

00944



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

N. de Matríz = 346569.

"LA APLICACIÓN DEL MODELO DE OREM EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ENFERMERA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN

PRESENTA

LEO. DOMINGA AMPARO RANGEL MARTÍNEZ

ASESORA ACADÉMICA: LIC. MIREYA SORIANO VIDALS



MÉXICO, DF.



ENEO-UNAM
DIVISION DE ESTUDIOS
POSGRADO

ABRIL 2005.

m346569



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rangel Mtz. D.

Amparo

FECHA: 06-mayo-05.

FIRMA: 

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	5
FUNDAMENTACIÓN	
MARCO CONCEPTUAL	6
PARADIGMA	6
TEORÍAS DE ENFERMERÍA	6
TEORÍA GENERAL DE AUTOCUIDADO	6
PROCESO ENFERMERO	7
CONSIDERACIONES ÉTICAS	8
METODOLOGÍA	9
SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	9
REVISIÓN DE LA LITERATURA	10
PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA	18
I. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	18
PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN	18
VALORACIÓN GENERAL O EXHAUSTIVA	18
II. PROCESO DE DIAGNÓSTICO	24
TAXONOMÍA EMPLEADA	24
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ELABORADOS	24
III. PROCESO DE PLANEACIÓN	26

PLAN DE INTERVENCIONES	27
CRONOGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS	44
IV. PROCESO DE EVALUACIÓN	45
CONCLUSIONES	56
SUGERENCIA	57
ANEXOS	58
APÉNDICE	70
BIBLIOGRAFÍA	75

INTRODUCCIÓN

Dentro de las patologías en el paciente pediátrico podemos encontrar a la parálisis cerebral infantil, la cual nos muestra una amplia gama de manifestaciones. Las causas son múltiples: hipoxia, asfixia, sufrimiento fetal, malformaciones congénitas, enfermedades de origen genético, entre otras.

Aun cuando el manejo rehabilitatorio de estos pacientes es complejo debido a la gran variedad en las presentaciones de la Parálisis Cerebral infantil, es posible aplicar un modelo de atención de enfermería. En este caso se eligió el modelo de atención de Dorotea Orem, ya que involucra la participación del agente de cuidado dependiente y representa un ejercicio práctico para evidenciar las intervenciones de la Enfermera Especialista en Rehabilitación.

En el presente estudio de caso se encuentra constituido por el marco conceptual que se refiere a las Teorías y Modelos de Enfermería, generalidades sobre la parálisis cerebral infantil, se describe la metodología empleada, el proceso diagnóstico y se muestra el plan de intervenciones de enfermería. El proceso de evaluación incluye los formatos utilizados para dicha etapa. Se enuncian los resultados y las conclusiones y finalmente se incluyó en los anexos los formatos utilizados para la valoración inicial, trópticos y visitas domiciliarias.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

OBJETIVO GENERAL

- 1.- Elaborar un plan de cuidados basado en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, para planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de la Enfermera Especialista en Rehabilitación, en una paciente pediátrica con alteraciones en el desarrollo psicomotriz.
- 2.- Determinar la utilidad del Modelo de Atención de Enfermería de D. Orem, para la Enfermera Especialista en Rehabilitación, en una paciente pediátrica con alteraciones en el desarrollo psicomotriz.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Evidenciar las intervenciones de enfermería, en una paciente pediátrica con alteraciones en el desarrollo psicomotriz, a través del agente de cuidado dependiente, aplicando la Teoría de Déficit de Autocuidado.
- 2.- Ofrecer antecedentes para estudios de caso similares.

FUNDAMENTACIÓN

MARCO CONCEPTUAL

Teorías y Modelos de Enfermería

Modelo: "es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física"¹. Los modelos son descriptivos; simplifican el área de interés y pueden ayudar al científico a captar elementos clave y las relaciones entre los elementos.

Modelo conceptual: "... esta constituido por ideas abstractas y generales (conceptos y proposiciones que especifican sus interrelaciones"²

Paradigma: es sinónimo de modelo conceptual. Muestra la postura filosófica, la inclinación epistemológica, y explica el quehacer practico de un grupo de expertos en una disciplina determinada.

En la Enfermería se han estructurado varios modelos, lo mas importantes son: Peplau, Orlando, Wiedenbach, Henderson, Levine, Johnson y Orem.

Teoría General de Autocuidado de D. Orem.

La teoría General de Autocuidado esta formada a su vez por tres teorías:

1.- Teoría de Autocuidado

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. Define tres requisitos de autocuidado:

- a) Requisitos de autocuidado universales. Son actividades esenciales para el logro del autocuidado. Son ocho y se enuncian a continuación,
 - + Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
 - + Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
 - + Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
 - + Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
 - + Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
 - + Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
 - + Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano
 - + Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

- b) Requisitos de autocuidado de desarrollo. Se refiere a dos tipos,
 - + Etapas especificas de desarrollo
 - + Condiciones que afectan el desarrollo humano

1 MARRINER T Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, Pág. 3

2 Ibid. Pág. 4

- c) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud. Se presentan cuando el individuo esta enfermo, sufre una lesión, tiene incapacidades o recibe tratamiento medico.

2.- Teoría del déficit de Autocuidado.

Se refiere a la evaluación de la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en relación de las actividades de cuidado propio y a las metas futuras mas convenientes. Explica las causas que pueden provocar déficit.

3.- Teoría de sistemas de Enfermería.

En esta teoría, explica la forma en que la enfermera puede brindar su atención a los individuos. Describe tres sistemas:

- a) Sistema totalmente compensatorio. La enfermera satisface los requisitos de autocuidado del individuo cuando este es incapaz de satisfacerlos. Por medio del , AGENCIA DE AUTOUIDADO.
- b) Sistema parcialmente compensatorio. La función de enfermería es compensar el requerimiento del paciente; es decir este tiene poder de decisión y acción de sus cuidados. A este sistema de corresponde el AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE. En este caso las acciones las puede realizar la enfermera, un familiar, etc.
- c) Sistema de apoyo educativo. La enfermera ayuda a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. El paciente es capaz de realizar acciones para autocuidarse. A través del AGENTE DE AUTOUIDADO.

Principales conceptos

Enfermería. Servicio humano destinado a tratar las limitaciones humanas del autocuidado por razones relacionadas con la salud.

Autocuidado. Capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Practica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Agencia de Autocuidado. Persona que proporciona los cuidados o realiza una acción especifica.

Agente de Autocuidado. Individuo que realiza su propio autocuidado.

Agente de Cuidado Dependiente. Persona que cuida de otra sin que esto implique directamente cuidados de enfermería.

Proceso Enfermero

"El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos".³

3 ALFARO – LEFEVRE; Aplicación del proceso de enfermería, Pág. 3

Etapas

1.- Valoración. Paso inicial del proceso en el que se investigan las necesidades del paciente y se recaba información sobre los cuidados que se han de proporcionar.

La recopilación de datos se realiza a través de:

- a) Fuentes directas: exploración física, historia clínica
- b) Fuentes indirectas: familiares, expediente clínico, hoja de registros de enfermería, marco conceptual.

2.- Diagnóstico. Juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, ante problemas de salud y/o procesos vitales reales o potenciales susceptibles de tratamiento con intervenciones de enfermería.

Tipos de diagnósticos:

- a) Real. Estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables.
- b) Potencial. Juicio clínico de que un individuo es vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

3.- Planeación. Se elabora un plan de cuidados a partir de los diagnósticos de enfermería. Este plan incluye la jerarquización de problemas, el establecimiento de objetivos y desarrollo de las intervenciones de enfermería.

4.- Ejecución. En esta etapa se realizan las actividades planeadas.

5.- Evaluación. Proceso continuo y sistemático que evalúa las diferentes etapas del método enfermero. Permite la continuidad de las intervenciones o realizar las modificaciones necesarias.

Consideraciones Éticas

Debido a que el ejercicio profesional de la Enfermería esta basado en la ética, se consideraron los siguientes aspectos:

1.- Se maneja el consentimiento informado con la madre de la paciente, pues tratándose de una menor que no es capaz de dar su aprobación, se recurre al familiar mas cercano para obtener el consentimiento para realizar cualquier tipo de investigación o procedimiento clínico.

2.- El manejo de la información es con fines de investigación e incluye procedimientos clínicos y físicos.

3.- El estudio de caso se realiza basado en las normas morales para la atención a pacientes:

- a) Proteger la individualidad del paciente
- b) Proteger al paciente de causas externas que puedan producir enfermedad
- c) Colaborar en la rehabilitación del paciente y a su incorporación a la comunidad, aplicando medidas de autocuidado.

METODOLOGÍA

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

La paciente fue seleccionada dentro del servicio de Rehabilitación Pediátrica, durante el periodo del 21 al 31 de octubre de 2002.

Se trata de la niña ANVH, femenina de 2 años 9 meses de edad, la cual es llevada en brazos de su madre en compañía de su tío. El motivo de la consulta es que observan retraso en el desarrollo normal de la niña. La madre refiere que la niña tiene dificultades para deglutir (no mastica alimentos sólidos); razón por la cual su alimentación es a base de alimentos licuados. No realiza marcha independiente. Como antecedentes, la madre nos refiere lo siguiente: producto de embarazo prolongado; el nacimiento fue por vía de cesárea por aspiración de meconio. Curso con probable enterocolitis necrosante. Presento displasia de cadera que fue corregida con tratamiento ortopédico. Refiere haber recibido terapias de estimulación múltiple en el IMSS, y sus logros son recientes, pero no tiene desarrollo del lenguaje. A la exploración física: es evidente el estrabismo en el ojo derecho. Se observan movimientos libres y espontáneos con tendencia a la flexión de miembros superiores. Los arcos de movilidad pasiva se encuentran completos para las cuatro extremidades. En cuanto al examen manual muscular se identifico hipotonía e hiporeflexia en las cuatro extremidades. Están presentes los reflejos patológicos palmomentoniano izquierdo y Landau. En la valoración de pares craneales se detecto alteración de los pares II, IV y X. En cuanto al desarrollo psicomotriz se observa control de cuello y tronco; logra sedestación con apoyo; sigue objetos con la mirada.

Considero que el caso es trascendente porque permite a la enfermera especialista en rehabilitación ampliar su campo de acción, al implementar acciones para favorecer el desarrollo psicomotriz en los niños.

Es Factible, porque la niña se encuentra en una etapa en la cual se pueden dar avances en su desarrollo. En cuanto a tiempo, se cuenta con aproximadamente seis meses, los cuales son suficientes para valorar la evolución de la niña.

Por otro lado se cuenta con la disposición de la madre para desempeñar su papel como agente de cuidado dependiente.

En cuanto a su magnitud, representa un antecedente para futuros estudios caso similares; es decir en el cual una Enfermera Especialista en Rehabilitación elabore un plan de cuidados para una paciente pediátrica, según el modelo de Orem y con un agente de cuidado dependiente.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO

El desarrollo normal de un niño implica una serie de etapas de maduración que se suceden hasta que este alcanza una autonomía e independencia totales. Así el recién nacido se va transformando en un bebé que se gira, se sienta, gatea y finalmente camina. Es importante mencionar que cada niño tiene su propio ritmo para avanzar en cada etapa, pero que existen datos que darán la pauta para identificar si el desarrollo es el óptimo.

A continuación se resume el desarrollo normal de un niño de 3 a 24 meses.

3 meses

En posición ventral levanta la cabeza de 45° a 90°, manteniéndolo sentado la cabeza está erguida y la nuca es sólida, pero la región lumbar está débil.

Se mira constantemente las manos. Realiza prensión de las manos al contacto. Apoya el talón sobre la cama.

Gira completamente la cabeza para seguir objetos, aunque todavía no los toma.

4 meses

En posición ventral eleva la parte anterior del tronco apoyándose en los codos. Levanta la cabeza 90°.

En posición dorsal apoya la pelvis y los pies sobre la cama. Intenta poner un pie sobre la rodilla.

Realiza movimientos de flexión y extensión de todo el cuerpo.

Su visión es casi como la del adulto. Intenta tomar objetos.

5 meses

Llevándolo a la posición de sentado el bebé participa activamente. En posición ventral apoya firmemente los codos y levanta el tronco.

En posición dorsal hace movimientos de pedaleo.

Aparece la prensión voluntaria. Es una prensión palmar, global y todavía imprecisa.

Se lleva todo lo que agarra a la boca.

6 meses

En posición ventral, el niño se eleva sobre sus manos.

En posición dorsal el niño separa la cabeza y los hombros de la cama, también gusta de jugar con sus pies.

Manteniéndolo de pie, salta, se agacha sobre sus piernas.

Domina la prensión global voluntaria.

7 meses

Sentado sin sostén, tiende las manos, hacia delante para no caer.

Sentado con apoyo, su tronco es más flexible, puede inclinarse para coger un objeto.

Es capaz de tomar el pie y llevarlo a la boca en posición dorsal.

El niño puede pasar rodando de la posición dorsal a la ventral.

Puede separar una mano del suelo para recoger un cubo.

Aparece la prensión en pinza inferior, toma objetos entre el pulgar y el meñique.

8 meses

Se mantiene sentado solo en posición dorsal puede sentarse.

En posición ventral puede elevar su cuerpo sosteniéndolo con las manos y las puntas de los pies.

El dedo índice empieza a participar en la prensión.

Juega a tirar objetos.

9 meses.

Empieza a gatear al principio va hacia atrás.

Se pone en pie sosteniéndose de los muebles

Aparece prensión en pinza superior, es decir toma objetos entre la base del pulgar y el índice.

Comienza a dar objetos.

10 meses

Perfecciona el gateo.

Bebe solo de un vaso.

La prensión en pinza superior es mas fina.

El niño sabe que son el continente y el contenido.

11 meses

Realiza "marcha de oso", es decir gatea sobre las manos y los pies.

Es capaz de caminar solo apoyándose en los muebles.

Puede lanzar objetos.

Gusta de meter y sacar objetos de un recipiente.

12 meses

Camina apoyado de una mano.

Cuando esta de pie puede agacharse para recoger un objeto.

Realiza encajamientos después de la demostración de un adulto puede poner un circulo en el orificio correspondiente.

15 meses

Camina solo.

Sube la escalera gateando.

Perfecciona la pinza fina.

Le gusta tirar, lanzar y empujar.

Sabe hacer una torre de dos cubos.

Sostiene una cuchara pero se la pone al revés en la boca.

Comienza a hojear las paginas de un libro.

18 meses.

Sube y baja escaleras si se le apoya de una mano.

Puede tirar de un objeto mientras camina.

Corre con los brazos y las piernas separadas.

Sabe hacer torres de tres cubos.

Puede chutar un balón sin caer.

24 meses

Sube y baja solo las escaleras.

Salta con los dos pies.

Comienza a trepar.

Sabe lavarse y secarse la cara solo.

Realiza algunos dibujos "garabatos"

Come solo sin ensuciarse.

36 meses

El niño salta sobre un pie, su equilibrio es bueno.

Sabe andar en triciclo.

Puede ponerse los zapatos y vestirse solo, excepto atarse las agujetas.

Tiene control de esfínteres.

A adquirido el dominio del lenguaje.

Puede hacer una torre de 8 a 9 cubos

Sabe encajar todos los elementos geométricos en el tablero.

Sabe contar hasta 6 u 8.

Conoce objetos usuales, como partes de su cuerpo, imágenes, y algunos colores.

REFLEJOS

Un reflejo da una respuesta estereotipada a un estímulo. A continuación se presentan una tabla con la evaluación de los reflejos.

Reflejo	Normal hasta	Estímulo	Respuesta
Succión	3 meses	Introducir un dedo en la boca	Acción de succión de labios y mandíbula
Hociqueo	3 meses	Tocar la mejilla del bebe	La cabeza gira hacia el estímulo
Puntos cardinales	2 meses	1 Tocar la comisura de los labios	El labio inferior desciende del mismo lado y la lengua se mueve hacia el estímulo.
		2 Se estimula el centro del labio superior	El labio se eleva, la lengua se dirige hacia el estímulo.
		3 Golpeteo en el centro del labio superior	El labio desciende y la lengua se dirige hacia el estímulo.
Asir	3 meses	Presionar el dedo u otro objeto en el borde unlar de la palma de la mano.	Los dedos se flexionan y toman el objeto.
Moro	0 - 6 meses	El bebe se halla en decúbito supino con la cabeza apoyada sobre la mesa. Tira la cabeza hacia atrás al escuchar un ruido fuerte.	Abducción y extensión de los miembros superiores. Las manos se abren. Sigue la aducción de los miembros superiores como si dieran un abrazo.
Landau	3 meses a 2 años y medio	Se mantiene el niño en suspensión en decúbito prono, levanta la cabeza.	Extensión de la cabeza, la columna vertebral y los miembros inferiores. Extensión de los miembros superiores a la altura de los hombros.

MECANISMO DE LA DEGLUCIÓN EN EL NIÑO

El proceso de la deglución se divide en tres etapas: 1) etapa voluntaria, que es la que inicia el proceso de deglución, 2) etapa faríngea, que es involuntaria y se refiere al paso del alimento a través de la faringe hacia el esófago y 3) etapa esofágica, que es también involuntaria y que promueve el paso del alimento de la faringe al estomago.

Fase voluntaria o bucal. Intervienen los músculos de los labios, la lengua, el piso de la boca, mejillas y del velo paladar anterior y posterior.

Fase faríngea. Participan músculos de la faringe, del velo paladar y músculos intrínsecos y extrínsecos de la laringe, para la orientación del bolo alimenticio hacia el esófago.

Los nervios que participan en la deglución son: el trigémino (V), facial (VII), el glossofaríngeo y neumogástrico (X), el hipogloso (XII) y el sistema simpático.

FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN.

Deglución de sólidos.

Fase bucal. Comienza por la prensión de los alimentos por los labios, los cuales por un movimiento de delante hacia atrás, llevan los alimentos a la cavidad bucal. Los dientes permiten fraccionar el alimento en pequeñas porciones. Una vez en la cavidad bucal, los alimentos son masticados por los músculos del masetero; son amasados por la acción de la lengua y mezclados con saliva.

El bolo alimenticio así constituido es llevado a la base de la lengua y la parte anterior del velo paladar.

En este momento, los músculos elevadores del maxilar inferior lo mantienen contra el maxilar superior. Al mismo tiempo, los músculos de la lengua se apoyan en los músculos del piso de la boca y empujan el bolo alimenticio de arriba hacia abajo y de delante hacia atrás.

Fase faríngea. Constituye el momento más importante de la deglución, por que corresponde al pasaje del alimento a las vías digestivas, evitando las respiratorias. Se requiere de una coordinación para evitar el reflujo de los alimentos hacia las vías respiratorias superiores y para evitar una falsa ruta hacia las vías aéreas inferiores.

Una vez pasada la epiglotis, el constrictor superior de la faringe expulsa el bolo alimenticio hacia la porción inferior de la faringe, y la base de la lengua impide todo reflujo hacia la cavidad bucal.

El velo del paladar se contrae e impide el reflujo hacia las cavidades nasales.

Al mismo tiempo la hipofaringe y la laringe presentan un movimiento de ascenso que permite su ubicación en su sitio de la faringe bajo la base de la lengua y la apertura del conducto del seno piriforme.

Una vez producido el ascenso de la laringe, las cuerdas vocales se unen o impiden la introducción de cualquier alimento a las vías aéreas inferiores.

En caso de existir una falsa ruta, el reflejo de la tos permite rechazar las partículas que siguen un camino incorrecto.

CONTROL NERVIOSO DE LA DEGLUCIÓN

La deglución es un acto reflejo al mismo tiempo que un acto voluntario.

Las etapas sucesivas de la deglución se controlan automáticamente en una secuencia ordenada mediante áreas neuronales del tallo encefálico que se distribuyen en la sustancia reticular del bulbo y porción baja del puente. La secuencia del reflejo faríngeo es la misma de un trago al siguiente y el ritmo de todo un ciclo permanece constante de una deglución a la siguiente. Las áreas del bulbo y puente inferior que controlan la deglución reciben el nombre de centro de la deglución.

La etapa faríngea de la deglución es un acto reflejo. Casi nunca se inicia por estímulos directos sobre el centro de la deglución; más bien la inician los movimientos voluntarios que arrastran el alimento hacia la parte posterior de la boca, lo que a su vez despierta el reflejo de deglución.

La duración de la etapa faríngea es de aproximadamente 1 a 2 segundos, durante los cuales el ciclo respiratorio se interrumpe. En especial el centro de la deglución inhibe el centro respiratorio del bulbo durante este tiempo en cualquier punto de su ciclo para permitir la deglución. Aun si una persona está hablando, mientras deglute interrumpe la respiración por un tiempo tan corto que resulta casi imperceptible.

DIFICULTADES FUNCIONALES DE LA ALIMENTACIÓN

Las más frecuentes son:

- 1.- Dificultades de succión.
- 2.- Dificultades para coger los alimentos.
- 3.- Dificultades para retener los alimentos y la saliva.
- 4.- Dificultades de masticación y de mezclar los alimentos.
- 5.- Dificultades para el desplazamiento dentro de la boca del bolo alimenticio.
- 6.- Dificultades para tragar líquidos.
- 7.- Dificultades de deglución.

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

CONCEPTO

Parálisis: del latín parálisis a su vez este vocablo proviene del griego: paralyen, que significa disolver, desligar, relajar, aflojar.

Grupo de condiciones caracterizadas por la disfunción motora a causa de un daño cerebral no progresivo ocurrido en una fase temprana de la vida.

Es una lesión irreversible, no progresiva del sistema nervioso central en un cerebro inmaduro, originada durante las etapas prenatal, natal o postnatal (edad temprana) que trae como consecuencia trastornos motrices (movimiento, postura), apraxia, problemas del lenguaje y del habla (disartria, afasia), convulsiones, deterioro de las funciones intelectuales y problemas de aprendizaje, defectos sensoriales (auditivos y visuales), problemas emocionales, conductuales y de personalidad.

CLASIFICACIÓN

Existen distintas clasificaciones según severidad, según tono muscular, según trastorno del movimiento, topográfica.

Topográfica:

Cuadriplejía: Afecta a las cuatro extremidades.

Diplejía: Afecta a las cuatro extremidades, afectándose mas los miembros inferiores que los superiores.

Paraplejía: Se limita a los miembros inferiores.

Triplejía: Se refiere a la afección de tres extremidades (por lo general ambas piernas y un brazo).

Hemiplejía: Se presenta solo en el lado derecho o izquierdo del cuerpo.

Monoplejía: Afecta solo una extremidad (generalmente el brazo).

Según tono muscular:

Espástica: incremento patológico de la tensión muscular.

Hipotónica: disminución del tono muscular.

Distonía: Alterna la espasticidad con la hipotonía.

ETIOLOGÍA

La Parálisis cerebral Infantil (PCI) se debe a múltiples causas:

Causas Prenatales

- Infecciones maternas, factores hereditarios, anoxia prenatal, hemorragia cerebral, incompatibilidad de grupo y Rh, trastornos metabólicos, hemorragias en el primer trimestre del embarazo, embarazos múltiples, prematuridad, embarazo prolongado, toxemia gravídica, edad materna.

Causas Perinatales

- Anoxia, traumatismos y hemorragias, prematuridad, parto prologado, aspiración de meconio.

Causas Postnatales

- Traumatismos craneales, accidentes vasculares, anoxia, infecciones, intoxicaciones. Además de prácticas culturales de los padres, nivel socioeconómico, salud y aptitudes de los padres.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE NIÑO CON PCI

Retraso motor, presencia de reflejos primitivos, defectos posturales y/o deformidad física, crisis convulsivas, problemas visuales, problemas auditivos, problemas sensoriales, alteraciones de la alimentación, el lenguaje, movimiento, desarrollo social, la conducta, las emociones, la inteligencia y la percepción.

Problemas de alimentación

Dificultad para la masticación, succión, deglución y respiración; dificultad para ingerir sólidos, semilíquidos y líquidos. Debido a alteraciones en los pares craneales V, XI y XII.

Alteraciones del tono muscular: hipotonía

Los músculos se encuentran blandos, débiles sin consistencia; pueden observarse reflejos débiles de estiramiento y aumento de los reflejos profundos, pero no movimientos involuntarios.

Trastornos del lenguaje

Se deben a la afección de la musculatura de la laringe, tórax, diafragma, abdomen; problemas auditivos, lesión cortical, disfunciones musculares de la lengua, anomalías de los dientes y el paladar.

TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL PACIENTE CON PCI

Lo ideal es implementar un tratamiento integral; enfocándolo hacia el paciente y su familia.

Las diferentes etapas del desarrollo son las que dan la pauta para establecer el tratamiento. Por lo que se describen a continuación:

Fases de Desarrollo en la PCI

1era. Inorganizada o de actividad refleja. Predominio y persistencia del reflejo tónico de cuello, no controla cuello ni tronco, dificultad para alcanzar objetos.

- El tratamiento se enfoca a la estimulación de los movimientos de las extremidades superiores y la eliminación de los reflejos persistentes.

2da. Incoordinada. Dificultad para sentarse y la aprensión es escasa. Emite balbuceos con reflejos incondicionados de la lengua. Aparece un reconocimiento de la madre.

- Se aplican ejercicios asistidos para mejorar los movimientos y la sedestación.

3era. Coordinación pobre. Domina la posición sedente pero no se logra bipedestación. Logra tomar y sostener objetos con la mano.

- Se realizan ejercicios para todo el cuerpo y para lograr el equilibrio.

4ta. Semicordinada. Se puede lograr marcha con apoyo. Manipulación de objetos. Capacidad para morder y masticar y empleo de palabras.

- Se estimulan diferentes clases de marchas con asistencia o ayuda ortopédica y se realizan ejercicios para el desarrollo de todos los grupos musculares.

5ta. Control corporal. Marcha independiente. Dominio de las actividades con las manos, control de la alimentación y el lenguaje voluntario.

- Ejercicios de marcha independiente en diferentes estilos y superficies. Se busca el dominio de las actividades de vestido, calzado e higiene.

6ta. Inicio de la destreza. Fase tardía del desarrollo,

- Se pretende adaptar los apoyos necesarios para lograr el traslado a través de sillas de ruedas, muletas, bastones.

7ta. Maduración de la destreza. Última etapa del desarrollo. Implica llegar a un grado de "normalidad", es difícil de alcanzarlo.

- Se busca la independencia total del paciente.

Cabe mencionar que, existen varias técnicas de tratamiento que se pueden utilizar en las diferentes etapas de desarrollo.

PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

I VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Procedimientos e Instrumentos para la valoración.

La valoración se realizó mediante técnicas de entrevista, y exploración física a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Se diseñó un instrumento para la Historia Clínica de Enfermería, formado por dos grandes apartados,

1.- Valoración Clínica del Déficit de Autocuidado, se elaboró con reactivos para respuestas abiertas, dirigidas y cerradas; abarcando lo siguiente:

- a) Ficha de identificación
- b) Factores de condicionamiento básico
- c) Características familiares
- d) Requisitos de Autocuidado Universales
- e) Requisitos de Autocuidado de Desarrollo
- f) Requisitos de Desviación a la Salud

2.- Guía para la exploración física Pediátrica que incluye:

- a) Somatometría
- b) Exploración física cefalocaudal por aparatos y sistemas
- c) Examen manual muscular
- d) Exploración Neurológica
- e) Identificación de reflejos normales y patológicos
- f) Guía del desarrollo psicomotriz

Basándose en la información recabada con el instrumento anterior se encontró lo siguiente.

Valoración General de Enfermería

Factores de Condicionamiento Básico

Se trata de Alma Nayeli, una niña lactante mayor, de 2 años 10 meses de edad. Su familia de Nayeli está formada solo por su madre y su Tío. La señora Margarita (madre de Nayeli) decidió ser madre soltera. Y el señor Felipe (su tío) es divorciado. Ambos decidieron constituir una familia. En este caso el agente de cuidado dependiente de la niña es su mamá. La dinámica familiar no es del todo funcional, pues se identifican problemas de comunicación e interacción social.

La estabilidad de la familia a futuro se puede ver afectada, cuando alguno de los dos quiera formar una familia propia. Aún cuando el agente de cuidado dependiente de Nayeli no desea una pareja, no podemos asegurar que sea algo definitivo.

Por otro lado, en el aspecto económico, el agente de cuidado dependiente depende de su hermano, ella no tiene un ingreso fijo y esto provoca un factor de estrés en ella, y se ve obligada a aceptar las condiciones que establezca su hermano para poder convivir juntos.

Por otro lado, en el aspecto económico, el agente de cuidado dependiente depende de su hermano, ella no tiene un ingreso fijo y esto provoca un factor de estrés en ella, y se ve obligada a aceptar las condiciones que establezca su hermano para poder convivir juntos.

Su domicilio se ubica en el estado de México, en una área urbana. La casa que habitan es prestada, pero no reúne las características apropiadas para el agente de autocuidado, pues aunque cuenta con todos los servicios, la habitación que ella ocupa presenta deficiencias de: iluminación, ventilación y temperatura; pues solo cuenta con un foco por habitación, una ventana y es fría. Lo recomendable para ella sería una habitación bien iluminada con luz natural y artificial y con una temperatura templada. Además, utilizar un decorado en las paredes que ayude a la estimulación de la niña.

Requisitos de Autocuidado Universales

Se encuentra alterado el *mantenimiento de un aporte suficiente de agua*, pues solo ingiere 4 onzas aproximadamente. La ingesta normal de agua en una niña de su edad es de aproximadamente 300ml, aparte del líquido ingerido en forma de los alimentos.

Se identifica un importante déficit en el *mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos*, ya que no puede deglutir sólidos, lo cual ha condicionado un inadecuado funcionamiento de los músculos de la deglución, así como ingesta pobre en calidad y cantidad de alimentos.

En cuanto al almuerzo, se observa una carencia de nutrientes: carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, ya que el "dannonino" que toma no reúne los requerimientos para una niña de su edad. No ingiere cereales.

En la comida, la cantidad es insuficiente, contiene: un muslo de pollo, una papa mediana, un cuarto de chayote y una zanahoria, licuado con el caldo del pollo, dando aproximadamente un total de 150 ml, el agente de cuidado dependiente da como referencia el contenido de un gerber. El aporte de vegetales es insuficiente y falta que integre más frutas a la dieta del agente de autocuidado.

Las variantes con carne de res son preparadas de manera similar. Aproximadamente 100 ml de caldo de frijoles con una yema de huevo cocida. Los caldos de lenteja y haba en cantidades similares.

El agente de cuidado dependiente necesita asesoría a cerca de cómo balancear y preparar los alimentos del agente de autocuidado, para proporcionar variedad y utilizar alimentos naturales (existe abuso de alimentos con conservadores).

En cuanto a la *provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos*, aquí se encuentran las consecuencias de la dieta pobre en fibra y la ingesta mínima de agua, ya que el agente de autocuidado presenta estreñimiento y orina concentrada. Lo cual también puede condicionar una infección de vías urinarias.

Para el *mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo*, es necesario sugerir actividades que favorezcan el desarrollo del agente de autocuidado; las actividades que realiza no contribuyen a su estimulación, ni a la interacción con el agente de cuidado

dependiente. El agente de autocuidado utiliza férulas para el tobillo lo cual le proporciona estabilidad y facilita que ella se impulse cuando esta en la andadera.

El agente de cuidado dependiente describe que mientras ella realiza labores domésticas, deja al agente de autocuidado sola, hasta que se duerme o comienza a llorar. La limitación en el lenguaje del agente de autocuidado la pone en desventaja para lograr *el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social*. Ya que este solo "convive" con el agente de cuidado dependiente. Por otro lado, el agente de cuidado dependiente no se relaciona con grupos de interés común. Es importante mencionar, que el agente de cuidado dependiente refiere que no desea tener una pareja. El hecho de que el agente de cuidado dependiente no quiera relacionarse afecta al agente de autocuidado por que es lo que va a aprender y esto limita su desarrollo normal.

Otro requisito que se ve afectado es el de la *prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y bienestar humano*, ya que por los periodos que permanece sola esta expuesta a sufrir un accidente. No controla la bipedestación y si se encuentra en la andadera puede caerse. Las características de la habitación no facilitan su desarrollo.

El requisito de *promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal*, Se encuentra alterado, no cuenta con un seguro medico y esta a expensas de los recursos económicos que le proporcione su hermano para continuar con el tratamiento del agente de autocuidado.

El agente de cuidado dependiente no realiza autoexploración y esto es importante porque se necesita que se mantenga en buena salud y realice las actividades al agente de autocuidado.

Carece de información precisa a cerca del padecimiento del agente de autocuidado, lo que hace que visualice falsas expectativas de "curación".

Se observa la salud mental del agente de cuidado dependiente alterada, se encuentra en un proceso de duelo, y se reprocha porque le toco a ella una hija enferma. Le preocupa demasiado que el agente de autocuidado logre un grado mayor de independencia.

Requisitos de Autocuidado de Desarrollo

Como ya se menciona, su edad cronológica es de 2 años 10 meses, pero su edad neurológica es de aproximadamente 10 meses. Se encuentra en una etapa de desarrollo en la cual no logra ser independiente, por lo que todos los cuidados que requiera serán proporcionados a través del agente de cuidado dependiente, en este caso su mamá. La *parálisis cerebral que presenta limita su desarrollo normal*.

Requisitos de desviación de la salud

El padecimiento del agente de autocuidado es consecuencia de varios factores:

Perinatales: su mamá fue primigesta añosa; planeo su embarazo pero no sabe los antecedentes heredo familiares del papá de Nayeli; no tuvo un control adecuado de su embarazo; no se previnieron complicaciones del embarazo y parto.

En el periodo postnatal: intervino la hipoxia (cianosis referida por el agente de cuidado dependiente) generada por las aspiración de meconio y consecuentemente la sepsis (referidas en informe médico). Provocando finalmente parálisis cerebral infantil.

El agente de cuidado dependiente ha recurrido a Instituciones como APAC y DIF para la atención del agente de autocuidado.

El agente de autocuidado ha sido intervenida quirúrgicamente (febrero 2002) para corrección de estrabismo bilateral, en el Hospital para prevenir la ceguera en México.

Exploración Física

A la exploración física, se encuentran signos vitales dentro de parámetros normales, no así el peso (11.100 Kg.), la talla (85 cm) y el perímetro cefálico (44 cm) que se encuentran por debajo de parámetros normales para su edad, son compatibles con un niño de entre 18 y 24 meses. Se esperaría en el agente de autocuidado: peso de entre 12.3 y 15.6 Kg.; de talla 91 a 96 cm y de perímetro cefálico 46.4 a 47.8.

Se observa una postura en movimientos libres, espontáneos, con tendencia a la flexión de miembros inferiores cuando se encuentra en decúbito supino, compatible con niño de 10 meses.

El estado de la piel en general es bueno, no se identifican laceraciones, heridas, excoりaciones.

La cabeza con fontanelas cerradas, con microcefalia, sin abultamientos ni masas palpables. Cabello con implantación normal.

Pabellones auriculares de forma normal con implantación ligeramente baja.

Ojos situados simétricamente, con estrabismo leve del ojo derecho, implantación de cejas y pestañas normales.

La nariz se observa de forma normal, narinas permeables.

En la boca se observan labios sin deformaciones, paladar ligeramente alto, dientes completos para su edad, encías sin datos de inflamación. Abre la boca de manera voluntaria y no se observa salivación excesiva lo que indica que si deglute sin necesidad de que se le incline hacia atrás. Tiene fuerza en la mandíbula, ya que al colocar abatelenguas lo presiona con los labios y parte de los dientes, esto es importante porque es el primer requisito para iniciar el proceso de deglución.

En el área del lenguaje no se identifica que pronuncie silabas. Esto es compatible con niño de 4 meses.

Su cuello esta central, simétrico, sin masas palpables. Con movimientos completos.

No se identifican alteraciones en el aparato cardiorrespiratorio, se auscultan corazón y pulmones sin problema. Lo que probablemente indica que al deglutir la saliva o los alimentos no se van a vías respiratorias.

En el aparato gastrointestinal, se palpa abdomen blando, con ligera disminución de los ruidos peristálticos, se esperaba que estos estuvieran mas fuertes, puesto que la niña no ha comido (son 13:45) y ella según el agente de cuidado dependiente lo hace entre 14 y 15 horas. Esto probablemente se deba a que su motilidad intestinal es débil o la referencia del agente de cuidado dependiente es errónea. El agente de autocuidado no da señales de tener apetito.

En la exploración del sistema musculoesquelético, se observa control de cuello y tronco, en sedestación y bipedestación (esta segunda con apoyo) lo cual es compatible con niño de 9 a 10 meses.

Los miembros superiores, se encuentran simétricos, con movimientos libres, arcos de movilidad pasiva completos, tono ligeramente disminuido (2), reflejos: bicipital, tricipital y supinador largo con hiporeflexia. Fuerza muscular en 3, pues realiza movimientos en contra de la gravedad. Se identifica reflejo palmomentoniano izquierdo. Las anomalías encontradas son comunes en niños con lesiones de la vía motora.

En los miembros inferiores, se detecta un acortamiento clínico de 8 mm en el miembro pélvico izquierdo (39 cm) en relación del derecho (39.8 cm). Con arcos de movilidad pasiva completos. El agente de cuidado dependiente refiere que utiliza férulas de tobillo, pero ese día no se las colocó.

Se observan movimientos libres y voluntarios, pero con disminución del tono e hiporeflexia, que se relaciona con afección de la vía motora.

Se realiza maniobra de Ortolani, la cual no revela aparentes alteraciones de la cadera. En la exploración de los pares craneales solo se encontró alteraciones en: III, IV y VI porque los campos visuales no son completos para el ojo derecho, esto secundario al problema de estrabismo ya comentado. Además, en el XII par se encuentran deficientes los movimientos de la lengua, lo que interviene directamente en el proceso deficiente de deglución que presenta el agente de autocuidado. Es importante mencionar que distingue olores, sabores, temperatura y consistencia de los alimentos, factores fundamentales para que se lleve a cabo el proceso de deglución.

En cuanto a la exploración de los reflejos, se encontraron algunos que ya debían haber desaparecido para la edad cronológica del agente de autocuidado: retracción flexora (que desaparece a los 2 meses de edad), el Landau que debe desaparecer a los 2 años y medio.

Pero también, presenta reflejos normales: tónico simétrico y asimétrico de cuello, tónico laberíntico en decúbito supino, de enderezamiento óptico, de defensa, posición cuadrúpeda.

En general hablamos de que el agente de autocuidado presenta un retraso en la maduración de algunos reflejos, sobre todo aquellos que se refieren al desarrollo a nivel cortical. Que se refieren a las reacciones bípedales y de equilibrio, por lo que se explica que no camine aun.

Los hallazgos del desarrollo motor refuerzan la explicación del retraso en la maduración de los reflejos, pues logra control de cuello y tronco, permitiendo la sedestación, pero estos logros son recientes y son posturas que ella debiera tener desde hace 2 años. En cuanto a la posición para gateo que se presenta a los 8 meses, el agente de autocuidado logra la posición en cuatro puntos, pero no avanza. La bipedestación la logra con apoyo (férulas de tobillo) sosteniéndose de las manos, pero deficiente. Por lo anterior se establece, una edad cronológica de aproximadamente 10 meses.

II. PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Corresponde a la segunda etapa del Proceso Enfermero. En dicha etapa, se expone la forma en que se elaboraron los diagnósticos.

Taxonomía empleada

Los diagnósticos se elaboraron a partir de la información obtenida en la valoración de Enfermería. Se identificaron las áreas en las que el agente de autocuidado presenta déficit. En este caso en particular, también se abordan los déficit del agente de cuidado dependiente.

Para elaborar los diagnósticos de Enfermería se identificaron los problemas del paciente y obedecieron a una respuesta humana. Posteriormente se estableció la causa de dicho problema y finalmente se enunciaron las manifestaciones que evidencian la respuesta humana. Formato PESS.

Cabe mencionar que, debido a que el estudio de caso se refiere a una menor, fue necesario elaborar diagnósticos para el agente de autocuidado y para el agente de cuidado dependiente.

Diagnósticos de Enfermería

Agente de Autocuidado

1.- Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, (alteración en la función de la cavidad oral) relacionado con falta de estimulación bucal, manifestado por la dificultad para masticar y deglutir alimentos sólidos, limitación en los movimientos laterales y ascendentes de la lengua y ausencia del lenguaje hablado.

2.- Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal, (retraso neurológico de acuerdo a su edad cronológica), relacionado con falta de estimulación visual, táctil, motriz, manifestado por ausencia del lenguaje y la bipedestación, alteraciones somatométricas, presencia de reflejo palmomentoniano izquierdo, e hiporeflexia en extremidades.

3.- Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos (estreñimiento) relacionado con insuficiente ingesta de agua (4 onzas), y de alimentos ricos en fibra, manifestado por heces deshidratadas y duras, y presencia ocasional de sangre en las heces.

4.- Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, (ingesta de una dieta insuficiente en cantidad), relacionado con desconocimiento del Agente de Cuidado Dependiente a cerca de una dieta balanceada, manifestado por ingesta a base de alimentos de consistencia semilíquida (dannonino en el almuerzo, aprox. 150 ml de papilla con poca variedad; y solo 4 onzas de agua al día).

Agente de Cuidado Dependiente

1.- Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (inestabilidad emocional) relacionado con etapa de negación del proceso de duelo, manifestado por la presencia de llanto y preguntarse ¿por qué a ella le toco una niña enferma?.

2.- Déficit en el requisito de autocuidado del desarrollo (falta de acciones que favorezcan el desarrollo del agente de autocuidado) relacionado con falta de conocimientos acerca del padecimiento, manifestado por la falta de actividades lúdicas, permanencia prolongada en cuna, habitación con carencias en iluminación, ventilación y en estímulos visuales

III. PROCESO DE PLANEACIÓN

Elaborados los diagnósticos, se procedió a realizar el Plan de Intervenciones de Enfermería. En el cual se exponen los diagnósticos, objetivos, intervenciones, razonamiento científico, así como, la agencia y el sistema requerido en cada intervención.

Dentro de esta fase de planeación, se incluye el Cronograma de visitas domiciliarias, donde se encuentran calendarizadas las actividades que se realizaron.

PLAN DE INTERVENCIONES DEL AGENTE DE AUTOCUIDADO

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	AGENCIA	SISTEMA
<p>1.- Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, (alteración en la función de la cavidad oral) relacionado con falta de estimulación bucal, manifestado por la dificultad para masticar y deglutir alimentos sólidos, imitación en los movimientos laterales y ascendentes de la lengua y ausencia del lenguaje hablado.</p>	<p>- Mejorar la función de la cavidad oral a través de un programa específico de manejo de la cavidad oral.</p>	<p>1.- Implementar un Programa para el manejo de la cavidad oral. Enseñanza al agente de cuidado dependiente sobre:</p> <p>a) Trabajo Intrabucal. Consiste en dar masaje con las yemas de los dedos en forma circular de afuera hacia adentro en mejillas, labios y barba.</p> <p>Dar pequeños golpecitos con el dedo índice en las mismas zonas y en la misma dirección.</p> <p>Aplicar golpecitos por debajo de la mandíbula favorece la deglución.</p> <p>Deslizar la mano sobre el cuello de arriba hacia abajo.</p> <p>Dar vibración rápida a las mejillas de arriba hacia abajo</p>	<p>Estos ejercicios mejoran el tono y la sensibilidad de los órganos de la neuromotricidad de la alimentación y la fonación.</p> <p>Los alimentos en la cavidad bucal son masticados por acción del maxilar inferior.</p>	<p>Cuidado dependiente</p>	<p>Apoyo educativo</p>

		<p>por dentro y por fuera.</p> <p>Proporcionar masaje a las encías de afuera hacia adentro de forma circular.</p> <p>Esta rutina se realiza diario 2 a 3 minutos para cada actividad, antes de cada comida.</p> <p>b) Control de la mandíbula para mejorar el reflejo de succión y deglución. Consiste en colocar a la niña sentada, el agente de cuidado dependiente coloca su mano a nivel de la mandíbula, posicionando con su dedo pulgar sobre la articulación temporomandibular, el dedo índice entre la barba y el labio inferior y el dedo medio detrás de la barba, aplicando una presión firme y constante.</p> <p>Se realiza previo al ofrecimiento de los alimentos con cuchara y al momento de tener el alimento dentro de la boca.</p>	<p>Los alimentos en la cavidad bucal son masticados por acción del maxilar inferior.</p> <p>Este tipo de posicionamiento evita que la comida sea empujada por la lengua hacia fuera e induce la deglución.</p>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>c) Ejercicios para mejorar los movimientos laterales y ascendentes de la lengua. Por medio de la colocación de mermelada o miel en el labio superior e inferior así como en las comisuras de los labios. Realizar entre comidas, por lo menos dos veces al día durante 10 minutos.</p> <p>d) Técnica para inducir a la masticación, a través de alimentos de diferente consistencia, por ejemplo: Cereal, pequeño, redondo, de diferentes colores y con sabor a frutas (frutt lupps). Ofrecerlo sin leche, en numero de 2 a 3 rosquillas, dejar que lo manipule dentro de su boca y degluta. Golosinas dulce de consistencia semidura, existe en el mercado una llamada "skuincles". Se ofrece a la niña, por su forma alargada permite que lo tome con la mano, lo muerda y traccione estimulando la masticación.</p>	<p>El buen funcionamiento de los músculos linguales permite manipular los alimentos dentro de la cavidad bucal y favorece la deglución al empujar el bolo alimenticio hacia atrás.</p> <p>La consistencia y el tamaño de este cereal favorece la manipulación de los alimentos dentro de la cavidad bucal e induce la deglución.</p> <p>La consistencia de esta golosina fortalece la mordida e induce a la masticación.</p>		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>e) Realización de una técnica especial de alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar los alimentos en una posición sedente. - Ofrecer los alimentos con cuchara pequeña, plana y redondeada. - Introducir la cuchara de frente a la boca, presionando la lengua y no el paladar. - Una vez retirada la cuchara mantener ocluidos los maxilares y labios, apoyándose de la técnica para el control de la mandíbula. 	<p>Estas sugerencias favorecen la deglución, a través de la estimulación y evitan el riesgo de broncoaspiración.</p>		
Apéndice 1					

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	AGENCIA	SISTEMA
2.- Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal, (retraso neurológico de acuerdo a su edad cronológica), relacionado con falta de estimulación visual, táctil, motriz, manifestado por ausencia del lenguaje y la bipedestación, alteraciones somatométricas, presencia de reflejo	- Implementar acciones para favorecer el desarrollo psicomotriz, mediante la aplicación de un programa de estimulación múltiple.	<p>Aplicar un Programa de estimulación múltiple, que incluye:</p> <p>1.- Técnicas para movilización de las cuatro extremidades y aumento de tono muscular de las mismas. Aplicarlas mínimo dos veces al día.</p> <p>a) Mover las extremidades en todos sus arcos de movimiento 10 veces cada una.</p> <p>b) Realizar la técnica de golpeteo para aumento de tono, con ayuda de una pelota pequeña, dar golpecitos en forma rápida en las cuatro extremidades, en diferentes posiciones: decúbito supino, decúbito</p>	<p>La estimulación temprana es un conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita para desarrollar al máximo su potencial psicomotor.</p> <p>La movilización permite conservar los arcos de movimiento y evitar deformaciones.</p> <p>El golpeteo es un estímulo sensorial que aumenta el tono y con ello se mantiene la postura deseada.</p>	Cuidado dependiente	Apoyo educativo

<p>palmomentoniano izquierdo, e hiporeflexia en extremidades.</p>		<p>prono, decúbito lateral y en dirección de abajo hacia arriba. Aproximadamente un minuto por cada posición.</p> <p>c) El manejo de texturas para el aumento de tono, se realiza comenzando con la textura mas suave a la mas áspera y con movimientos de abajo hacia arriba. Se trabajan mínimo siete texturas diferentes, aproximadamente un minuto cada una.</p> <p>2.- Actividades para mejorar la motricidad gruesa; en este caso el gateo. A través de actividades lúdicas, colocando juguetes llamativos frente a la niña apoyada en cuatro puntos, levantar cada uno de los miembros mientras la niña mantiene el equilibrio.</p> <p>También se puede inducir el balanceo del tronco con</p>	<p>Es un tipo de estimulación sensorial, la dirección en que se aplica da un efecto estimulante, (estimula los exteroceptores) aumentando el tono muscular.</p> <p>El gateo es la tercera fase dentro del desarrollo normal del niño, es fundamental para lograr la bipedestación y por lo tanto la marcha.</p> <p>La carga de peso sobre manos y rodillas Favorece el equilibrio.</p>		
-------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>el apoyo en cuatro puntos.</p> <p>Otra técnica para el gateo es, colocar una manta sobre el abdomen, sostener cada extremo de la manta e inclinar a la niña en ella de tal manera que quede mas peso de un lado, dejando el otro lado libre para favorecer que avance hacia delante.</p> <p>3.- Actividades para mejorar motricidad fina. Reforzar pinzas gruesa e iniciar con pinza fina. Por medio de juguetes que pueda tomar fácilmente con la mano, los manipule metiendo y sacando de un recipiente mas grande. Los juguetes deben ser en colores llamativos, de preferencia de plástico. Se guía al agente de autocuidado para que manipule los objetos con ambas manos. Se proporcionan objetos cada vez mas pequeños para inducir la pinza fina.</p>	<p>Las actividades lúdicas favorecen el aspecto social y la motricidad.</p> <p>La manipulación de objetos ejercita la coordinación visomotora, así como las pinzas.</p>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>4.- Estimulación visual, a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paredes de la habitación en colores llamativos (amarillo, azul, naranja), combinado con posters de diferentes objetos, animales, fotografías del agente de cuidado dependiente (mamá) y su tío (al que identifica como su papá) para favorecer el lenguaje. <p>5.- Actividades Lúdicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar actividades lúdicas dirigidas y con juguetes: para colgar en la cuna, para tirar en el suelo, cubos de colores vivos, animales de celuloide para el baño, animales de plástico, para morder, llaves, anillos, triángulos de goma multicolores, osos de peluche, juguetes sonoros, cajas de música, jugar frente al espejo (para manejar su imagen 	<p>La recamara es un espacio fundamental de la niña, por lo que estos estímulos permanentes favorecen la postura, el lenguaje y la visión propiamente dicha.</p> <p>Las actividades lúdicas dirigidas permiten un mejor entrenamiento para la postura, el equilibrio, la coordinación y el lenguaje.</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>corporal), acercar el espejo a su rostro e ir mencionando las partes del rostro.</p> <p>Los juegos se pueden realizar en la cama, sobre colchonetas, pasto, durante el baño y en diferentes posiciones sedente, decúbito prono con apoyo en el tórax.</p> <p>Apéndice 2</p>			
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	AGENCIA	SISTEMA
<p>3.- Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos (estreñimiento) relacionado con insuficiente ingesta de agua (4 onzas), y de alimentos ricos en fibra, manifestado por heces deshidratadas y duras, y presencia ocasional de sangre en las heces.</p>	<p>- Disminuir al máximo la presencia de estreñimiento, mediante modificaciones en sus hábitos alimenticios.</p>	<p>1.- Aumentar progresivamente la cantidad de agua que ingiere, adicionar 50 mililitros cada semana, para completar en la quinta semana, cinco tomas, repartidas a lo largo del día, logrando cubrir la cantidad recomendada para su edad: 125 mililitros.</p> <p>El liquido proporcionado puede ser jugo o agua de fruta natural de temporada.</p> <p>2.- Incluir en la dieta alimentos con fibra. Papillas de chícharo, elote, zanahoria, fríjol, garbanzo, lenteja; si es posible adicionar un cereal proteínado (gerber).</p> <p>Otras fuentes de</p>	<p>Estas medidas hidratan las heces, dándoles una consistencia mas suave y evitando el estreñimiento.</p> <p>Se recomienda la presentación en papilla, por la dificultad para masticar.</p> <p>Las leguminosas son una fuente importante de fibra. Se recomienda que</p>	<p>Cuidado dependiente</p>	<p>Apoyo educativo</p>

		<p>fibra son: brócoli, frutas con cáscara, galletas marías.</p> <p>La cantidad de papilla es de 50 g, y es adicional a la alimentación de la niña; se proporciona como colación a medio día o por la tarde.</p>	<p>la papilla no sea de consistencia aguada y dejar algunos trozos pequeños de alimentos para cambiar un poco su consistencia.</p>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	AGENCIA	SISTEMA
<p>4.- Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, (ingesta de una dieta insuficiente en cantidad), relacionado con desconocimiento del Agente de Cuidado Dependiente a cerca de una dieta balanceada, manifestado por ingesta a base de alimentos de consistencia semilíquida (danonino en el almuerzo, aprox. 150 ml de papilla con poca variedad; y solo 4 onzas de agua al día.</p>	<p>1.- Implementar un Programa para aumentar y variar la dieta.</p>	<p>Programa sugerido:</p> <p>Desayuno: - 80 a 100 ml de leche, de preferencia Promice, agregar un cereal, puede ser proteínado de Gerber, o ½ taza de avena cocida, o ½ taza de arroz con leche, - Media pieza de fruta.</p> <p>Comida: - Preparaciones básicas con carne 30 a 60 g, o huevo 1 pieza, o pescado 30 a 60 g, o pollo 30 a 60 g, o frijoles ½ taza, quesos y verduras ½ taza. Si son en presentación de papilla evitar que queden muy aguadas y de aproximadamente 200 g (medio tazón). - Postre de fruta ½</p>	<p>Los requerimientos diarios según edad son: Energía 1122 Kcal. Proteínas 13.2 g Lípidos 250 a 500 Kcal. Hidratos de C 600 Kcal. Agua 125 ml</p> <p>La distribución de las tomas de alimentos cubren estos requerimientos.</p> <p>Además de energía y proteínas estos alimentos, por su consistencia, se</p>	<p>Cuidado Dependiente</p>	<p>Apoyo Educativo</p>

		<p>taza - Agua o jugo 30 a 50 ml</p> <p>Cena: - Leche igual al desayuno. - Crema de cacahuate untada en pan tostado, o ½ taza de fruta picada o en papilla.</p> <p>Colaciones: Una entre el desayuno y la comida y otra entre la comida y la cena.</p> <p>Se ofrece cereal seco ¼ de taza, galletas 3 piezas, ½ pieza de fruta cocida o cruda, leche igual al desayuno.</p> <p>La adición de los alimentos se hace agregando la cena, a la semana una colación y finalmente a las dos semanas la segunda colación.</p>	<p>utilizan para inducir la masticación.</p> <p>El incremento progresivo de la dieta, evita alteraciones en el proceso de la digestión.</p> <p>Comer también es un acto social, familiar y de interacción con el agente de cuidado</p>		
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>Recomendaciones generales:</p> <p>Propiciar un ambiente cálido, limpio y tranquilo en el momento de alimentar a la niña.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar alimentos de buena calidad. - Preparar higiénicamente los alimentos. - Cocinar las frutas y verduras con poco agua evitando la sobrecocción. - Sustituir el danonino por jugos o frutas naturales. 	<p>dependiente, por lo que se debe llevar a cabo en un ambiente adecuado.</p> <p>La preparación higiénica de los alimentos disminuye el riesgo de infecciones gastrointestinales.</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Debido a la importancia que tiene el agente de cuidado dependiente, se consideraron dos diagnósticos en el plan de intervenciones, con la finalidad de favorecer su bienestar y su participación en la implementación del plan de intervenciones del agente de autocuidado.

PLAN DE INTERVENCIONES DEL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	AGENCIA	SISTEMA
<p>1.- Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (inestabilidad emocional) relacionado con etapa de negación del proceso de duelo, manifestado por la presencia de llanto y preguntarse ¿por qué a ella le toco una niña enferma?.</p>	<p>- Que el agente de cuidado dependiente logre conocer y manejar su proceso de duelo para llegar a la etapa final de aceptación.</p>	<p>1.- Proporcionar la información necesaria para que acuda a la terapia de Psicología. 2.- Canalización al servicio de psicología para manejo del duelo.</p>	<p>La etapa de negación se caracteriza por la renuencia de la persona a reconocer que sufre una enfermedad. Las reacciones mas comunes son: angustia, miedo, irritabilidad y agresividad. La psicoterapia es el método mas empleado para el manejo del duelo.</p>	<p>De autocuidado</p>	<p>De apoyo educativo</p>

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	AGENCIA	SISTEMA
<p>2.- Déficit en el requisito de autocuidado del desarrollo (falta de acciones que favorezcan el desarrollo del agente de autocuidado) relacionado con falta de conocimientos acerca del padecimiento, manifestado por la falta de actividades lúdicas, permanencia prolongada en cuna, habitación con carencias en iluminación, ventilación y en estímulos visuales</p>	<p>- Proporcionar la información y capacitación acerca de lo que es la Parálisis Cerebral Infantil, proporcionar recomendaciones para favorecer el manejo del agente de autocuidado.</p>	<p>1.- Proporcionar información acerca de la historia natural de la Parálisis Cerebral Infantil. 2.- Capacitación para las actividades relacionadas con la estimulación múltiple, por medio de la demostración y la información escrita (trípticos). 3.- Diseñar junto con el agente de cuidado dependiente los cambios para crear un ambiente que favorezca la estimulación en casa. De acuerdo a la estructura física de la casa considerar la opción de colocar pliegos de fomie de colores llamativos, agregar lámparas.</p>	<p>El conocimiento de la enfermedad permite que se comprenda adecuadamente el tratamiento y la participación sea mas efectiva. La enseñanza más importante la ejerce la madre, por lo que la capacitación es esencial para lograr el desarrollo psicomotriz del agente de autocuidado. La participación activa favorece el aprendizaje.</p>	<p>De autocuidado</p>	<p>De apoyo educativo</p>

		<p>4.- Practicar diferentes posiciones para el agente de autocuidado a partir de la creatividad del agente de cuidado dependiente, realzando la importancia que tiene el cambio de postura y actividad en niños con afección cerebral.</p> <p>Se utilizan almohadas, mantas, colchones, sillas, etc.</p>	<p>Los cambios de posición favorecen las reacciones posturales y el equilibrio.</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--

CRONOGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS

ACTIVIDADES	DURACION	ABRIL			MAYO			JUNIO			
1.- Manejo de la Cavidad Bucal											
a) Trabajo Intrabucal	30'	07									
b) Control de la Mandíbula	15'										
c) Ejercicios para mejorar los movimientos de la lengua.	20'		13								
d) Técnica para inducir a la masticación	15'										
e) Realización de una técnica especial de alimentación	20'			20							
2.- Aplicar el Programa de estimulación múltiple											
a) Técnicas para movilización y aumento de tono	30'				27	11					
b) Actividades para mejorar motricidad gruesa y fina	30'						18				
c) Actividades para estimulación visual y actividades lúdicas											
d) Diseñar junto con el agente de cuidado dependiente los cambios para crear un ambiente que favorezca la estimulación en casa.	30'						25				
3.- Proporcionar información acerca de la historia natural de la Parálisis Cerebral Infantil.	20'										
a) Capacitación para las actividades relacionadas con la estimulación múltiple, por medio de la demostración y la información escrita (trípticos)	25'								01		
4.- Implementar un programa para aumentar y variar la dieta	15'									15	

IV. PROCESO DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

En esta etapa, están descritas las intervenciones realizadas y el resultado obtenido de éstas.

El Plan de Intervenciones de Enfermería fue implementado en el hogar del agente de autocuidado, por medio de 9 visitas domiciliarias; en un periodo de 8 semanas.

Se realizaron y aplicaron 8 formatos de evaluación, que permitieron acreditar los resultados de las intervenciones. Para elaborar dichos formatos, se eligieron distintas variables cualitativas y cuantitativas, según el parámetro a evaluar. Así podemos encontrar, variables para determinar la función de la cavidad oral (tono muscular, deglución, movimientos de la lengua), observar avances de la terapia de estimulación múltiple (aspectos del desarrollo psicomotriz, lenguaje, motricidad fina y gruesa), etc. Cabe destacar que, una misma variable puede tener características cuali y cuantitativas, a continuación se ejemplifican algunas de las variables utilizadas.

VARIABLE	CUALITATIVA	CUANTITATIVA
TONO MUSCULAR	Trofismo	Según Escala De Asgoort
DEGLUCIÓN	Presencia de reflejo de deglución, masticación, movimientos linguales	
MOVIMIENTOS LINGUALES	Presencia de los 4 movimientos básicos	
MOTRICIDAD FINA Y GRUESA	Si lo realiza o no	

Es importante mencionar que, por falta de tiempo no fue posible evaluar las intervenciones del ultimo diagnóstico.

PROCESO DE EVALUACIÓN (Agente de autocuidado)

DIAGNOSTICO						
Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, (alteración en la función de la cavidad oral) relacionado con falta de estimulación bucal, manifestado por la dificultad para masticar y deglutir alimentos sólidos, limitación en los movimientos laterales y ascendentes de la lengua y ausencia del lenguaje hablado.						
OBJETIVO						
Mejorar la función de la cavidad a través de un Programa Especifico de manejo de Técnicas de Trabajo Intrabucal						
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	INDICADORES/ FECHA	07 abril	20 abril	27 abril	18 mayo	15 junio
	No. Veces que aplico la terapia	2	2	3	3	3
	Tono muscular:					
	Maseteros	2	2	2	3	4
	Orbicular labios	2	2	2	3	4
	Cuadrado barba	2	2	2	3	4
Por medio de la demostración, capacitar al agente de cuidado dependiente para que aplique la técnica de manejo de cavidad oral; así como implementar el control de mandíbula como medida complementaria para el programa antes mencionado. La técnica consiste en: 1.- Masaje y estimulación con golpeteo de los músculos maseteros, orbicular de los labios y cuadrado de la barba. 2.- Masaje a encías y carrillos. 3.- Manejo para el control de la mandíbula. SE ELABORO TRIPTICO DE MANEJO DE CAVIDAD ORAL.	Control voluntario del cierre de la boca al proporcionar alimentos	NO	NO	NO	SI	SI
Control de la deglución	NO DIETA LICUADA	NO DIETA LICUADA	NO DIETA LICUADA	SI ALIM. PICADOS CONSISTENCI A SUAVE	SI ALIM. PICADOS CONSISTENCI A SUAVE	
Presencia de balbuceo	NO	NO	NO	INDICIOS DE MONOSILABO S	PRESENCIA DE MONOSILABO S	

ANÁLISIS DE DATOS

Se observó aumento de tono de los músculos que participan en la masticación y en la deglución hasta las 6 semanas de haber implementado el programa de manejo de cavidad oral.

El agente de cuidado dependiente tuvo algunas dificultades al inicio para realizar el manejo Intrabucal, pero posteriormente dominó la técnica y logró realizarla tres veces al día.

En cuanto a la deglución de alimentos de distinta consistencia (picados), solo se logró con alimentos suaves como: pollo, pescado y fruta cocida.

Por último, el agente de autocuidado emite monosílabos, aunque para ello necesita un estímulo; ya que no son siempre espontáneos.

<p>DIAGNOSTICO Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, (alteración en la función de la cavidad oral) relacionado con falta de estimulación bucal, manifestado por la dificultad para masticar y deglutir alimentos sólidos, limitación en los movimientos laterales y ascendentes de la lengua y ausencia del lenguaje hablado.</p>						
<p>OBJETIVO Mejorar los movimientos propios de la lengua por medio de ejercicios que fortalezcan los músculos que intervienen en dichos movimientos. Inducir el proceso de la masticación a través de alimentos de diferente consistencia.</p>						
<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA</p> <p>Por medio de la demostración, capacitar al agente de cuidado dependiente para que aplique la rutina de ejercicios de los músculos linguales.</p> <p>Los ejercicios consisten en colocar mermelada o miel en: el labio superior, en el inferior y a lado de cada comisura labial, para favorecer los movimientos de la lengua.</p> <p>En cuanto a la masticación, se utilizo un cereal seco redondo, de colores (frut loops) y golosinas de consistencia semidura de forma alargada (skuincles).</p>	<p>INDICADORES/ FECHA</p>	20 abril	27 abril	18 mayo	15 junio	22 junio
	<p>No. Veces que aplico la rutina al día</p>	1 el agente de autocuidad o rechaza el cereal	1 continua rechazo	1 conserva el cereal pero no mastica	1 comienza a fraccionar el cereal	1 fracciona el cereal sin masticar
	<p>Movimientos de la lengua:</p> <p>Lateral izquierdo</p> <p>Lateral derecho</p> <p>Ascendente</p> <p>Descendente</p>	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente
		Ausente	Ausente	Ausente	Deficiente	Deficiente

ANÁLISIS DE DATOS

Los ejercicios linguales se realizaron sin problema y se logro discreta mejoría en los movimientos ascendentes y laterales de la lengua.

En cuanto a la técnica para inducir a la masticación, el cereal fue rechazado al inicio, pero posteriormente el agente de autocuidado lo fraccionaba dentro de su boca, lo cual es importante tomando en cuenta que es el primer alimento de distinta consistencia que acepta.

Las golosinas de consistencia semidura fueron útiles para inducir a la mordida, aunque solo muestra pequeños indicios para la masticación.

DIAGNOSTICO

Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal, (retraso neurológico de acuerdo a su edad cronológica), relacionado con falta de estimulación visual, táctil, motriz, manifestado por ausencia del lenguaje y la bipedestación, alteraciones somatométricas, presencia de reflejo palmomentoniano izquierdo, e hiporeflexia en extremidades.

OBJETIVO

Implementar acciones para favorecer el desarrollo psicomotriz, mediante la aplicación de un programa de estimulación múltiple.

	INDICADORES/ FECHA	18 mayo	25 mayo	01 junio	15 junio	22 junio
<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA Por medio de la demostración y la practica aplicar técnicas para movilización de las extremidades y para aumentar tono muscular. Las técnicas utilizadas fueron: 1.- Movilización de las extremidades. 2.- Golpeteo y cepillado para aumento de tono muscular. 3.- Estimular el gateo, con la ayuda de una manta. 4.- Estimulación visual, auditiva. 5.- Actividades lúdicas para mejorar pinza fina y gruesa. Se elaboró tríptico de estimulación múltiple, que se entrega al agente de cuidado dependiente al termino de la aplicación del programa.</p>	Tono muscular de extremidades	3	3	3+	3+	3+
	Presencia de gateo	NO Solo apoyo parcial en 4 puntos	NO Solo apoyo parcial en 4 puntos	NO Solo apoyo parcial en 4 puntos	NO Apoyo con los codos, sin avance	NO Apoyo con los codos y arrastre
	Repuesta a estímulos visuales y auditivos con medidas implementadas	Lenta	Lenta	Lenta	Lenta Orientada a la derecha	Lenta Orientada a la derecha
	Presencia de pinza fina	NO	NO	NO	NO	NO
	Presencia de pinza gruesa	SI Deficiente	SI Deficiente	SI Con ayuda	SI Mayor definición	SI Mayor definición

ANÁLISIS DE DATOS

En general los avances se lograron de manera lenta y discreta, lo cual era de esperarse debido a la afección del agente de autocuidado.

El aumento de tono muscular fue posible con la técnica de golpeteo y cepillado. Este aumento de tono permitió que realizara el apoyo con los codos que a su vez es el primer paso para el arrastre. Aunque no se observó el gateo franco, existen indicios de este al inducirla con la técnica de la manta sobre el vientre con apoyo en cuatro puntos.

Se vio una amplia disposición del agente de cuidado dependiente para propiciar la estimulación visual y auditiva por medio de un ambiente adecuado. Realizo cambios en la habitación: coloco objetos llamativos (móviles) sobre y alrededor de la cuna, proporciono juguetes en colores vivos y musicales, adiciono una pequeña lámpara para aumentar la iluminación. Sin embargo solo se logró que la respuesta a estímulos sonoros y visuales fuera más orientada a la derecha. Cabe mencionar que, la respuesta a estímulos auditivos en gran medida estuvo condicionada por el déficit en la conducción de la vía auditiva bilateral, con mayor afección del lado izquierdo, resultados reportados en un estudio de Potenciales Evocados Auditivos y Visuales (PEAV).

En cuanto a la realización de las pinzas, solo se logró avances en la gruesa. La pinza fina en gran medida esta condicionada por el estrabismo residual y el déficit de conducción visual, ya que presenta adecuada liberación del pulgar.

En las actividades lúdicas se busco integrar juegos que favorecieran el gateo, la realización de las pinzas y la estimulación visual y auditiva.

DIAGNOSTICO

Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos (estreñimiento) relacionado con insuficiente ingesta de agua (4 onzas), y de alimentos ricos en fibra, manifestado por heces deshidratadas y duras, y presencia ocasional de sangre en las heces.

OBJETIVO

Implementar un programa para aumentar y variar la dieta del agente de autocuidado.
Proporcionar medias para prevenir el estreñimiento.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	INDICADORES/ FECHA	27 abril	18 mayo	25 mayo	01 junio	15 junio
Por medio de la demostración y la practica instruir al agente de cuidado dependiente sobre: 1.- Como aumentar progresivamente la cantidad de liquido que ingiere diariamente 2.- Que alimentos debe incluir que contengan un alto contenido en fibra 3.- Como combinar los alimentos para una dieta balanceada y de acuerdo a su edad	Frecuencia de evacuaciones al día	1	1	2	2	2
	Características de las evacuaciones	Deshidratadas	Normal	Normal	Normal	Normal
	Cantidad de liquido que ingiere al día	200 ml	200 ml	250 ml	280 ml	300 ml
	No. De veces que consume alimentos con fibra a la semana	4	4	5	6	6

ANÁLISIS

El problema de estreñimiento del agente de autocuidado fue resuelto al 100%, al incrementar la cantidad de liquido ingerido y la inclusión en la dieta de alimentos con fibra, principalmente: chícharo, elote, lenteja, fríjol, frutas con cáscara y brócoli.

No hubo presencia de evacuaciones hemáticas, solo al inicio evacuaciones deshidratadas que no produjeron dolor.

La cantidad de liquido fue incrementada según la tolerancia del agente de autocuidado, a diferencia de lo que se tenia programado de 50 ml a la semana. Cabe mencionar que se resolvió el problema del estreñimiento, sin llegar a la ingesta de liquido recomendada para su edad que es de aproximadamente 500 ml.

4.- Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, (ingesta de una dieta insuficiente en cantidad), relacionado con desconocimiento del Agente de Cuidado Dependiente a cerca de una dieta balanceada, manifestado por ingesta a base de alimentos de consistencia semilíquida (danonino en el almuerzo, aprox. 150 ml de papilla con poca variedad; y solo 4 onzas de agua al día.

En cuanto a este diagnostico, cabe señalar que por falta de tiempo no fue posible realizar la evaluación completa. Sin embargo, en el diagnostico número tres, de forma parcial se evalúan las variaciones relacionadas con el incremento y la inclusión de nuevos alimentos en la dieta, con resultados positivos.

PROCESO DE EVALUACIÓN (Agente de Cuidado Dependiente)

DIAGNOSTICO					
Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (inestabilidad emocional) relacionado con etapa de negación del proceso de duelo, manifestado por la presencia de llanto y preguntarse ¿por qué a ella le toco una niña enferma?.					
OBJETIVO					
Que el agente de cuidado dependiente logre conocer y manejar su proceso de duelo para llegar a la etapa final de aceptación.					
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	INDICADORES/ FECHA	20 abril	27 abril	11 mayo	15 junio
1.- Proporcionar la información necesaria para que acuda a la terapia de Psicología.	Estado Anímico	Con ligera ansiedad	Continúa la ansiedad	Se observa tranquila	Muestra mayor entusiasmo al realizar la terapia de autocuidado
2.- Canalización al servicio de psicología para manejo del duelo.	Expresa dudas y/o temores	Refiere temor por no ver resultados de la terapia	Refiere sentirse tranquila	Entusiasta ante los cambios que desea realizar en la recámara del agente de autocuidado	Ante los primeros cambios de la terapia refiere sentirse satisfecha con el trabajo realizado
	Resultados de psicoterapia	Se platica sobre la importancia de acudir al servicio de Psicología	Recibió la primera sesión. Refiere que le agrado	Menciona que le han servido las sesiones para entender porque se siente triste por la afeción del agente de autocuidado	Se siente bien cuando acude a sus citas. La nota de Psicología menciona buen manejo del proceso de duelo.

ANÁLISIS DE DATOS

Se oriento al Agente de Cuidado Dependiente, sobre la conveniencia de acudir a Psicología, acepto sin problema. Inicio sus terapias y se observo mejoría progresiva en cuanto a la visión de la enfermedad del agente de Autocuidado. Mostró mayor entusiasmo al realizar las actividades sugeridas para la estimulación del agente de autocuidado. Aunque todavía no logra llegar a la etapa de aceptación, la psicóloga menciona que evoluciona adecuadamente.

2.- Déficit en el requisito de autocuidado del desarrollo (falta de acciones que favorezcan el desarrollo del agente de autocuidado) relacionado con falta de conocimientos acerca del padecimiento, manifestado por la falta de actividades lúdicas, permanencia prolongada en cuna, habitación con carencias en iluminación, ventilación y en estímulos visuales

Se proporcionó en forma completa la información relativa a la historia natural de la enfermedad, así como aspectos específicos de estimulación auditiva y visual. Sin embargo, por falta de tiempo no fue posible realizar la evaluación de estas intervenciones. Cabe señalar que, aspectos relativos a la estimulación múltiple, fueron evaluados en el diagnóstico número 2 del Agente de Cuidado Dependiente, con resultados satisfactorios.

CONCLUSIONES

Resulto efectiva la aplicación del modelo de Orem a una paciente pediátrica con alteraciones del desarrollo psicomotriz, ya que fue posible evidenciar la intervención de la Enfermera Especialista en Rehabilitación.

El Proceso Enfermero aplicado con bases de la Teoría de D. Orem, es una herramienta útil para la formación de la Enfermera Especialista en Rehabilitación, aunque se observaron limitaciones al aplicar el modelo, debido a que al tratarse de una paciente pediátrica, no se obtuvieron datos, por la incapacidad que tiene el agente de autocuidado de expresarse y de tomar decisiones

Por lo anterior, la participación del agente de cuidado dependiente es básica, en pacientes pediátricas, para el logro de los objetivos del Plan de Intervenciones de Enfermería. El agente de cuidado dependiente desarrollo y reforzó capacidades que permitieron la realización del Estudio de Caso.

En cuanto al Agente de autocuidado, se obtuvo una respuesta discreta pero positiva al implementar el manejo de cavidad oral y estimulación múltiple.

Fue insuficiente el tiempo para evaluar las Intervenciones de Enfermería, ya que en este tipo de paciente los resultados son inesperados, pueden presentarse en días, semanas o años.

Las visitas domiciliarias, son una opción real para extender los cuidados en el hogar. Permiten un mejor acercamiento y una supervisión estrecha de las actividades realizadas por el agente de cuidado dependiente.

SUGERENCIA

Para estudios de caso semejantes, o con pacientes con afecciones del sistema nervioso, sería recomendable asignar mayor tiempo para la etapa de evaluación. Por lo general, es difícil predecir cuando se obtendrán resultados de las intervenciones de enfermería, ya que estos pueden aparecer en días, semanas o meses.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUCTIVO PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

- 1.- Realizar el interrogatorio en un lugar tranquilo y privado.
- 2.- Llenar los espacios con las respuestas correspondientes, tomando en cuenta que:
 - a) El formato esta elaborado según la Teoría de Déficit de Autocuidado de D. Orem.
 - b) Las preguntas pueden ser abiertas, cerradas o de opción múltiple.
 - c) Se refieren tanto al agente de autocuidado, como al agente de cuidado dependiente.
- 3.- Formular las preguntas de una manera clara, sin usar términos médicos, o palabras desconocidas.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Institución:

Fecha:

Servicio:

Tipo de interrogatorio:

1.- Factores condicionantes básicos

Características personales:

Agente de Autocuidado

Nombre:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Domicilio:

Dependencia económica:

Agente de cuidado dependiente

Nombre:
Edad:

Sexo:

Escolaridad:
Estado civil:

Ocupación:

Dependencia económica:

2.- Características familiares

2.1 Composición familiar

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte económico

2.2 Estructura Familiar

a) Estructura del rol

Agente de cuidado dependiente

¿Es usted el jefe de familia?

¿ Su embarazo fue planeado?

¿deseado?

¿aceptado?

b) Estructura del poder (afrontamiento familiar)

¿Qué situaciones han provocado problemas en su familia?

¿ Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

¿ Quién se encarga de la disciplina en la familia?

2.3 Funciones Familiares

a) Función afectiva

Agente de Autocuidado

¿Cómo manifiesta sus sentimientos Nayeli hacia usted, a su familia y a otros?

¿Con qué frecuencia o en que momentos demuestra su afecto?

¿Qué dificultades existen para hacerlo?

Agente de cuidado dependiente

¿Cómo le demuestra sus sentimientos a la niña?

b) Socialización y función social

¿Quién prepara los alimentos y quién se encarga de que la familia los consuma?

¿Qué otra persona participa en el cuidado de la niña?

c) Función económica

¿Cuenta la familia con los recursos económicos idóneos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud?

d) Características ambientales

Tipo de vivienda que habita ¿propia, rentada, prestada?

¿De qué material está construida la vivienda?

¿Cuenta con todos los servicios públicos?

¿Cuántas recámaras tiene la casa?

Describame ¿cómo es la recámara donde duerme Nayeli? (tamaño, color de las paredes, ventilación,

iluminación y temperatura)

Describa ¿cómo es la iluminación y la ventilación del resto de la casa?

En su casa, ¿tiene cocina y baño independientes?

¿Tiene escaleras en su casa?

Con ¿cuántos escalones?

La escalera ¿tiene barandales?

¿Cómo es el piso de la casa?

¿Tiene mascotas en su casa?

¿De que tipo de medios de transporte dispone?

Cerca de su colonia ¿existen basureros, fabricas o alguna fuente de contaminación?

¿Cómo es la relación con sus vecinos?

3.- Requisitos de Autocuidado universales

I.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

¿ha identificado algún problema en la respiración de la niña?

¿cómo lo resuelve?

II.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

¿Cómo baña a la niña? (tipo de baño: regadera, tina)

¿Con qué frecuencia le realiza el baño?

¿Tiene alguna dificultad para bañar a la niña? ¿cuál?

Frecuencia con que realiza el cambio de ropa

Frecuencia con que le lava las manos

Frecuencia del corte de uñas

¿Cómo y con qué le cepilla los dientes?

¿Cómo es el agua que consume? (potable, hervida, garrafón, otra)

¿Qué cantidad de agua consume al día la niña?

¿Cómo prefiere ingerir el agua y como le desagrada?

III.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

¿Qué dificultad tiene para ingerir alimentos?

¿Forma en que le da los alimentos? (sólidos, líquidos)

¿Qué alimentos ingiere habitualmente?

¿Cuántas veces le da de comer al día? (horarios)

¿Cómo prepara los alimentos para la niña?

¿Alguna persona la orienta para la preparación de los alimentos? ¿Quién?

¿Cómo conserva los alimentos?

¿Modo de alimentación de la niña? (biberón, cuchara, vaso)

¿En qué posición coloca a la niña para alimentarla? (sentada en una silla, en sus piernas, otros)

IV.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

¿La niña le avisa cuando siente el deseo de orinar o evacuar?

¿Cuántas veces evacua al día? Características de las heces

¿Cuántas veces orina al día? Características de la orina

¿Existe alguna dificultad para evacuar u orinar? ¿Cuál?

¿Cómo resuelve la dificultad?

V.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

¿A qué hora se duerme la niña? ¿A qué hora se despierta?

¿Cómo es su sueño? (tranquilo, profundo, alterado)

¿Toma siesta durante el día? ¿Cuánto tiempo?

Cuando la niña esta despierta ¿Qué actividades realiza? ¿y por cuánto tiempo?

Agente de cuidado dependiente

¿Cuántas horas duerme usted?
para dormir?

¿Tiene algún problema

¿Qué actividades realiza? (trabajo, hogar, otros)

¿Qué tiempo dedica al cuidado de la niña?

¿Tiene periodos de descanso?

VI.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

a) Comunicación

¿La niña tiene dificultades para comunicarse? ¿Cuáles?

¿Cuántas y cuales palabras pronuncia?

Agente de cuidado dependiente

¿Pertenece algún grupo o club social, relacionado con el cuidado para niños con PCI?
¿Cuál?

b) Sexualidad

¿Tiene pareja sentimental?

¿Cómo es su relación?

¿Utiliza algún método anticonceptivo?

¿Cuál?

¿Ha recibido asesoría genética?

VI.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano

¿Cómo se desplaza la niña?

¿En que lugar se encuentra la mayor parte del tiempo? (recámara, estancia, cocina, patio, otros) ¿por cuánto tiempo?

¿Cómo es esa área? (grande, pequeña, ventilada, iluminada, templada)

La niña ¿ Ve bien?

¿Escucha bien?

¿Percibe el sabor y la temperatura de los alimentos?

¿Reconoce a extraños?

¿Qué medidas de seguridad aplica a la niña, cuando esta en casa?

¿Qué medidas de seguridad toma cuando trasporta a la niña?

VII.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

a) recursos para la salud

¿Tiene para la niña y para usted algún seguro social o seguro de gastos médicos?

Otros especialistas que visite para la atención de la niña?

b) practicas personales de salud

¿Se considera una persona tranquila?

Habitualmente ¿revisa o explora a la niña para detectar problemas de salud?

Habitualmente ¿usted se explora para detectar problemas de salud?

c) autoconcepto / imagen

¿Se acepta usted como es?

¿Cómo percibe a su hija? (expectativa de recuperación, resignación, problema, obligación)

g) espiritualidad

¿Es usted creyente? ¿Practica alguna religión?

¿Cómo piensa que sus creencias le ayudan o perjudican para mantener la salud?

4.- Requisitos de Autocuidado del desarrollo

Etapas del ciclo vital en el que se encuentra

Condiciones en las que se encuentra la niña que limitan su desarrollo normal

5.- Requisitos de desviación de la salud

1.- Desviación actual

- a) percepción de la desviación actual

¿Le han explicado cual es la enfermedad de su hija?

¿Cómo percibe la enfermedad de su hija?

2.- Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud

¿A qué métodos o medidas ha recurrido para afrontar la enfermedad de su hija?

¿Cómo ha modificado la enfermedad de su hija sus actividades de la vida diaria?

3.- Historia de desviaciones de la salud

- a) Antecedentes gineco obstétricos
Agente de cuidado dependiente

Menarca

Ritmo

IVSA

¿Qué edad tenía usted cuando se embarazó de la niña?

¿Cuántas veces se ha embarazado?

¿ha tenido abortos?

- b) Antecedentes perinatales
Agente de Autocuidado

¿Tuvo control prenatal durante el embarazo de la niña?

¿A partir de que mes?

¿En donde llevo a cabo el control?

¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo? (amenaza de aborto, IVU, amenaza de parto prematuro, sangrado)

¿Qué tratamiento recibió para la complicación?

¿El nacimiento fue por parto o cesárea?

¿por qué?

Peso al nacer

Talla al nacer

Valoración de Apgar

¿Necesito apoyo de oxígeno al nacer?

¿Con qué se ministró el oxígeno?

¿Qué otras complicaciones tuvo al momento del nacimiento? (ictericia, infecciones respiratorias, sangrado)

¿Qué tratamiento recibió para las complicaciones que presentó?

¿Estuvo hospitalizada por las complicaciones?
cuánto tiempo?

¿En qué servicio y por

c) Desarrollo psicomotriz

¿Edad en la que logro sostener el cuello?

¿Edad en la que seguía objetos grandes con la mirada?

¿Edad en la que al levantarla con las manos la cabeza seguía al resto del cuerpo?

¿Edad en la que comenzó a girarse de un lado a otro?

¿Edad en la que se sentó sola sin apoyo?

¿Edad en la que al ver un objeto lo tomaba con la mano?

¿Comienza a gatear?

d) Otros

¿Ha sido operada la niña?

¿De qué?

Motivo de la cirugía

Fecha y lugar donde realizaron la cirugía?

Complicaciones de la cirugía

¿Es alérgica a algún alimento, medicamento, polvo, etc?

¿Actualmente le da algún medicamento?

Cuál?

Dosis y vía de ministración

4.- Historia Sanitaria Familiar

¿Enfermedades que hayan padecido los familiares de usted y del papá de la niña? (DM, Hipertensión, Cáncer, enfermedades genéticas, etc)

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

FORMATO DE REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE VISITA:

MOTIVO:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

OBJETIVO:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

CUIDADOS PROPORCIONADOS:

OBSERVACIONES:

FECHA DE PROXIMA VISITA:

FIRMA DE LA ENFERMERA

FIRMA DEL PACIENTE

Visita1

APÉNDICES

APENDICE 1

CONTROL DE MANDIBULA

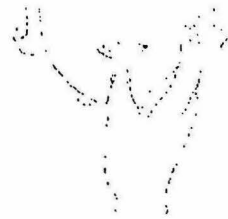
Coloque su mano a nivel de la mandíbula de la niña, acomode su dedo pulgar sobre la mejilla, el dedo índice entre la barba y el labio inferior y el dedo medio detrás de la barba, aplicando una presión firme y constante.

Esta maniobra la va a realizar como ultimo ejercicio de la rutina , manteniendo la posición por cinco segundos y después descansa.



También la va a utilizar después de que le de cada cucharada de comida, para evitar que la empuje hacia fuera.

Abajo se ilustra otra manera de colocar las manos para el control de mandíbula.



Bibliografía

FINNIE, Nancie., Atención en el Hogar del niño con Parálisis Cerebral, Ed. La prensa Medica Mexicana, 2da. reimp., México, 1987, 339 pp.

FONSECA, S., Ostiguin, M., Estimulación Psicomotriz y Multisensorial (0 a 12 meses), Ed. Interamericana, México, 2002, 113 pp.

MATAS, S., MULVEY, M., et, al., Estimulación Temprana de 0 a 36 meses, Ed. Lumen-Hvmanitas, Argentina, 1997, 244 pp.

Elaboro: LEO Rangel Martínez Dominga Amparo



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MANEJO DE LA
CAVIDAD ORAL



Manejo de la cavidad oral

La mayoría de niños con parálisis cerebral infantil, presentan problemas para alimentarse, lo cual repercute directamente en su crecimiento y desarrollo físico.

En el caso de Alma, el problema esta en que tiene debilidad de los músculos que realizan la masticación y el paso de los alimentos.

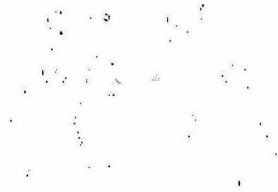
La rutina que a continuación se presenta, tiene como objetivos:

Estimular los músculos, y estructuras que participan en la masticación.

Mejorar los reflejos de la masticación y deglución por medio del control de la mandíbula.

TECNICA PARA EL MANEJO DE LA CAVIDAD ORAL

1.- Dar masaje con las yemas de los dedos, en forma circular de afuera hacia adentro, en mejillas, labios y barbilla.



2.- Aplicar pequeños golpes con la yema de los dedos de manera firme, en mejillas, labios y barbilla, en dirección de afuera hacia adentro.



3.- En la misma dirección se van a emplear los siguientes movimientos:

- A) Golpecitos por debajo de la mandíbula.
- B) Deslizar la mano por el cuello
- C) Aplicar movimientos vibratorios por dentro y por fuera de las mejillas



4.- Dar masaje en las encías de afuera hacia adentro en forma circular.

5.- Deslizar el dedo por el paladar de atrás hacia delante, rápidamente.



1

3.- Ponga a la niña en posición para gateo, coloque un rebozo por la pancita. Levante ligeramente a la niña con el rebozo y estimule a que gatee, para que avance ponga un juguete llamativo delante de ella.

A) Puede colocar una almohada pequeña para que la pase gateando.

4.- Siente a la niña y acerque un bote con juguetes pequeños dentro. Guíela para que los saque y los meta. También para que los pase de una a otra mano. Procure que los juguetes sean de plástico o madera y en colores llamativos.

5.- Acerque su rostro al de la niña, haga gestos y hablele en forma clara y exclamativa, esto favorecerá que ella trate de imitarla y emita sonidos como "ma - ma, ba - ba" etc.

6.- Hable con ella, platíquele lo que esta haciendo en ese momento, llámela por su nombre, evite largos periodos de silencio. Festeje sus logros, a través de aplausos

Bibliografía

FINNIE, Nancie., Atención en el Hogar del niño con Parálisis Cerebral, Ed. La prensa Medica Mexicana, 2da. reimp., México, 1987, 339 pp.

MATAS, S., MULVEY, M., et, al., Estimulación Temprana de 0 a 36 meses, Ed. Lumen-Hvmanitas, Argentina, 2000, 244 pp.

LEVITT, S. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor, Ed. Panamericana, España, 2001, 305 pp.

Elaboró : LEO. Rangel Martínez Domíngua Amparo

APENDICE 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

Introducción

La estimulación múltiple se refiere a todas aquellas actividades encaminadas a favorecer el desarrollo normal del niño.

La madre es la primera estimuladora que el niño tiene y es la persona ideal para realizar estas actividades.

El presente tríptico está enfocado a ilustrar la realización de las técnicas para movilización de brazos y piernas, aumento de tono muscular (porque la niña está flojita), para que logre gatear, etc.

**MAMA, QUE NO SE TE OLVIDE QUE
TÚ ERES LA PARTE MÁS IMPORTANTE
DE MI TERAPIA.!**

PASOS PARA APLICAR EL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN MÚLTIPLE

1.- Con su hija acostada, comenzar la movilización.

A) Flexionarle y extenderle las piernas 10 veces cada una.

B) Mueva el pie de la niña, hacia arriba, abajo y en forma de círculos, 10 veces con cada pie.

C) mover hacia arriba y abajo los brazos, 10 veces.

2.- MANEJO DEL TONO MUSCULAR

A) Con una pelota aplique golpecitos sobre los brazos, las piernas ; colocando a la niña en diferentes posiciones: boca arriba, boca abajo, de lado.

B) Aplique ligera presión sobre los brazos y las piernas de la niña, como indica el dibujo. Esto va a servir para que los músculos de su hija se pongan duritos.

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO R., Aplicación del Proceso de Enfermería, Ed. Doyma, 2da. ed., España, 1992.

ATKINSON L; MURRIA M; El Proceso de Atención de Enfermería, Manual Moderno, México, 1991, 139 pp.

BERG, Manual de Neurología Pediátrica, Manual Moderno, 3era. Reimp., México, 1992, 354 pp.

CHOW, P. Marilyn., Manual de Enfermería Pediátrica, Ed. Limusa; México, 1983, 1053 pp.

CAVANAGH, S., Modelo de Orem. Aplicación Práctica, Ediciones Científicas y Técnicas S A, España, 1993, 167 pp.

GASSIER, J., Manual del desarrollo psicomotor del niño, Ed. Masson, España, 1983, 129 pp.

LE MÉTAYER, M. Reeducación cerebromotriz del niño pequeño, Ed. Masson, España, 2003, 183 pp.

LEVITT, S. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor, Ed. Panamericana, España, 2001, 305 pp.

MATAS S; MAUREEN M; et. al; Estimulación Temprana de 0 a 36 meses, Ed. Lumen-Hvmanitas, Argentina, 1997, 243 pp.

MARRINER, A., Teorías y Modelos de Enfermería, 4ta. Ed, Ed. Harcourt Brace, España, 1999, 555 pp.

OSTIGUIN M., Método Trabajo Enfermero y Modelo de Orem: una propuesta de Implementación. En: Desarrollo Científico de Enfermería, p 3 – 7, México, 2000.

TAMAYO M; El Proceso de la Investigación Científica, 3era. ed., Ed. Limusa, México, 2000, 231 pp.

VALDES J. I; Enfoque Integral de La Parálisis Cerebral Para su Diagnóstico y Tratamiento, la Prensa Medica Mexicana, México, 1988, 230 pp.