



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención del
Grado de Licenciada en
Enfermería

Estudio de Caso:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PARÁLISIS
CEREBRAL INFANTIL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO”**

Autora:

Mariuxi Lisbeth Muñoz Vergara

Directora de Estudio de Caso:

Lcda. Maricela Mariana Díaz Soledispa, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Mariuxi Lisbeth Muñoz Vergara**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento. La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Mariuxi Lisbeth Muñoz Vergara

C.I: 095493303-2



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lcda. Maricela Mariana Díaz Soledispa, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Mariuxi Lisbeth Muñoz Vergara**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Lcda. Maricela Mariana Díaz Soledispa, MSc.

DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lcda. Maricela Mariana Díaz Soledispa, MSc.**, mediante el presente cumpto en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO**”, presentado por la estudiante **Mariuxi Lisbeth Muñoz Vergara**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 97% y similitud 3%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

**INFORME DE ANÁLISIS**
magister

1

MARIUXI LISBETH MUÑOZ VERGARA.

3%
Textos sospechosos

2%
Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
< 1% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: MARIUXI LISBETH MUÑOZ VERGARA.docx
ID del documento: dc6a2bcd4af0c3f1cea6f73b6e32caf058a98a
Tamaño del documento original: 43,4 kB

Depositante: MARICELA MARIANA DIAZ SOLEDISPA
Fecha de depósito: 4/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 4/5/2025

Número de palabras: 3401
Número de caracteres: 22.578

Lcda. Maricela Mariana Díaz Soledispa, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PARÁLISIS
CEREBRAL INFANTIL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lcda. Juliana Guadalupe García Paredes, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcdo. Julio Cesar
Terrero Vásquez, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Mariuxi Magdalena
Moreira Flores, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por extenderme su mano poderosa en mis momentos de debilidad a lo largo de esta carrera; su amor ha sido mi refugio y consuelo en cada paso y cuando todo parecía desvanecer.

A mis padres, les agradezco infinitamente por su amor incondicional y todo el sacrificio y esfuerzo que han hecho para lograr este objetivo. A mi hermana, por estar siempre apoyándome, motivándome, aconsejándome y ser mi ejemplo a seguir.

A mi prima, por su apoyo incondicional y por creer en mí. Sus palabras de aliento y ayuda en momentos cruciales han sido invaluable.

De igual manera, agradezco profundamente a la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, por brindarme las herramientas necesarias y el espacio para crecer académicamente. Mi sincero reconocimiento a todos los docentes que han sido parte de mi formación, por su dedicación y por compartir su conocimiento.

Finalmente, un especial agradecimiento a mi directora, Lcda. Maricela Díaz, MSc, por su guía profesional, su paciencia y su apoyo constante durante todo este proceso. Su orientación ha sido clave para la culminación de este trabajo.

Este logro es el reflejo del amor, apoyo y esfuerzo de todos ustedes. A cada uno, mi más profundo agradecimiento.

DEDICATORIA

Querido Dios, le dedico este trabajo de investigación, porque usted ha sido quien me ha dado la sabiduría y fortaleza para seguir adelante, mis oraciones han sido respondidas y abrió puertas que parecían imposibles de cruzar, porque para usted no hay nada imposible y sus bendiciones llegan en el momento perfecto.

Con sincera gratitud.

RESUMEN

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es una condición compleja con diversas clasificaciones según el grado de lesión y afectación cerebral. Esta condición, no progresiva, suele manifestarse en los primeros años de vida y afecta la capacidad del niño para controlar sus movimientos y mantener una postura estable. El daño cerebral que causa la PCI ocurre durante el desarrollo embrionario, donde puede ser consecuencia de múltiples factores como: complicaciones durante el embarazo, parto prematuro, o eventos traumáticos al cerebro. En el siguiente trabajo de investigación se aborda el caso de un niño de 8 años de edad con diagnóstico de PCI, quien ingresó al hospital por el área de emergencia debido a complicaciones de hipoglucemia e insuficiencia respiratoria. Por tal razón, este estudio tuvo como objetivo implementar planes de cuidados de enfermería para el manejo integral en un paciente pediátrico con parálisis cerebral infantil, para la mejora de su calidad de vida. En el cual se realizó una valoración integral de enfermería a través del modelo de Marjory Gordon, donde se logró evaluar de manera detallada cada uno de los patrones funcionales, permitiendo identificar los más alterados como el de percepción salud, actividad ejercicio, cognitivo-perceptual y nutrición-metabólica. determinando las necesidades específicas del paciente. Dado que se propusieron cuidados de enfermería enfocados en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, abordando los diagnósticos específicos como la nutrición desequilibrada para la ayuda a ganar peso, movilidad física deteriorada mediante una terapia física personalizada; prevención de úlceras por presión con técnicas de reposicionamiento y cuidado de la piel; y por último el despeje ineficaz de las vías respiratorias con actividades como la oxigenoterapia. Estas intervenciones no solo tienen el potencial de optimizar los resultados clínicos, sino también de promover un entorno de cuidado empático y compasivo que responda a las necesidades únicas de cada paciente y familia.

Palabras claves: Intervenciones, parálisis cerebral, valoración.

ABSTRACT

Infantile Cerebral Palsy (PCI) is a complex condition with various classifications according to the degree of brain injury and involvement. This non-progressive condition usually manifests itself in the early years of life and affects a child's ability to control his movements and maintain a stable posture. The brain damage caused by PCI occurs during embryonic development, where it can be a consequence of multiple factors such as: complications during pregnancy, premature birth, or traumatic events to the brain. In the following research work, we address the case of an 8-year-old child diagnosed with PCI who was admitted to hospital through the emergency area due to complications of hypoglycemia and respiratory failure. For this reason, this study aimed to implement nursing care plans for the integral management of a pediatric patient with cerebral palsy in order to improve his quality of life. In which an integral nursing evaluation was carried out through the model of Marjory Gordon, where it was possible to evaluate in detail each of the functional patterns, allowing the identification of the most altered ones such as health perception, perceptual and metabolic nutrition. determining the specific needs of the patient. Since nursing care was proposed focused on the NANDA, NOC and NIC taxonomy, addressing specific diagnoses such as unbalanced nutrition to help gain weight, impaired physical mobility through personalized physical therapy; Prevention of pressure ulcers with techniques for repositioning and skin care; and finally the ineffective clearing of the respiratory tract with activities such as oxygen therapy. These interventions have the potential not only to optimize clinical outcomes, but also to promote an empathetic and compassionate care environment that responds to each patient's unique needs.

Keywords: Interventions, cerebral palsy, assessment.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.....	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN	xiii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	4
3.1 Historia clínica	4
3.2 Valoración Integral de enfermería.....	6
3.3 Plan de cuidados de enfermería.....	8
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	11
5. CONCLUSIONES.....	16
6. BIBLIOGRAFÍA.....	17
7. ANEXOS	20

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidado de enfermería.

Tabla 2. Segundo plan de cuidado de enfermería

Tabla 3. Tercer plan de cuidado de enfermería.

Tabla 4. Cuarto plan de cuidado de enfermería.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Signos vitales de ingreso.

Anexo 2. Exámenes de laboratorio de ingreso.

Anexo 3. Tratamiento inicial.

Anexo 4. Prescripción de transfusión de paquete globular y corrección de electrolitos.

Anexo 5. Nota de evolución de ingreso.

Anexo 6. Nota de evolución de egreso del paciente.

Anexo 7. Últimos resultados de exámenes de laboratorio.

Anexo 8. Instrumento de valoración según Marjory Gordon.

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“TÍTULO DEL ESTUDIO DE CASO”		
Autor:	Mariuxi Lisbeth Muñoz Vergara		
Palabras claves:	intervenciones	parálisis cerebral	valoración
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es una condición compleja con diversas clasificaciones según el grado de lesión y afectación cerebral. Esta condición, no progresiva, suele manifestarse en los primeros años de vida y afecta la capacidad del niño para controlar sus movimientos y mantener una postura estable. El daño cerebral que causa la PCI ocurre durante el desarrollo embrionario, donde puede ser consecuencia de múltiples factores como: complicaciones durante el embarazo, parto prematuro, o eventos traumáticos al cerebro. En el siguiente trabajo de investigación se aborda el caso de un niño de 8 años de edad con diagnóstico de PCI, quien ingresó al hospital por el área de emergencia debido a complicaciones de hipoglucemia e insuficiencia respiratoria. Por tal razón, este estudio tuvo como objetivo implementar planes de cuidados de enfermería para el manejo integral en un paciente pediátrico con parálisis cerebral infantil, para la mejora de su calidad de vida. En el cual se realizó una valoración integral de enfermería a través del modelo de Marjory Gordon, donde se logró evaluar de manera detallada cada uno de los patrones funcionales, permitiendo identificar los más alterados como el de percepción salud, actividad ejercicio, cognitivo-perceptual y nutrición-metabólica, determinando las necesidades específicas del paciente. Dado que se propusieron cuidados de enfermería enfocados en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, abordando los diagnósticos específicos como la nutrición desequilibrada para la ayuda a ganar peso, movilidad física deteriorada mediante una terapia física personalizada; prevención de úlceras por presión con técnicas de reposicionamiento y cuidado de la piel; y por último el despeje ineficaz de las vías respiratorias con actividades como la oxigenoterapia. Estas intervenciones no solo tienen el potencial de optimizar los resultados clínicos, sino también de promover un entorno de cuidado empático y compasivo que responda a las necesidades únicas de cada paciente y familia.		
Abstract:	Infantile Cerebral Palsy (PCI) is a complex condition with various classifications according to the degree of brain injury and involvement. This non-progressive condition usually manifests itself in the early years of life and affects a child's ability to control his movements and maintain a stable posture. The brain damage caused by PCI occurs during embryonic development, where it can be a consequence of multiple factors such as: complications during pregnancy, premature birth, or traumatic events to the brain. In the following research work, we address the case of an 8-year-old child diagnosed with PCI who was admitted to hospital through the emergency area due to complications of hypoglycemia and respiratory failure. For this reason, this study aimed to implement nursing care plans for the integral management of a pediatric patient with cerebral palsy in order to improve his quality of life. In which an integral nursing evaluation was carried out through the model of Marjory Gordon, where it was possible to evaluate in detail each of the functional patterns, allowing the identification of the most altered ones such as health perception, perceptual and metabolic nutrition. determining the specific needs of the patient. Since nursing care was proposed focused on the NANDA, NOC and NIC taxonomy, addressing specific diagnoses such as unbalanced nutrition to help gain weight, impaired physical mobility through personalized physical therapy; Prevention of pressure ulcers with techniques for repositioning and skin care; and finally the ineffective clearing of the respiratory tract with activities such as oxygen therapy. These interventions have the potential not only to optimize clinical outcomes, but also to promote an empathetic and compassionate care environment that responds to each patient's unique needs.		
Descripción:	38 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es una condición compleja con diversas clasificaciones según el grado de lesión y afectación cerebral. Actualmente, tratarla se ha vuelto aún más complejo debido a la influencia de los movimientos involuntarios del cerebro y el sistema digestivo, lo que provoca dificultades para masticar, tragar y alimentarse, llevando al infante a una severa desnutrición, problemas de crecimiento y desgaste en su masa muscular, lo que radica un cuidado nutricional importante y una dieta adecuada, para lograr mejorar su calidad de vida (1).

Sin embargo, es importante resaltar que en la mayoría de situaciones donde se presenta un niño con esta condición, los familiares o responsables a menudo enfrentan diferentes dificultades, ya sean estas económicas o falta de conocimiento y apoyo sobre el manejo y cuidado adecuado de los niños con PCI.

En países en desarrollo, la principal causa de discapacidad motriz en niños es la parálisis cerebral infantil (PCI), a nivel mundial, afecta a 2 o 3 por cada 1000 nacidos vivos (2). De acuerdo, a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 15% de la población mundial vive con alguna forma de discapacidad. Sin embargo, la OMS no proporciona una subclasificación detallada de las discapacidades, lo que limita la disponibilidad de datos específicos sobre la enfermedad abordada en esta investigación. Esto se refleja en estudios epidemiológicos internacionales (3).

En Colombia, la incidencia de Parálisis Cerebral Infantil (PCI) era del 2% en el año 2000, con una frecuencia estimada de entre 120 y 160 casos por cada 100,000 recién nacidos. Mientras que en, Estados Unidos los registros indican 17 casos por cada 100,000 nacidos vivos. Los resultados de un estudio sobre el estado nutricional revelaron que el 72% de la muestra tenía la forma severa de PCI, y en este grupo se encontró que el 60% sufría de malnutrición. La prevalencia de la forma severa de PCI sugiere que cerca del 72% de la muestra no puede alimentarse por sí misma, lo que contribuye a una alta incidencia de desnutrición (3).

En Ecuador, aunque no hay datos específicos sobre la parálisis cerebral infantil (PCI), el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) reporta 110,159 casos por causas congénitas-genéticas y 20,000 por problemas de parto, dentro de un total de 345,512 discapacitados. Sin embargo, no se especifica la cantidad de niños con PCI que fallecen debido a complicaciones respiratorias. Según la CONADIS, estima que entre el 12% y el 14% de la población ecuatoriana tiene alguna discapacidad, con un 1.7% de estos siendo niños, y un 45% de los recién nacidos con PCI presentan prematuridad (3).

La parálisis cerebral infantil, es un tema importante de evaluar, tomando en consideración que este se presenta en diferentes niveles, según los factores genealógicos y estilo de vida desde su formación en el vientre de la madre; es por eso que analizar el caso a temprana edad, se puede llegar a lograr una mejor calidad de vida y dependencia del paciente siendo constante en las terapias y rehabilitaciones y orientación adecuada al familiar, ya que ellos son los responsables del cuidado.

Según, García-Ron et al. (4) hace hincapié que uno de los principales trastornos en los niños con PCI, es la comorbilidad digestiva, es decir que no existe una adecuada deglución en la alimentación, debido a los movimientos y postura del paciente, lo cual impide este proceso se dé correctamente y por ende lleva a la malnutrición.

El presente trabajo de investigación, cobra relevancia debido al impacto significativo clínico del PCI que se enfoca en la valoración y cuidado pertinente del paciente, ya que interfiere de manera directa, enfrentando complicaciones físicas, cognitivas y emocionales, secuelas como la desnutrición, las úlceras por presión (UPP) y otras dificultades, que afectan tanto su bienestar como su capacidad para realizar actividades cotidianas. Además de recopilar información que nos permita establecer cuidados de enfermería basados en la rehabilitación física, en la alimentación adecuada y cuidado en las úlceras por presión. Dado que, al estudiar este caso particular, se busca no solo mejorar la comprensión de la PCI desde una perspectiva individualizada, sino también contribuir al desarrollo de estrategias más efectivas para el manejo de esta condición compleja y dinámica en el contexto clínico actual.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Implementar planes de cuidados de enfermería para el manejo integral en un paciente pediátrico con parálisis cerebral infantil para la mejora de su calidad de vida.

2.2. Objetivos Específicos

- Analizar la historia clínica de un paciente pediátrico con parálisis cerebral infantil.
- Identificar las principales dificultades en el manejo integral de la parálisis cerebral infantil en un paciente pediátrico.
- Proponer cuidados de enfermería para ofrecer una mejor atención personalizada en un paciente pediátrico con parálisis cerebral infantil

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente pediátrico de 8 años de edad, con parálisis cerebral infantil, acudió el 25 de mayo del 2024, al área de emergencia con signos y síntomas de dificultad respiratoria, madre del paciente refirió cuadro clínico de 15 horas de evolución caracterizado por vómitos, en estado caquéctico, con palidez generalizada, respiración jadeante. Con los siguientes signos vitales: presión arterial: 107/67 mmHg, frecuencia cardíaca: 112 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 82% y temperatura: 35.8°C (ver anexo 1), con control de hemoglucotest de 32 mg/dl, con ojos hundidos, mucosas orales secas, tórax asimétrico, con campos pulmonares con presencia de murmullo vesicular abolido en pulmón derecho, ruidos cardíacos rítmicos con soplo auscultable en punta, abdomen enflaquecido, con pocos ruidos hidroaéreos, extremidades anquilosadas, enflaquecidas con edema, mediante prescripción verbal del médico pediatra se colocó inmediatamente oxígeno por cánula nasal con medio litro de oxígeno, y se decidió ingreso hospitalario (ver anexo 2).

El paciente se encontraba en condiciones clínicas críticas con exámenes de laboratorios con resultados: leucocitos normales con formula neutra, anemia, con hemoglobina de 7.2, hematocrito de 21.8, trombocitopenia, plaquetas 53 mil, sodio 136 y potasio de 3.3 (ver anexo 3). Con medicación: solución salina 0.9% 1000 ml vía intravenosa pasar 200 ml stat (2do bolo), dextrosa al 10 % 1000ml 20 ml vía intravenosa stat (2da dosis), dextrosa al 10% 1000 ml más 15 ml soletrol sodio más 20 ml soletrol potasio pasar a 20 ml/hora vía intravenosa, glóbulos rojos concentrados 160 mg pasar en 3 horas vía intravenosa, gluconato de calcio 10 ml más 10 ml de agua destilada cada 8 horas vía intravenosa, ondasetron 2 mg vía intravenosa por razones necesarias, paracetamol 156 mg vía intravenosa por razones necesarias (ver anexo 4).

Mediante una entrevista con la madre del paciente, refirió que el niño nació pre-término a las 32 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación (FUM), después de un embarazo con complicaciones de preeclampsia, recién nacido fue diagnosticado con parálisis cerebral infantil; posterior a ello a través de una

evaluación inicial, se observaron signos de retraso en el desarrollo motor y del habla, así como hipertonía muscular generalizada y dificultades en la alimentación.

También la madre mencionó, que su último control neurológico fue en el año 2022, y que fue tratado con una combinación de terapias multidisciplinarias, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y tratamiento farmacológico para el control de las convulsiones, aunque persistían dificultades significativas en la coordinación y el equilibrio, lograron un control parcial con la medicación antiepiléptica tratado con valcote.

En el segundo día de hospitalización el paciente seguía en condiciones clínicas graves, con monitorización continua, saturando 99% con medio litro de oxígeno afebril sin datos de dificultad respiratoria a la auscultación, con ultimo control de glucemia 65 mg/dl, según orden médica se le transfundió plaquetas a 15ml/kg/día por la trombocitopenia que presentaba, y también le habían realizado corrección de electrolitos tanto sodio como potasio ya que el menor se encontraba en desequilibrio electrolítico (ver anexo 5). Además, se evidencio lesión en región lumbosacra de 3 por 3 cm de diámetro por 2 de profundidad con exposición de tejido celular subcutánea compatible con escara, más zona eritematosa.

En su quinto día de hospitalización, el paciente se encontraba; tranquilo, afebril, con facies rosadas, sin dificultad respiratoria, a la auscultación murmullo vesicular abolido en pulmón derecho, se observaron placas blanquecinas en mucosa oral en escasa cantidad, más leve edema generalizado y diuresis presente. En su último control de glicemia a las 08h00am presento 79 mg/dl., y madre refirió mejor tolerancia oral de alimentos licuados.

Cursando el noveno día de hospitalización el médico pediatra durante la valoración de pase de visita, refirió que le realizaron una ecografía en otra institución, y optó ya por darle el alta médica más indicaciones y controles por consulta externa de pediatría. (ver anexo 6). Domingo 16 de junio del 2024, madre refirió que en horas de la noche el infante vuelve a ingresar al área de emergencia donde fue valorado y en pocas horas fallece con diagnóstico presuntivo de paro cardiorrespiratorio.

3.2 Valoración Integral de enfermería

De acuerdo con la valoración integral de enfermería que ofrece un método completo para entender la condición de salud del paciente, en el examen físico cefalocaudal, se encontró; cabeza con microcefalia, cabello corto y bien cuidado, sin signos de infestación, deformidad o lesiones visibles, ojos hundidos, pupilas isocóricas, reactivas a la luz con nistagmos horizontal, mucosas orales secas, facies pálidas sin presencia de edemas, cuello sin adenopatías, simétrico, piel con palidez generalizada, poco activo. Tórax simétrico, campos pulmonares con presencia de murmullo vesicular abolido en pulmón derecho, ruidos cardíacos rítmicos con soplo auscultable en punta. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, enflaquecido con pocos ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalias. Extremidades superiores e inferiores simétricas, anquilosadas, enflaquecidas, con edema, En región lumbosacra se evidencio lesión de 3 por 3 cm de diámetro por 2 de profundidad con exposición de tejido celular subcutánea compatible con escara, más zona eritematosa de bordes ya revitalizados.

Luego se realizó una valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon. De acuerdo a esto en el patrón percepción-manejo de la salud, el paciente pediátrico tenía una comprensión limitada de su compleja condición de salud. Desde su nacimiento prematuro y diagnosticado de parálisis cerebral infantil, la salud del menor estaba comprometida, debido a los retrasos en el desarrollo motor, dificultades en la alimentación y persistente hipertonía muscular. A pesar de los esfuerzos terapéuticos multidisciplinarios, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y medicación antiepiléptica, la salud del niño estuvo gravemente afectada.

En cuanto el patrón de nutricional metabólico, el paciente constaba con un peso de 14kg, mostrando un índice de masa corporal (IMC) $< 16 \text{ kg/m}^2$ dando como resultado una desnutrición severa, más anemia proteica calórica mediante resultados de laboratorio, indicando problemas hematológicos y posibles deficiencias nutricionales. Se evidenciaba glucemias capilares inestables de 65mg/dl – 75mg/dl, también se reflejó lesión en región lumbosacra de 3 por 3 cm de diámetro por 2 de profundidad con exposición de tejido celular subcutánea compatible con escara, más zona eritematosa, además presentaba alteraciones en

la motilidad y deglución, lo que afectaba su capacidad para alimentarse adecuadamente, y mediante una valoración detallada el familiar refiere buena tolerancia oral de alimentos sólidos y líquidos considerando la necesidad de alimentación enteral o parenteral según fue necesario.

Durante la valoración del patrón de eliminación, el paciente mostró abdomen enflaquecido y pocos ruidos hidroaéreos, sugiriendo posible disfunción gastrointestinal, debido a su estado de desnutrición e inestabilidad, el menor estuvo en riesgo de estreñimiento. Sin embargo, durante la hospitalización se observó diuresis presente mediante el uso del pañal ya que no podía movilizarse por sus propios medios, lo que indica que la función renal estaba en parte preservada y sudoración normal. Se implementó balance hídrico estricto para el control de egresos e ingresos de líquidos y medidas preventivas como la hidratación adecuada, y cambios posturales frecuentes para mejorar la función intestinal.

En el patrón de actividad y ejercicio, debido a la condición, del paciente que tenía extremidades anquilosadas y enflaquecidas, lo limitaba a su movilidad y capacidad para realizar actividades físicas, lo que pasaba encamado. Las dificultades en la coordinación y el equilibrio eran notables. Por otro lado, en el patrón sueño y descanso madre mencionaba que existía interrupciones, donde se establecieron rutinas de sueño regulares, ajustando la medicación para mejorar la calidad del sueño y reducir las molestias nocturnas.

Del mismo modo, durante la valoración del patrón cognitivo-perceptual, el paciente demostró estar despierto, respondía a estímulos con sonidos incomprensibles, en el que se valoró su nivel de consciencia dando una puntuación 6/15 según la escala de Glasgow, con discapacidad intelectual, motora y de lenguaje. El patrón autopercepción y auto-concepto, no pudo ser valorado debido a la condición que padece ya que no es capaz de comunicar cómo se siente y se percibe así mismo.

Por otra parte, en el patrón de rol-relaciones, los familiares del paciente desempeñaban un papel crucial en su cuidado y apoyo emocional, debido a su condición crónica, manteniendo una buena relación, esforzándose mucho para brindarle la atención adecuada.

En el patrón de sexualidad reproducción, no era relevante a su edad, mantuvo una vida sexual inactiva. Así mismo en la valoración de patrón de adaptación y tolerancia al estrés, se encontraba en un estado de estrés significativo debido a su deterioro clínico y condición.

Finalmente, se pudo constatar, en el patrón de valores y creencias, los padres compartían fe católica lo cual, no limitó al proporcionar cuidados centrados, asegurándose de que las decisiones se respeten en preferencias y la ética de la familia.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Después de evaluar de manera completa e integral, utilizando los estándares funcionales de Marjory Gordon, se encontraron varios diagnósticos de enfermería debido a que se observaron alterados algunos de ellos y necesitaban intervenciones específicas.

Tabla 1. Primer plan de cuidado de enfermería.

Diagnóstico enfermero		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
(NANDA)				
Dominio 11. Seguridad/Protección Clase 2. Lesión física	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00031. Despeje ineficaz de las vías respiratorias r/c secreciones retenidas m/p sonidos respiratorios adventicios (estertores), ritmo respiratorio alterado	Dominio: Salud fisiológica (II)	041502 Ritmo respiratorio	1. Gravemente	Mantener en: 2
	Clase: Cardiopulmonar (E)		2. Sustancialmente	Aumentar a: 4
	0415 Estado respiratorio	041508 Saturación de oxígeno	3. Moderadamente	Mantener en: 2
			4. Levemente	Aumentar a: 4
			5. No comprometido	Mantener en: 3
				Aumentar a: 4
				Mantener en: 2
		041515 Disnea de pequeños esfuerzos		Aumentar a: 4
		041531 Tos		Mantener en: 3
				Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo		Clase K: Control respiratorio.		
Cuidados que apoyan la regulación homeostática.		Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.		
3140 Manejo de la vía aérea				
- Controlar signos vitales, monitorizar el nivel de oxigenación. - Eliminar las secreciones estimulando la tos o utilizando succión. - Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación. - Administrar tratamientos con nebulizador, según corresponda. - Ubicar al paciente en una postura que favorezca y alivie la disnea.				
3320 Oxigenoterapia				
- Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. - Administrar oxígeno suplementado según órdenes. - Supervisar el flujo de litros de oxígeno. - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro). - Evaluar si el paciente puede prescindir del oxígeno durante la ingesta de alimentos. - Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2. Segundo plan de cuidado de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 11. Seguridad /Protección. Clase 2. Lesión física 00313 Lesión por presión infantil r/c. piel seca, disminución de la movilidad física, deshidratación, desnutrición proteico calórica, superficie de la piel alterada, m/p eritema, color purpura, dolor en los puntos de presión, la ulcera está cubierta por una escara.	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio: Salud funcional (II) Clase: Integridad tisular (L) 1101 Integridad tisular: piel membranas mucosas	110101 Temperatura de la piel 110104 Hidratación 110106 Transpiración 110103 Integridad tisular 110115 Lesiones cutáneas 110115 Eritema	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 1 Aumentar a: 3 Mantener en: 1 Aumentar a: 3 Mantener en: 1 Aumentar a: 3
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: Complejo	Clase L: Control de la piel/ heridas			
Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.			
3520 Cuidados de las úlceras por presión				
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. - Limpiar alrededor de la úlcera con jabón clorhexidina, solución salina al 0.9%. - Desbridar la úlcera con la solución no toxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. - Aplicar pomadas, como sulfadizina de plata según corresponda. - Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. - Cambiar de posición cada 1 – 2 horas para evitar la presión prolongada. - Utilizar camas y colchones anti escaras, según corresponda. - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y limpia - Asegurar una ingesta dietética adecuada. - Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda, - Enseñar a los miembros de la familia o tutor los procedimientos de cuidado de la herida.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.
Elaborado por: Autora

Tabla 3. Tercer plan de cuidado de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
Dominio 2. Nutrición Clase 1. Ingestión		Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
00002 Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales m/p debilitamiento de los músculos necesarios para la masticación r/c peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Regulación metabólica (I) 1006 Peso: masa corporal	100601	Peso	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 1 Aumentar a: 3	
		100606	Porcentaje de grasa corporal		Mantener en: 1 Aumentar a: 3	
		100608	Percentil de la talla (niños)		Mantener en: 1 Aumentar a: 3	
		100602	Grosor del pliegue cutáneo del tríceps		Mantener en: 1 Aumentar a: 3	
		Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
		Dominio 1: Fisiológico: básico		Clase D: Apoyo nutricional		
		Cuidados que apoyan el funcionamiento físico		Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.		
		1240 Ayuda para ganar peso				
		- Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda todas las mañanas. - Observar si hay náuseas y vómitos. - Determinar la causa de las náuseas y/o vómitos y tratarla convenientemente. - Administras medicamento para reducir las náuseas y el dolor antes de comer, si es necesario. - Ayudar durante la alimentación al paciente, o guiar al familiar/cuidador. - Vigilar que se cumpla con la alimentación adecuada, (de masticación fácil, fórmulas mezcladas o comerciales) - Colocar sonda nasogastrica según el requerimiento. - Considerar factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada del paciente. - Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer. - Educar al familiar a planificar las comidas, según sus posibilidades. - Registrar el progreso de la ganancia de peso en una gráfica y colocarla en un sitio estratégico.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 4. Cuarto plan de cuidado de enfermería.

Tabla 4. Cuadro plan de cuidados de enfermería.				
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 4. Actividad/ descanso	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio: Salud funcional (I)	020415 Articulaciones contraídas	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente	Mantener en: 1

Clase 2. Actividad/ ejercicio	Clase: Movilidad (C)	020404 Estado nutricional	4. Levemente 5. No comprometido	Aumentar a: 3 Mantener en: 1 Aumentar a: 3 Mantener en: 1 Aumentar a: 3 Mantener en: 1 Aumentar a: 3 Mantener en: 1 Aumentar a: 3
00085 Movilidad física deteriorada m/p masa muscular insuficiente r/c movilidad muscular.	0204 Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas	020411 Fuerza muscular 020412 Tono muscular 020414 Movimiento articular		

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Dominio 1: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Clase A: Control de actividad y ejercicio Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.
---	--

0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
- Educar al familiar/cuidador el objetivo y el plan de ejercicios articulares.
- Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- Proteger al paciente de traumatismos durante el ejercicio.
- Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
- Educar al familiar/cuidador a realizar de forma sistemática los ejercicios pasivos o activos o de amplitud de movimientos.
- Dar instrucciones escritas sobre los ejercicios aprendidos al familiar/cuidador cuando ya sea dado de alta el paciente.
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de rango de movimiento.
- Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.
- Fomentar que se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

La parálisis cerebral infantil (PCI) es una de las afecciones más comunes y constituye la principal causa de discapacidad en la infancia. Los niños que padecen esta condición enfrentan necesidades médicas complejas y, en numerosos casos, requieren la intervención de un equipo de profesionales de diversas disciplinas. En muchas ocasiones, no cuentan con un pediatra encargado de coordinar el seguimiento integral del tratamiento (5).

Según Peláez-Cantero et al. (5) establece que, enfermería juega un papel fundamental; el cual, debe conocer las diferentes opciones terapéuticas: no farmacológicas como fisioterapia y terapia ocupacional ya que, la terapia física es la piedra angular del tratamiento. Así mismo, Hamida-Dris (6) destaca que la valoración previa es fundamental, y que cada paciente requiere de un tratamiento personalizado e individualizado en función de sus capacidades y limitaciones. Por ello, el plan de cuidados de enfermería propuesto incluyó ejercicios de rehabilitación física adaptados a la capacidad del niño, con el objetivo de mejorar su independencia y prevenir la atrofia muscular y otros efectos adversos relacionados con la inmovilidad.

La historia de la parálisis cerebral infantil (PCI) según Ruiz-Brunner et al. (7), arranca en el año 1830 por un estudio realizado por el cirujano William John Little, tratando de agrupar los diferentes trastornos determinando que la principal afectación se da en el parto prematuro, asfixia y convulsión neonatal. Luego de una larga investigación y criterios de varios estudiosos en el tema a inicios del siglo XX, se planteó un programa de terapia basado en las condiciones mentales y físicas del paciente.

Es importante destacar la función principal de los tutores de los niños con (PCI) que están ligados a vigilar y apoyar el desarrollo completo de habilidades físicas, ya que es esencial para promover su crecimiento personal y favorecer su participación y destrezas en su vida cotidiana (8,9). Sin embargo, desde la perspectiva de este estudio de caso, las intervenciones se extienden hacia un acompañamiento continuo que también abarca la educación del cuidador o familiar, con el fin de

garantizar que reciban las herramientas y conocimientos necesarios para optimizar la atención que brindan al niño.

Colcha-Llamuca et al. (10) en su trabajo de investigación, determinan que las necesidades de cuidado que presentan los pacientes con (PCI) son extensas y de gran magnitud, por el cual, los enfermeros profesional tiene un papel esencial con los pacientes y su familia a fin de buscar una máxima rehabilitación. Adicionalmente Peláez-Cantero et al. (11) resalta que actualmente el enfoque ha ido cambiando, de no solo la atención está dirigido al paciente, sino también a los familiares, y que en su mayoría muestran insatisfacción en la atención recibida.

En este caso, se presenta un niño de 8 años de edad con (PCI) que enfrenta diversos problemas relacionados con su nutrición, actividad física y el riesgo de desarrollar úlceras por presión (úlceras por escara), lo cual refleja algunas de las complicaciones más comunes asociadas a esta condición. La interacción entre estos factores requiere un enfoque integral que involucre a varios profesionales para atender sus necesidades de salud de manera específica y prevenir posibles complicaciones adicionales.

Sin embargo, García-Ron et al. (12) refiere que las manifestaciones clínicas motoras varían según el tipo de parálisis cerebral, dependiendo de la forma en que se presenta el trastorno motor, la zona del cuerpo afectada y el grado de impacto funcional que genera. No obstante, los avances significativos en el tratamiento rehabilitador y nutricional de los pacientes con (PC), estos continúan presentando un riesgo elevado de desnutrición, particularmente aquellos que tienen un mayor grado de deterioro motor. Esto se debe a las dificultades que enfrentan para mantener una adecuada ingesta alimentaria, lo que agrava aún más su condición (13).

Según Eivar-Toscano (14), los niños con (PCI) tienen un alto riesgo de sufrir problemas nutricionales por las lesiones neurológica que afecta la función neuromuscular, dificultando la succión, masticación, deglución y digestión, lo que puede llevar a una ingesta insuficiente y desnutrición.

Leonardo-Cabello et al. (15) menciona que los niños con (PCI) tienen un mayor riesgo de síndrome de realimentación debido a la alta prevalencia de desnutrición,

que tiene múltiples causas. En las intervenciones de enfermería propuestas en este estudio se centró en mejorar la ingesta alimentaria mediante la implementación de un plan nutricional supervisado, que incluya suplementos y métodos adaptados de alimentación, como control de peso, educar a la familia a planificar las comidas, según sus posibilidades y registrar el progreso de la ganancia de peso con el fin de evitar complicaciones adicionales derivadas de la falta de peso y la desnutrición.

Maza-Moscoso et al. (16) y Ramírez-Bonivento et al. (17) resaltan que el desarrollo de las úlceras por presión (UPP) tiene una relación importante con el estado nutricional, ya que las (UPP) representan un problema de salud global, siendo especialmente comunes entre los pacientes hospitalizados con limitaciones físico-motoras y problemas de nutrición. Es por eso, que también se incluyó un enfoque preventivo para el manejo de úlceras por presión, con énfasis en la movilización frecuente del niño, el uso de superficies de apoyo, y el seguimiento exhaustivo de las heridas basado en un plan de cuidado de enfermería, para evitar complicaciones infecciosas.

Por lo tanto, al estudiar este caso particular, se busca no solo mejorar la comprensión de la parálisis cerebral infantil desde una perspectiva individualizada, sino también contribuir al desarrollo de intervenciones más efectivas para el manejo de esta condición compleja y dinámica en el contexto clínico actual.

5. CONCLUSIONES

A través del análisis de la historia clínica del paciente, se logró obtener una comprensión detallada de su condición médica, sus antecedentes personales, familiares y las intervenciones previas. Lo cual facilitó la identificación de las principales necesidades del paciente, permitiendo una evaluación precisa de su estado que requieran atención.

Mediante la valoración exhaustiva cefalocaudal y por patrones según Marjory Gordon se logró evaluar de manera detallada cada uno de los patrones funcionales, permitiendo identificar los más alterados como el de percepción salud, actividad ejercicio, cognitivo-perceptual y nutrición-metabólica. Además, facilitó la identificación de los factores que influían en su adaptación a la enfermedad, lo que permitió una comprensión más profunda de su situación, optimizando la toma de decisiones para que el manejo de su condición sea lo más adecuado posible, mejorando la perspectiva de desarrollo y bienestar del paciente.

Se propusieron cuidados de enfermería enfocados en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, abordando los diagnósticos específicos como la nutrición desequilibrada para la ayuda a ganar peso, movilidad física deteriorada mediante una terapia física personalizada; prevención de úlceras por presión con técnicas de reposicionamiento y cuidado de la piel; y por último el despeje ineficaz de las vías respiratorias con actividades como la oxigenoterapia. Estas intervenciones no solo tienen el potencial de optimizar los resultados clínicos, sino también de promover un entorno de cuidado empático y compasivo que responda a las necesidades únicas de cada paciente y familia.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Confederación ASPACE. Descubriendo la parálisis cerebral [Internet]. [citado 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/726a6-descubriendo-p.-cerebral.pdf>
2. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet]. Suplemento. diciembre 2019; 29(2): s17-s36. [citado 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2019/cans194g.pdf>
3. Doylet-Rivas YL, Álvarez-Condo GM, González-Calero MJ, Hidalgo Candell C. Parálisis Cerebral infantil, sus complicaciones gastrointestinales y efectos del estado nutricional en los niños 1-10 años del centro integral de equitación de la Prefectura del Guayas. Más Vita. [Internet] 2020 [consultado 13 de enero de 2025] ;2(1): 38-46 Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/62/528>.
4. García-Ron A, González-Toboso RM, Bote-Gascón M, Santos MT, Vecino R, Bodas-Pinedo A. Estado nutricional y prevalencia de disfagia en parálisis cerebral infantil. Utilidad del cribado mediante la escala Eating and Drinking Ability Classification System y su relación con el grado de afectación funcional según el Gross Motor Function Classification System. Neurología.[Internet] 2021 [citado 13 de enero de 2025]; 38(1):36-41. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.12.006>
5. Peláez-Cantero MJ, Moreno-Medinilla EE, Cordon-Martínez A, Gallego-Gutiérrez S. Abordaje integral del niño con parálisis cerebral. An Pediatr. [Internet] 2021 [citado 13 de enero de 2025]; 95(4): 276.e1-276.e11. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.07.011>
6. Hamida-Driss Y. Tratamiento fisioterápico de la parálisis cerebral infantil. NPunto. [Internet] 2023 [citado 13 de enero de 2025];1(1):1-1. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/64/tratamiento-fisioterapico-de-la-paralisis-cerebral-infantil>

7. Ruiz-Brunner M de las MR, Cuestas E. La construcción de la definición parálisis cerebral: un recorrido histórico hasta la actualidad. Rev Fac Cienc Médicas Córdoba. [Internet] 2019 [citado 13 de enero de 2025];76(2):113-7. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/23649/23982>
8. Musazzi M del M, Aladro I, Catoira NP, Vidal AF, Aguiló AF, Viale L. Compromiso psicofísico en cuidadores de niños con parálisis cerebral. Neurol Argent. [Internet] 2020 [citado 13 de enero de 2025];12(3):194-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.02.003>
9. González-Méndez A, Péres-Flores CM, Baracaldo-Lizano Y. A propósito del artículo “Calidad de vida en el cuidador primario informal familiar del niño con parálisis cerebral profunda”. Rev Cuba Med Física Rehabil [Internet]. 2023 [citado 13 de enero de 2025];15(1). Disponible en: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/818>
10. Colcha-Llamuca EM, Morales-Tite EK. Rol del cuidador en niños con parálisis cerebral. [Internet] [Tesis de grado]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2024 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14286>
11. Peláez-Cantero MJ, Gallego-Gutiérrez S, Moreno-Medinilla EE, Cerdón-Martínez A, Madrid-Rodríguez A, Núñez-Cuadros E, et al. Parálisis Cerebral en Pediatría: Problemas Asociados. Rev Ecuat Neurol. [Internet] 2021 [citado 13 de enero de 2025]; 30(1):115-24. Disponible es: <https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2021/05/26312581-rneuro-30-01-00115.pdf>
12. García-Ron A, Arriola-Pereda G, Machado-Casas I, Pascual-Pascual I, Garriz M, García-Ribes A, et al. Parálisis cerebral. Protoc diagn ter pediatr. [Internet] 2022 [citado 23 de enero de 2025]; 1:103-114. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11.pdf>
13. Victoria-Miñana I, Moriczi DM, Galera-Martínez R, Bergua-Martínez A, Borregón-Rivilla E, Blanco-Rodríguez M, et al. Eficacia de la nutrición en niños con parálisis cerebral. Nutricioemocional.es. [Internet] 2024 [citado 24 de enero

- de 2025]. Disponible es:
https://nutricionemocional.es/sites/default/files/infopediatria_no3.pdf
14. Eivar-Toscano ME. Manejo nutricional en parálisis cerebral infantil. Un estudio de revisión. [Internet] [Tesis de grado]. Ambato. Universidad Técnica de Ambato. 2023 [citado 24 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/40140>
 15. Leonardo-Cabello MT, Llorente-Pelayo S, Pérez-González D, Ansó-Mota M, García-Calatayud S. Síndrome de realimentación en niña con parálisis cerebral. An Sist Sanit Navar.[Internet] 2021[citado 13 de enero];44(3):469-74. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0949>
 16. Maza-Moscoso CP, Osuna-Padilla IA, Maldonado-Valadez PP. Manejo nutricional del paciente con úlceras por presión: una revisión de la literatura. Rev Nutr Clínica Metab.[Internet] 2021[citado 14 de enero de 2025]; 4(1):56-64. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/162/361>
 17. Ramírez-Bonivento ER, Guarquila-Abril EM, Latorre-Segovia S del R, Arce-Chariguaman WP, Chancay-Domenech LF. Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. J Am Health [Internet] 2021;4(2):56-68. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98/207>

7. ANEXOS

Anexo 1. Signos vitales de ingreso.

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES													
PRESIÓN ARTERIAL	120/60	F. CARDIACA min	127	F. RESPIRATORIA min	30	TEMP. BUCAL °C		TEMP AXILAR °C	36.50	PESO Kg.	0.00	TALLA m	0.00
GLASGOW	OCULAR (4)	0	VERBAL (5)	0	MOTORA (6)	0	TOTAL (15)	REACCIÓN PUPILAR DER.	REACCIÓN PUPILAR IZQ.	T. LLENADO CAPILAR	0	SATURA OXÍGENO	86

Anexo 2. Exámenes de laboratorio de ingreso.

	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
Hematología			
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	7.02	x 10 ³ /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.03	10 ³ /μL	
BASOFILOS %	0.4	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	3.29	10 ³ /μL	
NEUTROFILOS %	46.9	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.05	10 ³ /μL	
EOSINOFILOS %	0.7	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	3.24	10 ³ /μL	
LINFOCITOS %	46.2	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.41	10 ³ /μL	
MONOCITOS %	5.8	%	HASTA - 12
HEMATIES	1.99	mm ³ /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	7.22	g/dl	13.5 - 18
HEMATOCRITO	21.9	%	40 - 54
MCV	95.8	fL	80 - 98
MCH	31.2	pg	27 - 32
MCHC	32.6	%	31 - 36
RDW - CV	15.7	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	54.2	fL	
PLAQUETAS	42	mm ³ /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.2	fL	7.4 - 10.4
PDW	5.10	--	
PCT	0.03	--	
P_LCR	10.59	%	
P_LCC	4.00	--	
*ALY%	0.50	%	
*LIC%	0.60	%	
*NRBC%	0.10	%	
*ALY#	0.04	10 ⁹ /L	
*LIC#	0.04	10 ⁹ /L	
*NRBC#	0.01	10 ⁹ /L	

Anexo 3. Tratamiento inicial.

- SOLUCIÓN SALINA 0.9% 1000 ML IV PASAR 200 ML IV STAT (2DO BOLO)
- DEXTROSA 10 % 1000 ML IV 20 ML IV STAT (2DA DOSIS)
- DEXTROSA 10% 1000 ML MAS 15 ML SOLETROL NA MAS 20 ML SOLETROL K IV PASAR A 20 ML/HORA
- GLOBULOS ROJOS CONCENTRADOS 160 MG IV PASAR EN 3 HORAS
- GLUCONATO DE CALCIO 10 ML MAS 10 ML AGUA DESTILADA CADA 8 R HORAS
- ONDASETRON 2 MG IV PRN
- PARACETAMOL 156 MG IV PRN

Anexo 4. Prescripción de transfusión de paquete globular y corrección de electrolitos.

PCTE QUE PERMANECE CON O2 A 1/2 LITRO SATURANDO 99% AFEBRIL SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA A LA AUSCULTACION CSPS RONCUS DISCRETOS RSCS RITMICOS. PCTE QUE LUCE PALIDO MUCOSAS CON LEVE EDEMA PAPPADO SUPERIOR DERECHO DISCRETO PCTE CAQUETICO CON POCO PANICULO ADIPOSO ANEMIA LA MISMA QUE ESTA SIENDO CORREGIDA EL DIA DE AYER SE ENVIA A REALIZAR HEMOGRAMA DE CONTROL EL QUE REPORTA HB 7.2 HCTO 21.8 SE DECIDIO TRANSFUNDIR UNA UNIDAD DE PLAQUETAS EN CORRECCION EL POTASIO 3.3 SE DEJA ORDEN DE CONTROL PARA EL MEDIO DIA DEL DIA DE HOY POSTRANSFUSIONAL.

PADRES ENTERADOS DE LAS CONDICIONES CLINICAS GRAVES DEL MENOR

PIEL PALIDEZ GENERALIZADA, POCO ACTIVO.

CAMPOS PULMONARES DISCRETOS RONCUS BILATERALES

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES

EXTREMIDADES ANQUILOSADAS POR FALTA DE FISIOTERAPIA

Anexo 5. Nota de evolución de ingreso.

PACIENTE CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, CONVULSIONADOR TRATADO CON VALCOTE, ULTIMO CONTROL CON NEUROLOGIA PEDIATRICA HACE 2 AÑOS. PACIENTE LLEGA AL AREA DE EMERGENCIA CON DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIO, PALIDO Y JADEANDO, SE INDICA A LA MADRE DE LAS CONDICIONES CLINICAS GRAVES DEL MENOR Y DE LAS ALTAS PROBABILIDADES DE FALLECER. MADRE REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR VOMITOS NO ESPECIFICOS CUANTOS LA MADRE, MENOR LUCE CAQUETICO, CON PALIDEZ GENERALIZADA, RESPIRACION JADEANTE Y SATURA 82%, SE COLOCA INMEDIATAMENTE OXIGENO POR CANULA NASAL, CON CONTROL DE HEMOGLUCOTEST DE 32 MG/DL.

LUCE MAL, SECO CON OJOS HUNDIDOS, CON MUCOSAS ORALES SECAS. SE DECIDE INGRESO HOSPITALARIO.

PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL. CONDICIONES CLINICAS GRAVES, CON ALTAS PROBABILIDADES DE FALLECER, MADRE ENTERADA DE LAS CONDICIONES CLINICAS DEL MENOR, PACIENTE CAQUETICO CON PALIDEZ GENERALIZADA, DIAFORETICO, CON RESPIRACION JADEANTE, CON OJOS HUNDIDOS, MUCOSAS ORALES SECAS.

TORAX ASIMETRICO, CON CAMPOS PULMONARES RONCUS

ABDOMEN ENFLAQUECIDO, CON POCOS RUIDOS HIDROAEREOS

EXTREMIDADES ANQUILOSADAS, ENFLAQUECIDAS

EXAMEN FISICO: PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL. CONDICIONES CLINICAS GRAVES, CON ALTAS PROBABILIDADES DE FALLECER, MADRE ENTERADA DE LAS CONDICIONES CLINICAS DEL MENOR, PACIENTE CAQUETICO CON PALIDEZ GENERALIZADA, DIAFORETICO, CON RESPIRACION JADEANTE, CON OJOS HUNDIDOS, MUCOSAS ORALES SECAS.

TORAX ASIMETRICO, CON CAMPOS PULMONARES RONCUS

ABDOMEN ENFLAQUECIDO, CON POCOS RUIDOS HIDROAEREOS

EXTREMIDADES ANQUILOSADAS, ENFLAQUECIDAS

Anexo 6. Nota de evolución de egreso del paciente.

ESCOLAR DE 8 AÑOS DE EDAD PORTADOR DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL + EPILEPSIA + ALTERACION DE LA MOTILIDAD Y DEGLUCION. CURSANDO SU NOVENO DIA DE HOSPITALIZACIÓN CON DIAGNOSTICO ANEMIA NO ESPECIFICADA + HIPOVOLEMIA + DESNUTRICION SEVERA PROTEICO CALORICA CRONICA + DESEQUILIBRIO METABOLICO E HIDROELECTROLITICO (EN ESTUDIO).

AL PASE DE VISITA PACIENTE SIN VIA PERIFERICA TRANQUILO, LUCE HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN MUGUET, EUTERMICO, NORMOVOLEMICO, EUGLICEMICO, HOY EN LA MAÑANA GLUCOSA CAPILAR DE 76 MG/DL, CONTINUA CON EDEMA EN EXTREMIDADES SUPERIORES POR DISPROTEINEMIA PERSISTENTE A PESAR DE TRANSFUNDIR ALBUMINA POR 3 OCASIONES, ESTA ANQUILOSADO POR FALTA DE REHABILITACION, PACIENTE DESCUIDADO POR LOS PADRES, A LA AUSCULTACIÓN CAMPOS PULMONARES HIPOVENTILADOS EN PULMON DERECHO, RUIDOS CARDIACOS ARRITMICOS MÁS SOPLO EN PUNTA GRADO III/III NO IRRADIADO, LUCE MEJOR PERFUNDIDO DIURESIS PRESENTE PADRE REFIERE BUENA TOLERANCIA ORAL DE ALIMENTOS LICUADOS, CONTINUA CON ESCARAS EN REGIÓN LUMBOSACRA CON BORDES REVATILIZADOS SIN SIGNOS DE NECROSIS, POR DESCUIDO DE LOS PADRES QUE NO LO MOVILIZAN. COMPLETO ANTIBIOTICOTERAPIA. SE DECIDE ALTA MEDICA + INDICACIONES, CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA.
SIGNOS VITALES: PA: 107/67 FC: 112X FR: 20X SO2: 98% AL AMBIENTE, TEMP: 36.8°C

Anexo 7. Últimos resultados de exámenes de laboratorio.

GLUCOSA	70.3	mg/dl	70 - 115
SODIO	134.50	mmol/L	135 - 150
POTASIO	3.70	mmol/L	3.5 - 5
CALCIO	1.08	mmol/L	1.1 - 1.35
CLORO	106.30	mmol/L	94 - 110
LI	0.04	mmol/L	0.03 - 7.35
pH		mmol/L	0 - 0
LEUCOCITOS	7.44		
BASOFILOS#	0.04		
BASOFILOS %	0.5	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	2.22	10 ³ /uL	-
NEUTROFILOS %	29.9	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.07	10 ³ /uL	-
EOSINOFILOS %	0.9	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	4.21	10 ³ /uL	-
LINFOCITOS %	56.6	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.90	10 ³ /uL	-
MONOCITOS %	12.1	%	HASTA - 12
HEMATIES	2.87		
HEMOGLOBINA	9.10	g/dl	13.5 - 18
HEMATOCRITO	26.7	%	40 - 54
MCV	93.2	fL	80 - 98
MCH	31.8	pg	27 - 32
MCHC	34.1	%	31 - 36
RDW - CV	15.0	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	53.4	fL	-
PLAQUETAS	55		

Anexo 8. Instrumento de valoración según Marjory Gordon.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON			
*Nombre y apellidos:		Fecha de nacimiento:	Fecha de valoración:
Edad: 13 años		Sexo: masculino	
Motivo de ingreso:			
Antecedentes patológicos: Parálisis Cerebral Infantil			
Antecedentes familiares: Madre hipotensa			
Antecedentes quirúrgicos: Ninguno			
Alergias Si () No (X) Alimentos () Medicamentos () Especifique:			
1. PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD			
Estilo de vida:			
Conocimiento de su enfermedad: Si () No ()			
Régimen terapéutico: Si (X) No ()			
Automedicación: Si (X) No ()			
Manejo de dispositivos y medicamentos para su tratamiento:			
Factores de riesgo o hábitos tóxicos:			
2.- NUTRICIONAL - METABÓLICO			
Peso: 14kg	Talla:	IMC: 16 kg/m ²	PC: T°:
Nutrición:			
Apetito: Normal () Aumentado () Disminuido (X) Náuseas (X) Vómitos () Reflujo ()			
Suplementos nutricionales: Si (X) No () ¿Cuáles?: <u>Mediación</u>			
Sigue algún tipo de dieta: Diabética () Hiposódica () Hipocalórica () Colesterol () Otra <u>Planta-hipoproteica</u>			
Piezas dentarias Completas () Incompletas () Prótesis () Caries (X)			
Alimentación por SNG () Parenteral ()			
Disfagia Si () No () Sólidos () Líquidos () Cantidad diaria _____			
Equilibrio hídrico		Termorregulación:	
Estado de la piel: <u>Deshidratada</u>		UPP: <u>Nivel sacro</u>	
3.- ELIMINACIÓN			
Intestinal			
Hábitos intestinales:		Número de deposiciones/día:	
Estreñimiento (X) Diarrea () Incontinencia () Ostomía ()			
Dolor abdominal () Distensión urinaria ()			
Sistema de ayuda eliminación intestinal Si () No () Dietéticas () Enemas () Laxantes () Otros _____			
Urinario			
Micciones en el día: <u>normal</u>		Características de la orina: <u>normal</u>	
Incontinencia urinaria () Ocasional () Permanente ()			
Disuria ()		Poliuria ()	
Polaquiuria ()		Eneuresis ()	
Oliguria o anuria ()		Hematuria ()	
Piel y mucosas			
Sudoración Normal () Profusa () Escasa ()		Exudado de herida Si (X) No () Dónde? <u>Nivel sacro</u>	
Drenajes Si () No ()			
Recursos de ayuda utilizados:			
4.- ACTIVIDAD - EJERCICIO			
Pulso: 87	FR: 28	TA: 120/60	P pedio (derecho) (izqdo.)
Actividad física habitual: Sedentarismo (X) Pasea ocasionalmente () Pasea diariamente () Practica algún deporte ()			
Nivel de energía durante el día: Bueno () Regular () Malo () Falta o reducción de la energía para tolerar la actividad ()			
Pérdida de fuerza: Brazos () Manos () Piernas () Inestabilidad en la marcha ()			
Alteraciones motoras:			
Temblor grueso ()		Temblor fino () Temblor reposo ()	

Temblor intencional () Estereotipias () Agitación () Acatisia () Distonía aguda () Capacidad funcional para la alimentación: Independiente () Dependiente ☒	Marcha de puntillas () Manierismo () Hiperactividad () Estupor catatónico () Capacidad funcional para baño/higiene general: Independiente () Dependiente ()	Tic () Ecopraxia () Inhibición psicomotora () Rigidez ☒
OXigenación (problemas respiratorios-cardiovasculares-hematológicos): Ejercicio: <u>No realiza</u> Riesgo de lesión, caídas: <u>Si</u>		
Recursos de ayuda utilizados:		
5.- SUEÑO - DESCANSO Número de horas de sueño/día: Patrón habitual de sueño: () Diurno () Nocturno () Dificultad para conciliar el sueño () Interrupción del sueño () Desvelo prolongado () Dificultad para despertar () Apnea del sueño () Hipersomnio () Sonambulismo () Pesadillas () Terrores nocturnos Calidad del sueño: <u>Regular</u> Nivel de energía: Bueno () Regular ☒ Malo ()		
Recursos de ayuda utilizados:		
6.- COGNITIVO - PERCEPTUAL Estado de conciencia: Orientado Si () No ☒ Tiempo () Espacio () Persona () Nivel de conciencia: Alerta () Letárgico () Obnubilado ☒ Estuporoso () Comatoso () Capacidades cognitivas: Dolor agudo o crónico: Si ☒ No () Localización: _____ Intensidad: _____ Recursos de ayuda utilizados:		
7.- AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO Miedo/ ansiedad: Imagen corporal: Ajustada a la realidad () Confusa () Equivocada () Otra () Especificar _____ Actitud frente a su cuerpo: Aceptación () Rechazo () Ira () Autoevaluación y competencia personal: Positiva () Negativa () Indiferente () Sentimientos frente a autoevaluación personal: Ansiedad () Culpabilidad () Euforia () Impotencia () Inferioridad () Tristeza () Otro () Recursos de ayuda utilizados:		
8.- ROL - RELACIONES Comunicación (verbal y no verbal): <u>No, discapacidad intelectual motora y del lenguaje.</u> Relaciones y roles sociales: Sentimiento de aislamiento: ¿Cómo vive la familia su enfermedad? <u>Triste.</u> Cansancio en el papel de los cuidadores: <u>Si</u> Recursos de ayuda utilizados: <u>Terapia física.</u>		
9.- SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN Mujer: Período menstrual Normal () No () Si () Regular Menarquia Patrón menstrual: Frecuencia Duración FUM Organos genitales: () Dolor () Secreciones anormales: características Mamas: () Normal () Asimetría () Retracciones () Secreciones (características) () Masas: Características Producción láctea: () No () Si		

Pezones: () Normal () Lesiones () Invertido () Sangrado () Exudado (Características) Nódulos axilares: () No () Si Características N° de gestaciones N° de partos (vaginales/cesareas): N° de hijos vivos Abortos Embarazo: () No () Si Complicaciones Puerperio: () No () Si Complicaciones Menopausia: Fecha Fecha ultima toma de Papanicolau: Resultados: Varón: Genitales: () Secreciones () Hemorragias () Lesiones Características: Problemas sexuales: ¿Cuál? Motivo: Conductas de riesgo: () No () Si ¿Cuál?: Utiliza algún método de planificación familiar: () No () Si ¿Cuál? ¿Problemas con el método?			
No es relevante a su edad.			
10.- AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS Estado emocional: Cambios importantes en los dos últimos años: Si () No () Especifique _____ Forma de resolver los problemas (ayudas, medicamentos o drogas relajantes): Control de la situación: Alto () Medio ☒ Bajo () Nulo () Sentimientos asociados: Alegría () Depresión () Frustración () Impotencia () Miedo () Rabia () Seguridad () Tranquilidad () Otros () Especificar _____ Recursos de ayuda utilizados			
11.- VALORES - CREENCIAS ¿La enfermedad/ situación actual, le permiten vivir según sus creencias y valores? Si () No () Especifique _____ Prioridades en salud _____ Religión <u>Católica</u> Recursos de ayuda utilizados			

Observaciones:

Mediante ultrasonido madre refiere que el niño nació prematuro a las 32 semanas de gestación según fecha de última menstruación.