

CUIDADOS DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL

Silvia Inés Lenis Vallejo

Resumen

El presente artículo pretende dar a los(as) estudiantes de Enfermería, los conceptos semiológicos necesarios y suficientes, para que puedan orientar, a través de Programas de Cuidado y Manejo, a las familias de los niños con Parálisis Cerebral, así como al personal de los hospitales de nivel I y II. Para tal fin, se tiene como referente teórico los textos: *Nursing Management of individuals with disability* (Audrey Schmerzler, Jane Walsh, Marie Dunn Catalane, Lippincott Williams & Wilkins, 1a edición 1999, *Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*, capítulo 8, Joanne V.Hickey, Lippincott Williams & Wilkins 3a edición, Julio de 1992, y como referente práctico, la experiencia de más de 25 años de manejo clínico de este tipo de pacientes.

Abstract

The present article has the objective of giving nursing students the necessary and sufficient semiologic concepts so they can orient families of children with cerebral palsy as well as personnel from level I and II hospitals through Care and Handling Programs. Therefore, the following theoretical references will be used: Nursing Management of Individuals with Disability (Audrey Schmerzler, Jane Walsh, Marie Dunn Catalane, Lippincott Williams & Wilkins, 1st edition 1999, Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing, chapter 8, Joanne V.Hickey, Lippincott Williams & Wilkins 3rd edition, July 1992, and as a practical reference, more than 25 years of experience in the clinical management of this type of patients.

Palabras clave

Parálisis Cerebral (PC) - Sistema Nervioso Central (SNC) - Cuidados de Enfermería.

Introducción

La Parálisis Cerebral está definida como un grupo de desórdenes caracterizados por daños del movimiento y la postura, producto de un deterioro en el Sistema Nervioso Central, antes de que el cerebro haya tenido oportunidad de madurar. Esta situación puede producirse antes, durante o muy poco tiempo después del nacimiento. El área inicialmente afectada es el área motora del cerebro.

El cuidado, entendido como un acto de Interacción humano, recíproco e integral, guía el conocimiento y la práctica de enfermería.

El niño con Parálisis Cerebral y su familia, requieren de atención y cuidados de enfermería, éstos deberán ir orientados a la enseñanza y el aprendizaje. La familia debe aprender con el niño acerca del impacto de la discapacidad, producto de la Parálisis Cerebral, y de las consecuencias que trae para la familia.

A esto se suma la combinación de signos y síntomas que acompañan la Parálisis Cerebral como: reflejos anormales, compromiso de movimientos y postura, inhabilidad para el desempeño de las actividades del niño, dificultad para levantarse, agarrar las cosas, bañarse, vestirse. Todos estos factores pueden precipitar en el niño un sentimiento de aislamiento e inhabilidad para experimentar las actividades normales de otros niños.

Epidemiología

- A. Ocurre cerca de 1.4- 2.7 por 1000 nacidos vivos
- B. Se ha incrementado un 20% la incidencia desde los años 60, es posible que esto sea producto de la disminución de la mortalidad de los niños prematuros de bajo peso, debido a los avances en cuidado obstétrico, del recién nacido, y tecnología.
- C. La tasa de sobrevivencia depende de la severidad de la parálisis cerebral: Para aquellos con

poca parálisis funcional, la supervivencia es relativamente normal. Para los que tienen mayor compromiso, la sobrevivencia a 20 años es de 42. 58 % (Hutton 1994)

Etiología

Las causas de Parálisis Cerebral pueden ser divididas en 3 grupos: Congénitas, Adquiridas y Genéticas.

- A. Congénitas: Hace referencia a condiciones asociadas con factores intrauterinos, natales o perinatales: Prematurez, desnutrición intrauterina, encefalopatía hipóxica isquémica y trauma perinatal son las más importantes causas que influyen en la etiología de PC, sin dejar de mencionar las infecciones intrauterinas del complejo TORCH (Toxoplasma, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y otros), malformaciones congénitas, etc.
- B. Adquiridas: Son causas mixtas que producen daño en el control del área motora como por ejemplo infecciones del sistema nervioso central, accidentes cerebrovasculares de etiología diversa (Ej. Drepanocitosis, hemorragia intracraneal, trauma craneoencefálico, hipoxias postnatales y otras).
- C. Genéticas: Son el resultado de una lesión determinantemente genética. Ha habido casos en los cuales miembros de una misma familia se ven afectados por PC.

CLASIFICACIÓN

Existen varios tipos de PC: Las principales son: Espástica, Atetoide, Atáxica, y Mixta.

La diferenciación se hace por los síntomas y signos predominantes: En la espástica predomina el aumento de tono de extremidades e hiperreflexia; la atetoide se caracteriza por la presencia de movimientos involuntarios

distales de extremidades y frecuentemente bucolingüales con hipotonía o sin ella. La atáxica por la gran dificultad de equilibrio, pobre coordinación motora e hipotonía. La categoría mixta se usa cuando los síntomas o signos se combinan.

La parálisis cerebral más frecuente es la espástica (64-82%) y esta revisión se referirá principalmente al cuidado de Enfermería de estos niños.

Parálisis cerebral espástica

GENERALIDADES

Es el resultado de una lesión en los centros corticales que controlan el movimiento, especialmente los tractos piramidales, causando debilidad e hiperreflexia con aumento del tono muscular.

Dependiendo de las extremidades comprometidas se clasifica en:

- Tetraparesia o cuadriparesia si todas las extremidades están afectadas.
- Hemiparesia si está comprometido sólo un lado del cuerpo.
- Paraparesia si el compromiso es principalmente de miembros inferiores. El término diplegia también se usa en este caso.
- Monoplejia correspondería al hallazgo en una sola extremidad.

Típicamente, el niño con parálisis cerebral espástica que compromete sus miembros inferiores es propenso a desarrollar contracturas por acortamiento de tendones, lo cual puede llevarlo a tener deformidades fijas articulares tales como el pie equino, deformidades en flexión de cadera y rodilla, retracción de aductores con tendencia a cruzar sus piernas, lo cual va a interferir con el desarrollo secuencial esperado de sus funciones motoras. Si logran caminar, la marcha típica es en equino y/o en tijera generalmente.

Cuando hay hipotonía o hipertonía de cuello y tronco y espasmos o aumentos de tono inesperados o reflejos en respuesta a cambios de postura, es mayor la interferencia con su ambulación y estabilidad.

Si hay compromiso importante en miembros superiores, el niño tiende a mantener su mano empuñada y a presentar deformidad en flexión de codos y muñecas, con dificultades notorias en agarre y coordinación de motricidad fina. Entre más compromiso haya de extremidades, mayor es la probabilidad de encontrar desórdenes asociados como trastornos de deglución, lenguaje, problemas visuales, daño, convulsiones, entre otros. Datos estadísticos reportan una frecuencia global de:

- Trastornos visuales 50-90% estrabismo, nistagmus, ambliopía
- Sx convulsivo: 23-55%
- Trastorno auditivo y del lenguaje: 50%. Hipoacusia, disartria
- Trastorno de conducta y comportamiento alterado, impulsividad, poca tolerancia, retardo mental: 40-60 %

El manejo de estos niños es multidisciplinario con intervención de varios especialistas en el área médica y de rehabilitación, y el rol de la enfermera en manejo y educación es de vital importancia.

Problemas asociados e intervenciones de enfermería.

Diagnósticos de enfermería (Nanda, 1996)

- a. Alto riesgo de trauma
- b. Comunicación verbal afectada
- c. Dificultades de deglución
- d. Déficit de autocuidado
- e. Déficit en el baño y aseo personal
- f. Déficit del movimiento
- g. Déficit de los procesos del pensamiento
- h. Disturbios de la imagen corporal
- i. Inefectivas relaciones con otros.



▲ Fig. 1. Marcha en punta de pies



▲ Fig. 2. Marcha en tijeras y empinado

Fuente: Fotos de videos bajados de Internet propiedad de Universidad de Utah con su autorización

A. ESPASMO SEVERO

El cual interfiere con movimientos y alineación propia del cuerpo. Los espasmos pueden ser muy dolorosos, no utilice la fuerza para tratar de romper la espasticidad.

Algunas veces se utilizan medicamentos relajantes musculares sistémicos o también locales (toxina botulínica) para disminuir el espasmo y la espasticidad, y dependiendo del tipo de droga se requerirá una monitoría de posibles efectos colaterales.

Intervenciones

La estudiante debe instruir a los miembros de la familia en técnicas para disminuir el espasmo: masajes, movimientos rotatorios con la palma de la mano sobre el músculo comprometido. Esto ayudará a que el paciente esté relajado, mejora el tono y le ayuda a posicionar mejor su cuerpo.

Debe enseñar especiales técnicas como prevenir la hiperextensión, esto puede ocurrir muy a menudo cuando el niño es ayudado y halado por los brazos, enseñar que la posición más adecuada es que el paciente se cuelgue de los hombros de quien lo ayuda.

El niño experimentará reducción de los espasmos en número y severidad. Los padres deben mostrar que saben movilizar a su hijo sin causar contracturas ni dolores extras.

B. PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Aparecen con mucha frecuencia; la Infección Respiratoria y la Bronconeumonía Aspirativa son resultado de una pobre expansión pulmonar, por debilidad de los músculos de la respiración y dificultad para movilizar las secreciones y por un pobre intercambio gaseoso, reflejo de la tos débil, e inactividad física.

Intervenciones

Es necesario enseñar ejercicios respiratorios y percusión pulmonar son a la familia. Los ejercicios deben ser agradables para el niño, por ejemplo: soplar burbujas de jabón, soplar y jugar con bombas de aire. Estos ejercicios deberán hacerse cada mañana, especialmente antes de los alimentos y le ayudaran a movilizar secreciones.

C. CONTRACTURAS

Son el resultado de un tono anormal inactivo. En ocasiones se hace necesaria la cirugía para corregir alguna contractura que perjudica la posibilidad de caminar. Es importante recordar que la cirugía puede ayudar a mejorar un poco la deformidad; pero no corregirá la disfunción motora.

Intervenciones

Los familiares deben aprender, para mejorar el rango de movimiento de las extremidades afectadas, a hacer ejercicios de relajación y técnicas de posición. Uso y adaptación de equipos como silla de ruedas, soporte para cabeza.

D. PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

Son causados por disfunción del lenguaje e Hipoacusia. Para algunos niños con PC, éste es considerado el

problema más devastador de todos los que la PC trae, ya que incrementa el aislamiento y los separa de otros niños. Algunos de ellos nunca llegan a la etapa escolar por los problemas del lenguaje. Es necesario para algunos pacientes con Hipoacusia bilateral el uso de audífonos y terapias de lenguaje para lograr una comunicación apropiada.

La enfermera deberá enseñar a la familia y al paciente la importancia del uso de este tipo de aparatos de ortóptica para que de esta manera el niño logre buena comunicación, e independencia

Intervenciones

Se debe enseñar al niño a controlar la respiración y a producir sonidos, si el problema del lenguaje es muy severo se utilizan técnicas muy avanzadas con un sintetizador de voz.

E. CRISIS CONVULSIVAS

Ocurren frecuentemente en niños con PC. El tipo de crisis más común es tónica-clónica. Los anticonvulsivos son medicamentos recomendados para ayudar a controlar la actividad convulsiva.

Intervenciones

Asistir al paciente durante la convulsión. Instruir al paciente y a la familia sobre el uso y efectos de los anticonvulsivantes.

Recordar a la familia y a los profesores en la escuela, la importancia de dar los medicamentos con horario y mantener en la sangre los niveles, administrando las dosis exactas que le hayan formulado.

Enseñar a la familia sobre el inmediato tratamiento durante la crisis convulsiva.

F. DEFICIENCIA NUTRICIONAL

Es un problema singular en esta población causado por una pobre ingesta, dado entre otras cosas por las dificultades de la deglución.

Cuando un niño aprende a alimentarse solo, tiene un mayor requerimiento calórico, resultado de constante actividad y movimiento.

Intervenciones

La enfermera debe motivar al niño para el uso de equipo especializado para garantizar la alimentación, cucharas,

y vasos son adaptados para lograrlo. Se debe dar un tiempo apropiado para la alimentación del niño, dentro de una atmósfera relajada.

Hacer control mensual del peso del niño para estar seguro de que no está perdiendo peso.



BIBLIOGRAFÍA

Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia . Ed Guadalupe Ltda. 2006

HICKEY. Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. Capítulo 3 y 8, Lippincott Williams & Wükins 3o edición, 1992.

KUBAN, KC. and LEVITÓN, A. Cerebral palsy. N Eng J Med 330:188-195, 1994

MENKES John H, SARNAT, H.B. Bernard, M. Child Neurology. Capitulo 6. Lippincott Williams & Wilkins, V edición, 2006

NELSON, B. Can we prevent cerebral palsy? N Eng J Med 349:1765-1769,2003.

RENGACHARY, D. Neurology Survival guide, The Washington Manual Survival Guide series, Capítulo 2, 1o Edición, Lippincott Williams & Wilkins , 2003

SCHMERZLER, A., Walsh, J. Disability fact finder, Nursing Management of individuals with disability, Capítulo 10, 1o Edición, Lippincott, 1999.



Silvia Inés Lenis Vallejo

Especialista en Enfermería Neurológica, Universidad Javeriana - Bogotá. Docente de enfermería Universidad Libre Seccional Cali. Autora del: Estudio y selección de pacientes con enfermedad de Parkinson para cirugía, publicado en la Revista neurociencias en Colombia, mayo/junio 2006.