ **Dominio 5. Percepción / Cognición:**

Lactante menor despierta, hipoactiva, hiperreflexia, hipertonia apendicular e hipotonía axial, no fija mirada.

✓ **Dominio 6. Autopercepción**

Llanto Irritable por momentos.

✓ **Dominio 7. Rol / Relaciones:**

Cuidadora (madre) se siente cansada y preocupada por la evolución de su hija.

✓ **Dominio 8. Sexualidad**

Aun no se desarrolla.

✓ **Dominio 9. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés**

Lactante irritable por momentos, con facie de dolor después de cada aspiración de secreciones.

✓ **Dominio 10. Principios Vitales**

Madre joven refiere tener mucho miedo con los cuidados de su hija en casa,

✓ **Dominio 11. Seguridad / Protección**

Lactante menor portador de sonda oro gástrica para alimentación y presencia de abundantes secreciones por boca,

✓ **Dominio 12. Confort**

Lactante menor con postura rígida, hipertónica presenta por momentos irritabilidad al cambio de posiciones.

✓ **Dominio 13. Crecimiento / Desarrollo**

Peso 2.546 gr

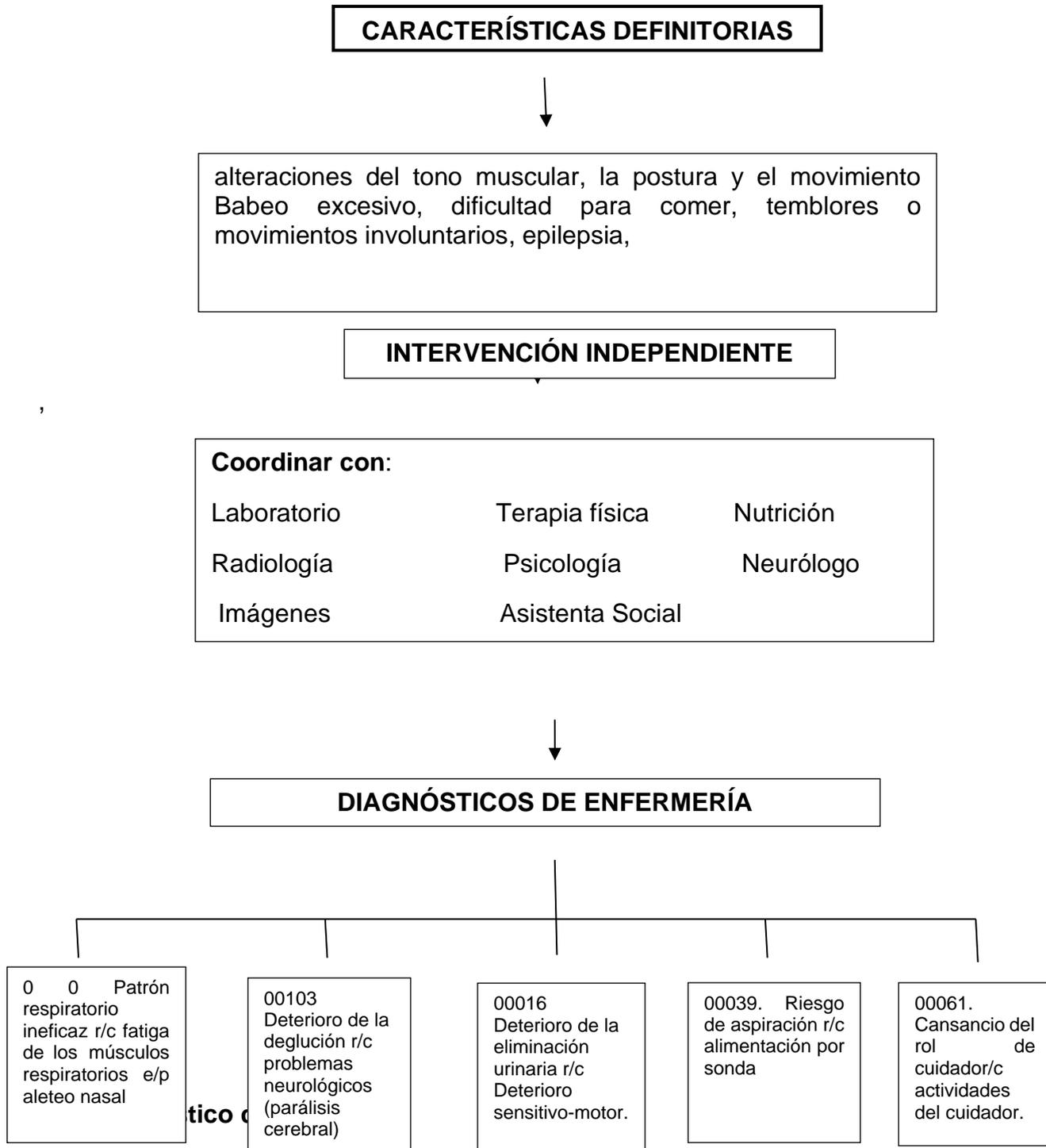
Talla 46cm

Edad: 4 meses

Sexo: femenino

Diagnostico Nutricional: Desnutrición crónica

3.1.7. Esquema de Valoración:



3.2.1. Lista de Hallazgos Significativos piel pálida, hipertónico, aleteo nasal, abundantes secreciones, portador de sonda nasogástrica, auscultación sibilantes y roncales en A.C.P, tiraje subcostal,

3.2.2. Diagnóstico de Enfermería Según Datos Significativos

- ✓ Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios e/p aleteo nasal
- ✓ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Enfermedad, crónica, alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, inmunosupresión, falta de conocimientos en el autocuidado y la terapéutica médica, alteración de la circulación
- ✓ Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda

3.2.3. Esquema de Diagnóstico de Enfermería

Nombre del paciente: B.G. Y

edad: 4 meses

Diagnostico medico: Parálisis cerebral infantil / neumonía/

Problema	Factores Relacionados	Evidencia	Diagnostico
Postración en cama, Hipoactiva, ausencia del reflejo de succión y deglución	Problemas neurológicos: parálisis cerebral	Postración en cama Hipoactiva	00103 Deterioro de la deglución r/c Problemas neurológicos parálisis cerebral) E/P postración en cuna, hipoactiva
Portador de sonda oro gástrica	Deterioro neurológico	Portador de sonda oro gástrica	00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c deterioro

			neurológico E/P portador de sonda oro gástrica
Lactante con presencia de pañal	Deterioro sensitivo-motor	Uso de pañal	00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c Deterioro sensitivo-motor E/P Uso de pañal
Lactante con presencia de pañal	Deterioro cognitivo. Deterioro de la capacidad de contener las heces	Uso de pañal	00014 Incontinencia fecal r/c Deterioro cognitivo. Deterioro de la capacidad de contener las heces E/P uso de pañal.
Postración en cuna	Deterioro del estado físico	Postración en cuna	00088. Deterioro de la ambulación r/c deterioro del estado físico E/P postración en cuna
Lactante menor en cuna no se evidencia balbuceo	Disminución de la circulación cerebral		00051. Deterioro de la comunicación verbal r/c Disminución de la circulación cerebral
Madre con facie de cansancio ya tiene varios días sin dormir	actividades del cuidador	Madre con facie de cansancio	00061. Cansancio del rol de cuidador r/c actividades del cuidado E/P madre con facie de cansancio

Irritabilidad a la aspiración de secreciones	Posnatales: Intolerancia alimentaría. Procedimientos invasivos, malnutrición, problemas motores. problemas orales. Dolor, prematuridad.	Llanto a la aspiración de secreciones	00116. Conducta desorganizada del lactante. r/c Posnatales: Intolerancia alimentaría. Procedimientos invasivos, malnutrición, problemas motores. problemas orales. Dolor, prematuridad E/P Llanto a la aspiración de secreciones
	<i>Plan de cuidados de la salud:</i> complejidad, costo, duración. flexibilidad económica del plan, intensidad		00079. Incumplimiento cuidador r/c <i>Plan de cuidados de la salud:</i> complejidad, costo, duración. flexibilidad económica del plan, intensidad
Portadora de son de alimentación	alimentación por sonda		00039. Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda
Irritabilidad, llantos por momentos	incapacidad física	Irritabilidad, llantos por momentos	00133. Dolor crónico. r/c incapacidad física E/P irritabilidad
Desnutrición crónica	efectos de la incapacidad física; dependencia prescrita.	Desnutrición crónica	00111. Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c efectos de la incapacidad física; dependencia

			prescrita E/P desnutrición crónica
Abundantes secreciones por boca y nariz	estado respiratorio: ventilación	Abundantes secreciones por boca y nariz	00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C estado respiratorio: ventilación E/P abundantes secreciones por boca y nariz

3.3. Planificación

3.3.1. Esquema de Planificación: para este trabajo académico se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró disminución de la dificultad respiratoria, mejoría en la permeabilidad de la vía aérea, mantenimiento de la frecuencia cardiaca y prolongación de periodos de sueño, además durante la estancia hospitalaria no presentó complicaciones ni zonas de presión.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC	NIC
Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos accesorios E/P aleteo nasal, tiraje subcostal	<p>Etiqueta:</p> <p>Estado respiratorio: ventilación</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia respiratoria ✓ Aleteo nasal 	<p>Etiqueta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorización respiratoria <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigila la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzos de las respiraciones ✓ Aplicar sensores de oxígeno continuos, no invasivos

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar patrones de respiración: taquipnea ✓ Auscultar los sonidos pulmonares, después de los tratamientos para apreciar los resultados. ✓ Observar si hay disnea y los factores que la mejoren o empeoren. ✓ Administrar oxigenoterapia ,en caso que sea necesario.
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Enfermedad, crónica, alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, inmunosupresión, falta de conocimientos en el autocuidado y la terapéutica médica, alteración de la circulación,</p>	<p>Etiqueta: Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conserva la temperatura de la piel ✓ La elasticidad ✓ Hidratación y transpiración ✓ La sensibilidad 	<p>Etiqueta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados de la piel <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar en la importancia de darse masajes para estimular la circulación ✓ Valorar diariamente las condiciones de la piel para minimizar o detectar oportunamente cualquier signo o síntoma de lesión cutánea sobre todo de los miembros inferiores como: color, dolor, temperatura, llenado capilar, turgencia ✓ Enseñar al cuidador(madre) sobre el cuidado de pies y uñas ✓ Estimular la circulación con ejercicios pasivos y constantes por

		lo menos cada tercer día para aumentar la producción de oxígeno
Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda	<p>Etiqueta:</p> <p>Estado deglución:</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Producción de saliva ✓ Atragantamiento, tos o nauseas ✓ Estudio de la deglución 	<p>Etiqueta</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deterioro de la deglución <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspiración de las vías aéreas ✓ Cambios de posición ✓ Terapia de deglución ✓ Vigilancia ✓ Alimentación enteral por sonda ✓ Manejo de la medicación ✓ Ayuda con el autocuidado: alimentación

3.4. Ejecución y Evaluación

3.4.1. registro de enfermería: SOAPIE

S: madre refiere: “que su niño nació prematuro y asfixiado por lo que estuvo en la uci neonatal

O: Se encontró lactante menor en su unidad , en mal estado general, ventilando espontáneamente, hipertónico, piel pálida +/+++ ,mucosas húmedas ,portador de sonda nasogástrica para alimentación, con abundantes secreciones por nariz y boca , miembros superiores en abducción, los puños hacia el tórax, a la auscultación presencia de sibilantes y roncales en A.C.P, tiraje subcostal, abdomen b/d, sin diuresis espontanea presenta incontinencia intestinal por lo que hace el uso

necesario del pañal, vía periférica permeable en miembro inferior izquierdo perfundiendo Dextrosa al 5% más electrolitos a 8gotas por minuto

A: Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos accesorios
E/P aleteo nasal, tiraje subcostal

riesgo de aspiración relacionado con disminución del reflejo de deglución s/a parálisis cerebral

P: lactante menor mantendrá su vía aérea permeable durante la estancia

I:

- ✓ Se realizó la valoración del aparato respiratorio mediante el examen físico.
- ✓ Realice aspiraciones de secreciones por boca y nariz a demanda.
- ✓ Se controló funciones vitales.
- ✓ Anote si el movimiento torácico, mirando la simetría utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- ✓ Controle el esquema de la respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de kussmaul.
- ✓ Administre terapia según prescripción medica
- ✓ Realice nebulizaciones cada 6horas según indicación medica
- ✓ Realice inhalación según prescripción medica
- ✓ Se coordinó con terapia física
- ✓ Se brinda alimentación por sonda nasogástrica (dieta licuada) en posición semifowler
- ✓ Se observó signos de alarma
- ✓ Se verifico la permeabilidad de la sonda de alimentación.
- ✓ Se instaló oxímetro de pulso para verificar saturación del lactante
- ✓ Se controló funciones vitales

- ✓ Se educó al cuidador (madre) sobre técnica de dar alimentos
- ✓ Realice el seguimiento sobre los exámenes auxiliares
- ✓ Registré las intervenciones realizadas.

E: queda lactante menor en reposo, estable.

CONCLUSIONES

En la valoración clínica de Enfermería se logró conocer más a fondo las necesidades del paciente, y se proporcionaron cuidados de Enfermería de calidad, basados en una metodología específica como lo es el PAE, estos cuidados pueden contribuir a disminuir los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en la persona.

El profesional de enfermería es consciente que cuidar a un niño con parálisis cerebral trae consigo restricciones de tipo económico, con la propia familia que se hace cargo del niño y con la preparación de las propias enfermeras con las debidas capacidades para cuidarlo.

La parálisis cerebral infantil esta siempre asociada a enfermedades respiratorias por la sialorrea, la cual se asocia a trastornos graves de la deglución, aumentando el riesgo de aspiración elevando así la tasa de morbilidad.

La parálisis cerebral infantil involucra a toda la familia ya que todos tienen que participar en los cuidados del niño como la alimentación, vestir, higiene para mejorar su calidad de vida y así evitar las estancias hospitalarias y reingresos a los hospitales.

RECOMENDACIONES

Se sugiere trabajar con un equipo multidisciplinario como apoyo al personal de enfermería que cuidan a los niños con parálisis cerebral infantil puesto que el niño demanda cuidados especiales, donde exista buena comunicación.

Se sugiere enfatizar la valoración clínica de enfermería a través del SOAPIE, utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC, en niños con parálisis cerebral infantil.

Para los padres de familia como cuidadores:

Disponibilidad para aprender y obedecer la enseñanza dadas por las enfermeras, que facilitarán la recuperación del niño.

Fomentar la unidad de toda la familia del niño de tal forma que nunca se quede solo o que un solo familiar se quede siempre con el niño porque llegará al agotamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1: Diseño y ejecución: Oficina de Epidemiología/Unidad de Investigación Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud (ASIS) volumen N°16, edición 2016

2: OMS. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra; 2011. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

3. ARNEDO ARRIETA Sonia Marcela/ DOMÍNGUEZ CARO Dina Rosa/ GUZMÁN PEREIRA Yesenia del Pilar/ OSPINO BARRIOS Adriana Paola/ SERPA ESCOBAR Yeleina patricia cuya tesis “sobrecarga del cuidador y funcionalidad de niños en situación de discapacidad en una institución de Cartagena.2013” (tesis) Colombia 2013 Universidad de Cartagena facultad de enfermería Cartagena.

4: CERDAN ACUÑA Erika/ CRUZ SALDAÑA Catherine “Vivencias de madres frente al cuidado de su hijo frente a la Parálisis Cerebral Infantil” Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de enfermería, Escuela Académico Profesional de Enfermería 2016

5: Carranza A, Fuentes M. “El cuidado de niños con parálisis cerebral: experiencias de las enfermeras de una clínica privada del distrito de Chiclayo, 2015”. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de medicina; Escuela de enfermería 2015

6: CHIRA SOSA Mirely /JAVIEL BERNAL María de los Milagros “experiencias de vida de las madres de niños con parálisis cerebral infantil

en la clínica san juan de dios pimentel-2014” Universidad Señor de Sipan; facultas de ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería 2015

7: ARÉVALO DÍAZ Katherine Lisseth/ OLAVARRÍA. TORRES Celia del Carmen/ ORELLANO SÁNCHEZ Liria Ancelly en su tesis titulada "cuidados que brindan los docentes a niños con discapacidad severa en un centro educativo- 2013"(Lambayeque)2014 Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo”, facultad de enfermería, escuela profesional de enfermería

8: SALINAS PACHERRES Patricia Angélica en su tesis “Modificando el afrontamiento de las madres con hijos que padecen parálisis cerebral de la clínica san juan de dios. Chiclayo – 2013(” tesis)

9 Dra. Cristina Calzada Vázquez Vela, * Dr. Carlos Alberto Vidal Ruiz**
Hospital «Dr. Germán Díaz Lombardo». Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia Revista Mexicana de ORTOPEDIA PEDIÁTRICA/Vol. 16, Núm. 1/ Enero-diciembre 2014/pp. 6-10

10: Revista Cubana Enfermería 1998;14(3):196-208 revisión bibliográfica / vicedirección provincial de enfermería, ciudad de la habana parálisis cerebral infantil. papel de la enfermera en la atención primaria. año 1997. Lic. Mercedes Armenteros Borrell

11: Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985. 2. Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005

12. Hospital NISA Valencia Mar. Parálisis cerebral infantil: concepto y clasificación. VITHAS. 2014 septiembre; 5(1). Disponible en: <https://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/paralisis-cerebral-infantil-concepto-y-clasificacion/>

13. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LA NANDA (2009-2011)

14. Guía de práctica clínica: Abordaje y manejo del niño con parálisis cerebral infantil con comorbilidades neurológicas y musculoesqueléticas / catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-420-11

15. López Neira M. "Afrontando la discapacidad infantil: perspectiva de los padres y profesionales de Atención Temprana". [Tesis]. Coruña: Universidad de Coruña. Facultad de Enfermería y Podología; 2013.

ANEXOS:



Figura 1. Brindando comodidad y confort en pacientes con parálisis cerebral infantil



Figura 2. Brindando orientación y consejería sobre los cuidados de pacientes con parálisis cerebral infantil.



Figura 3. Cumpliendo con la prescripción medica

f



Figura 4. Realizando la intervención de enfermería en pacientes con parálisis cerebral infantil.