

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a niño con Síndrome de Down de un centro de Salud  
de Lima Metropolitana, 2018.

**Por:**

Delia Yuvixa Mimbela Cevallos

**Asesor:**

Mg. Delia Luz León Castro

Lima, diciembre de 2018

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a niño con Síndrome de Down de un centro de Salud de Lima Metropolitana, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada DELIA YUVIXA MIMBELA CEVALLOS, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidado Integral Infantil ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, al día seis del mes de diciembre de 2018.



---

Mg. Delia Luz León Castro

Proceso de atención de enfermería aplicado a niño con Síndrome de Down de un centro  
de Salud de Lima Metropolitana, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en  
Cuidado Integral Infantil

## JURADO CALIFICADOR



Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Presidente



Mg. Kennedy Teofila Lozano Huari

Secretario



Mg. Delia Luz León Castro

A sesor

Lima, 06 de diciembre de 2018

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vii
Índice de anexos.....	x
Dedicatoria.....	xi
Agradecimiento.....	xii
Símbolos usados.....	xiii
Resumen.....	xiv
Capítulo I .....	15
Proceso de atención de Enfermería.....	15
Valoración .....	15
Datos generales.....	15
Resumen de motivo de ingreso.....	15
Situación problemática.....	16
Exámenes auxiliares.....	17
Tratamiento médico.....	17
Valoración por Patrones Funcionales.....	17
Diagnósticos de enfermería.....	25
Análisis de las etiquetas diagnósticas .....	25
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	31
Planificación.....	32
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	32

Planes de cuidados .....	33
Ejecución .....	44
Evaluación .....	49
Capítulo II .....	51
Marco Teórico .....	51
Antecedentes .....	51
Marco conceptual .....	52
Síndrome Down .....	52
Desequilibrio nutricional .....	57
Modelo teórico .....	59
Capítulo III .....	61
Materiales y Métodos .....	61
Tipo y diseño .....	61
Sujeto de estudio .....	61
Delimitación geográfica temporal .....	61
Técnica de recolección de Datos .....	61
Consideraciones Éticas .....	62
Capítulo IV .....	63
Resultados, análisis y discusión .....	63
Resultados .....	63
Análisis de los diagnósticos .....	63
Primer diagnóstico .....	63
Segundo diagnóstico .....	66

Tercer diagnóstico. ....	67
Cuarto diagnóstico. ....	67
Quinto diagnóstico. ....	68
Conclusiones y recomendaciones .....	71
Conclusiones .....	71
Recomendaciones.....	71
Bibliografía .....	73
Alegría, A. G. 2008. Modelo de Entrega de Servicios de Estimulación Temprana Diseñado Hacia la Universalización de la Atención para Fortalecer el Desarrollo del Potencial Intelectual de Niños de 0 a 3 años de Edad. Tesis para optar grado de Doctor en Educación. Universidad Nacional de Trujillo. ....	73
Altamirano, D, L 2004 ¿Se puede hablar de estimulación temprana en el Perú? -UMBRAL. ....	73
Norma técnica de crecimiento y desarrollo de ministerios de salud de Chile-2015.....	75

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	17
Examen de hemoglobina .....	17
Tabla 2 .....	33
Diagnóstico de Enfermería: Lactancia materna ineficaz r/c succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente .....	33
Tabla 3 .....	35
Diagnóstico de Enfermería Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.....	35
Tabla 4 .....	37
Diagnóstico de Enfermería Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en ganancia de peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal. ....	37
Tabla 5 .....	39
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado con malnutrición. ....	39
Tabla 6 .....	42
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).....	42
Tabla 7 .....	44
SOAPIE 1: Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente 26 %. ....	44
Tabla 8 .....	45

SOAPIE 2: Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.....	45
Tabla 9 .....	46
SOAPIE 3: Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.....	46
Tabla 10 .....	47
SOAPIE 4: Riesgo de infección relacionado con malnutrición.....	47
Tabla 11 .....	48
SOAPIE 5: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).....	48
Tabla 12 .....	49
Evaluación diagnostico 1: Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente 26 %.....	49
Tabla 13 .....	49
Evaluación diagnostico 2: Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.....	49
Tabla 14 .....	50
Evaluación diagnostico 3: Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.....	50
Tabla 15 .....	50
Evaluación diagnostico 4: Riesgo de infección relacionado con malnutrición.....	50

Tabla 16 .....	50
Evaluación diagnóstico 5: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).....	50
Tabla 17 .....	59
Diferencias en el desarrollo entre niños con síndrome de Down y niños sin síndrome de Down- HITOS .....	59
Tabla 18 .....	63
Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería.....	63

## Índice de anexos

Apéndice A: Consentimiento informado .....	76
Apéndice B: Guía de valoración .....	77
Apéndice C: Informe de evaluación del EDDP .....	80
Apéndice D: Esquema de Inmunizaciones .....	83
Apéndice F: Plan de Sesión Educativa .....	88

## **Dedicatoria**

A Dios, por cada bendición que me brinda y ser el guía en mi vida.

A mis hijos Romina y Salvador, que son el motor para salir adelante junto a mi esposo que apoya cada proyecto que emprendo.

A mis padres y hermanos por ser mi soporte y ejemplo de vida.

## **Agradecimiento**

A la Unidad de Posgrado de la Universidad Peruana Unión por la oportunidad que nos brinda de ser mejores profesionales.

Un agradecimiento especial a mi asesora Mg. Delia León por su apoyo incondicional en todo; a la Mg. Nira Cutipa por impulsarnos a continuar en este camino largo pero fructífero.

A cada docente de la especialidad por brindarnos lo mejor, en especial a la maestra Mery Medrano por ser nuestra guía en este proyecto maravilloso de la especialidad en cuidado integral infantil.

## **Símbolos usados**

CRED: Crecimiento y desarrollo.

EEDP: Escala de evaluación de desarrollo psicomotor.

P: Peso.

T: Talla.

T°: Temperatura.

F.C: Frecuencia cardiaca.

F.R: Frecuencia respiratoria.

P.C: Perímetro cefálico.

S.D: Síndrome de Down.

P.A.E: Proceso de atención de enfermería.

O.M.S: Organización Mundial de la Salud.

O.P.S: Organización Panamericana de la Salud.

O.N.U: Organización de las Naciones Unidas.

## Resumen

El profesional de enfermería actualmente juega un papel fundamental en la sociedad, ya que brinda cuidados tanto al niño, familia y entorno. Se enfrenta a grandes retos y alteraciones del niño tanto en crecimiento como en desarrollo que nos motivan a especializarnos tales como el síndrome de Down, que es una alteración genética y es causa de retraso y discapacidad del intelecto. **Objetivo:** evidenciar el cuidado realizado por el profesional de enfermería a un niño de un año con Síndrome Down mediante el proceso de atención de enfermería. **Metodología:** el diseño de la investigación fue el estudio de caso, de tipo descriptivo y analítico, la técnica para recolección de datos utilizada fue la entrevista y observación. Se utilizó como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. **Resultados:** el 60% de los objetivos propuestos fueron alcanzados, mientras que el 40% se logró alcanzar parcialmente. **Conclusiones:** se logra realizar el proceso de atención de enfermería cumpliendo sus cinco etapas, siendo una atención efectiva debido a que se lograron ejecutar la mayoría de cuidados del niño.

**Palabras clave:** síndrome de Down, Proceso de Atención de Enfermería, hipotonía.

## Capítulo I

### Proceso de atención de Enfermería

#### Valoración

##### Datos generales.

Nombre del paciente: C.M.M

Fecha de Nacimiento: 10/03/2018

Fecha de evaluación: 10/04/2018

Edad: 1 meses

Sexo: Masculino

Historia Clínica: 88954

Cuidador responsable: Padres

Peso: 3.450

Talla: 52.4 cm

##### Resumen de motivo de ingreso.

Lactante menor de 1 mes de edad acude en compañía de su madre al consultorio de crecimiento y desarrollo de sexo masculino, acude a su tercer control (primer control del mes según grupo etario), en la entrevista la madre refiere que está mejorando en la succión pero que siente que no sube de peso motivo por el cual se le administra leche artificial y su succión está mejorando, pero lacta con frecuencia; diagnóstico médico Síndrome de Down.

**Situación problemática.**

Lactante menor de 1 mes de vida con Síndrome de Down que acudió al servicio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud I-III, situado cerca al domicilio del paciente, tras el nacimiento padres refieren se llevaron una sorpresa al ver que presentaba Síndrome de Down, mencionan que durante sus controles prenatales le tomaron ecografías; nunca le mencionaron nada, madre menciona que no presentaba factores de riesgo obstétrico, ni antecedentes personales de interés.

Durante la valoración; lactante en ABEG, en ABEH, en AREN, adecuada coloración de piel y mucosas, presenta macroglosia, sin dificultad respiratoria, llanto enérgico, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen blando depresible, sin palpación de tumoraciones, aparato genitourinario sin lesiones, miembros inferiores simétricos, maniobra de Ortolani negativa y Barlow negativa.

***Funciones Vitales***

F.R: 36 por minuto.

F.C: 120 latidos por minuto

T°: 36.5 ° C.

***Funciones biológicas***

Apetito: Conservado

Sed: Conservado

Sueño: 16 horas

Diuresis: Sin alteraciones

Deposiciones: 4-5 veces al día

**Funciones Antropométricas.**

Peso: 3.450 kg.

P/E = GIP

T/E= GIT

P/T= N

Talla: 52.4 cm.

Perímetro cefálico: 37 cm.

**Exámenes auxiliares.**

Tabla 1

*Examen de hemoglobina*

Hemograma	Resultado	Unidades	Valores de referencia (Niño a término menor de 2 meses)
Hemoglobina	14	g/d	13.5-18.5
Hematocrito	42	%	37 – 47

*Fuente: Historia clínica*

**Tratamiento médico.**

Hierro polimaltosado 1 vez al día, 10 am, en dosis profiláctica.

Complejo multivitamínico (MUCOVIT) 1 vez al día, 11 am.

**Valoración por Patrones Funcionales.*****Patrón percepción- control de la salud.***

Datos del Padre:

Grado de instrucción: superior técnico.

Ocupación: Obrero.

Edad: 38 años.

Estado civil: casado

Procedencia: Callao

Datos de la Madre:

Grado de instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación: ama de casa

Edad: 33 años.

Estado Civil: casada

Hijos vivos: 3

Procedencia: Lima

Antecedentes Personales de la madre:

Embarazo: normal

Patología durante la gestación: ninguna

Control prenatal: 7 controles prenatales.

N embarazo: 04 embarazo

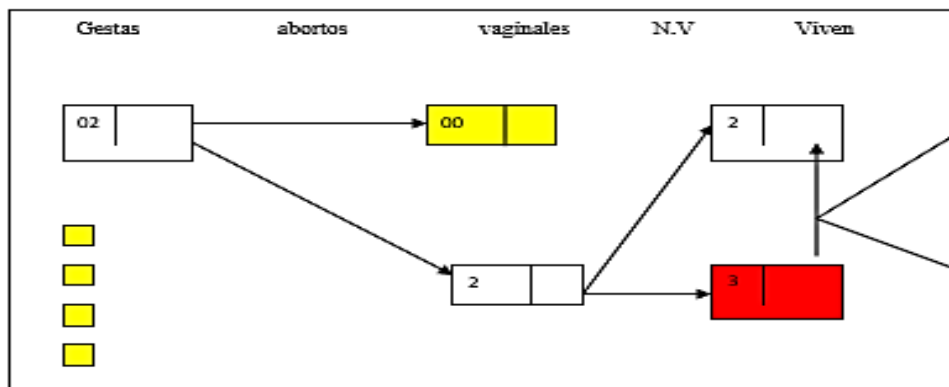
Abortos: 00 aborto

Lugar de control: Hospital de referencia del centro de salud.

Parto: eutócico sin complicaciones

Lugar del parto: Hospital de Lima.

**Figura 1. Antecedentes Obstétricos**



Parto:

Intrahospitalario: sí

Parto: eutócico sin complicaciones

Presentación: cefálico

Datos del niño:

Apgar:

1 minuto: 8

5 minutos: 9

Sufrimiento Fetal: no

Peso al nacer: 3.255 kg

Peso a los 10 días de vida: 3.000 kg.

Peso adecuado a la edad

Talla al nacer: 50 cm

Perímetro cefálico al nacer: 35 cm.

Edad gestacional: 37 semanas

Número de controles prenatales: 7

Perímetro torácico: 34 cm.

Tamizaje neonatal: sí

Tamizaje auditivo: sí

Corte del cordón umbilical

2 minutos: no

Alergias: no

Factores de riesgo: succión débil, Síndrome de Down

Lactancia materna en la primera hora: no

Antecedentes:

Hospitalizaciones anteriores: 2 días de hospitalización, al 6 día de vida hasta el 8 día de vida por ictericia para recibir fototerapia.

Suplementos: vitamina A (MUCOVIT) + hierro polimaltosado (Feranin)

Vacunas: completas

Nº de controles: 3 (dos controles de RN, y el primer control del mes).

Estado de Higiene: bueno

***Patrón nutricional metabólico***

Peso: 3.450 kg

Talla: 52.4 cm.

Temperatura: 36.2°C.

***Alimentación:***

Lactancia materna + leche artificial

Succión de la lactancia: débil

***Piel:***

Piel: seca

Mucosas: hidratadas

Enfermedades de la piel: se observa dermatitis

Madre refiere pediatra diagnóstico dermatitis atópica.

Color: rosada

Integridad: intacta

*Boca:*

Cavidad Bucal: Limpia e íntegra

Dificultad para succión: si

Lengua: macroglosia.

Dentadura: No presenta dientes

Paladar: Normal

Malformaciones: No presenta

*Abdomen:*

Cambio de peso durante los últimos días: Madre refiere que no siente que sube mucho de peso.

Apetito: conservado

Abdomen: Blando depresible sin formación aún del arco umbilical

Ruidos Hidroaéreos normales

Alimentación: Mixta

Frecuencia de lactancia: cada 2 horas y a veces cada hora y media

Consumo de vitaminas: hierro polimaltosado en gotas y vitamina A

Otros:

Cabellos y uñas intactas.

Hemoglobina: 14 g/dl.

Hematocrito: 40%

***Patrón eliminación***

Eliminación intestinal:

Nº de deposiciones al día: 2 veces al día

Color: amarillo pardo

Consistencia: pastosas

Eliminación intestinal

Frecuencia: 6-7 veces pañales por día.

Color: claro

Presenta malformación en vía vesical: Sin alteración

***Patrón actividad y ejercicio***

Actividad respiratoria

Respiración: normal

Frecuencia respiratoria: 32 por minuto

Fosas Nasales: Permeables

Congestión nasal: si

Nariz en silla de montar

Se cansa con facilidad: sí

Ruidos respiratorios: normales en ambos campos pulmonares

Actividad Circulatoria

Pulso regular

Tiene movilidad de miembros: Sí

Fuerza muscular / Tono muscular: Hipotonía generalizada

Capacidad de autocuidado: Totalmente dependiente

Pulso: 120 regular

Llenado Capilar: < 2'' (x)

Movilidad: Conservada

***Patrón perceptivo cognitivo***

Niño despierto, activo.

Funcionabilidad de los sentidos: Buena

Dolor: no

Desarrollo psicomotriz: es evaluado con EEDP.

Área motora: déficit

Área lenguaje: lenguaje gutural

Área: coordinación: normal

Área social: normal

Reflejos:

Reflejo de Succión: débil

Reflejo de Deglución: débil

Reflejo de Búsqueda: débil

Reflejo Plantar: débil

Reflejo Babinski: presente

Reflejo de Moro: presente.

***Patrón descanso- sueño***

Horas de sueño: 15 horas, intermitentes día y noche

Problema para dormir: no

Demora en conciliar el sueño: no

Se levanta varias veces en la noche: refiere que 3 veces en la noche

Niño duerme con sus padres.

***Patrón autopercepción-autoconcepto***

No valorable.

***Patrón relaciones – rol***

Fuentes de Apoyo: padres

Estado Civil de los Padres: casados

Problemas Familiares: vivienda multifamiliar

Presenta hermanos: sí

Número de hermanos: 3

Tipo de Familia: funcional.

Relaciones familiares: buenas, familia funcional, integrada y apoyo del esposo.

Padre refiere que no se esperaba que el niño presente síndrome de Down, madre llora y refiere que ella no esperaba esto pero que ama a su hijo demasiado y esto ayudo mucho a la unión de toda su familia.

*Comentario adicional:* padre siempre acude en cada control con su esposa y manifiesta que su niño es el mejor.

***Patrón adaptación -afrentamiento/tolerancia al estrés***

Estado emocional del niño: tranquilo

Estado emocional de los padres: Se evidencia preocupación de los padres porque su niño tenga alguna complicación por presentar Trisomía 21.

Irritabilidad del niño: no

### ***Patrón Sexualidad reproducción***

Órganos Genitales: limpios e íntegros, sin alteraciones

Testículos Palpables: se palpan ambos testículos en las bolsas escrotales

### ***Patrón valores y creencias***

Religión del padre: católico

Religión de la madre: cristiana; madre refiere que su niño le está ayudando a unir a su esposo a Dios y que su familia este unida.

Religión del niño: refiere no ha bautizado al niño.

Restricción de su iglesia: no pueden comer sangrecita.

Asiste con frecuencia a una iglesia: sí.

## **Diagnósticos de enfermería**

### **Análisis de las etiquetas diagnósticas**

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar la gestión de la salud

Código: 00162

Dominio: 1 promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

Página: 142.

Definición: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado.

Factor relacionado: no presenta.

Características definitorias: expresa deseo de mejorar la gestión de la salud.

Enunciado de enfermería: disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado en deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la deglución

Código: 00103

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Página: 155

Definición: funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral faríngea o esofágica.

Factor relacionado: patologías con hipotonía importante

Características definitorias: enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.

Enunciado de enfermería: deterioro de la deglución r/c patologías, con hipotonía muscular evidenciado con enganche del pezón y succión ineficaz.

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar la lactancia materna

Código: 00106

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Página: 157

Definición: patrón de aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede ser reforzado.

Factor relacionado: no presenta

Características definatorias: deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.

Enunciado de enfermería: disposición para mejorar la lactancia materna evidenciada con deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.

Etiqueta diagnóstica: lactancia materna ineficaz

Código: 00104

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Página: 159

Definición: dificultad en el aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.

Factor relacionado: reflejo de succión débil del lactante.

Características definatorias: ganancia de peso insuficiente 195 gramos en un mes (26%)

Enunciado de enfermería: lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil del lactante. Secundario a hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente 26 %.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales

Código: 00002

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Página: 163

Definición: consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas

Factor relacionado: ingesta diaria insuficiente

Características definatorias: peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.

Enunciado de enfermería: desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado por ganancia de peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.

Etiqueta diagnóstica: patrón de alimentación ineficaz del lactante.

Código: 00107

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Página: 166

Definición: deterioro de la capacidad del niño para succionar o coordinar la respuesta de succión/deglución, que da lugar a una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.

Factor relacionado: retraso neurológico

Características definatorias: incapacidad para mantener una succión eficaz.

Enunciado de enfermería: patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con retraso neurológico evidenciado en incapacidad para mantener una succión eficaz.

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar el rol parental

Código: 00164

Dominio: 7 rol / relaciones.

Clase: 1 roles de cuidado.

Página: 286

Definición: patrón de provisión de un entorno para los niños u otras personas dependientes que promueve el crecimiento y desarrollo, que puede ser reforzado.

Factor relacionado: no presenta.

Características definatorias: deseo de los padres de mejorar el rol parental

Enunciado de enfermería: disposición para mejorar el rol parental evidenciado en deseo de los padres de mejorar el rol parental

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar el bienestar espiritual

Código: 00068

Dominio: 10/ principios vitales

Clase: 2 creencias

Página: 361

Definición: patrón de experimentación e integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo, que puede ser reforzado.

Factor relacionado: no presenta.

Características definatorias: deseo de mejorar el afrontamiento y de aceptación

Enunciado de enfermería: disposición para mejorar el bienestar espiritual evidenciado en deseo de mejorar el afrontamiento y aceptación.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección

Código: 00004

Dominio: 11 seguridad/ protección

Clase: 1 infección

Página: 379

Definición: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Factor de riesgo: malnutrición

Características definitorias: no presenta.

Enunciado de enfermería: riesgo de infección relacionado con malnutrición.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de retraso en el desarrollo

Código: 00112

Dominio: 13 crecimiento y desarrollo

Clase: 2 desarrollo

Página: 452

Definición: vulnerable a sufrir retraso del desarrollo del 25% o más en las áreas de la conducta social o auto reguladora, cognitiva, lenguaje, habilidades que pueda comprometer la salud.

Factor de riesgo: trastorno genético

Características definitorias: por ser diagnóstico de riesgo no presenta.

Enunciado de enfermería: riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).

### **Enunciado de los diagnósticos de enfermería.**

Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado en el deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

Disposición para mejorar el rol parental evidenciado en deseo de los padres de mejorar el rol parental.

Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.

Disposición para mejorar la lactancia materna evidenciado en deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna.

Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil evidenciado en ganancia de peso inadecuada.

Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.

Disposición para mejorar el bienestar espiritual evidenciado en deseo de mejorar el afrontamiento y de aceptación.

Riesgo de infección relacionado con malnutrición.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).

## **Planificación**

### **Priorización de los diagnósticos enfermería.**

1. Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente 26 %.
2. Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganchar el pezón ineficaz, succión ineficaz.
3. Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.
4. Riesgo de infección relacionado con malnutrición.
5. Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).

## Planes de cuidados

Tabla 2

*Diagnóstico de Enfermería: Lactancia materna ineficaz r/c succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo General: Paciente presentará lactancia materna eficaz.</p> <p>Resultados esperados:  Paciente presentará adecuado crecimiento evidenciado en medidas antropométricas adecuadas en un plazo de 60 días.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Animar a la madre a que se relaje.</li> <li>2. Vigilar que el lactante continúe con terapia física oro -facial.</li> <li>3. Realizar en los talleres de lactancia materna la demostración a la madre sobre las técnicas en lactancia que le ayudaran a mejorar esta.</li> <li>4. Vigilar la técnica de la lactancia materna.</li> <li>5. Ofrecer con frecuencia la lactancia materna.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La relajación proporciona una regulación del metabolismo, del ritmo cardiaco y de la respiración. Con la relajación se logra además calma y tranquilidad. (Guía técnica para la consejería en lactancia materna MINSA-2017)</li> <li>2. La terapia física regulará el tono muscular para un correcto desarrollo motor. La intervención temprana en estos niños juega un papel importante en los primeros meses de vida, ya que se ha podido verificar que si se actúa a tiempo se obtendrán mejores resultados en las adquisiciones de sus destrezas motrices (Aguirre, Javier y Vélez, 2016).</li> <li>3. Con la técnica adecuada de lactancia materna garantizamos una lactancia materna efectiva para garantizar el crecimiento del niño. (Guía técnica para la consejería en lactancia materna MINSA-2017)</li> <li>4. Se debe vigilar ya que esto ayudará a la lactancia materna exitosa. (Guía técnica para la consejería en lactancia materna MINSA-2017)</li> <li>5. La succión frecuente es el mejor estímulo para ofrecer al niño la cantidad de leche que necesita (Reglamento de alimentación infantil-MINSA 2015)</li> </ol>

- 
- |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Explicar a la madre y familia de la importancia y los beneficios de la lactancia materna. | 6. Los beneficios de la lactancia materna son numerosos para la madre, el niño, la familia y la comunidad en su conjunto, además que genera un beneficio para toda la vida del niño. (Guía de la alimentación infantil de la organización mundial de la salud 2010)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 7. Observar técnica de lactancia materna de la madre.                                        | 7. Existen una serie de prácticas que pueden ser utilizados por la madre para amamantar exitosamente; por lo tanto, el adecuado manejo de las técnicas favorece el inicio y la continuidad de un proceso natural como es la lactancia materna. En las técnicas de amamantamiento se consideran dos procesos:<br>- Posición.<br>Agarre. (Guía técnica para la consejería en lactancia materna MINSA-2017)                                                                                                                                                        |
| 8. Seguimiento a través de visitas domiciliarias                                             | 8. Al ser la familia una de las principales instituciones de desarrollo del ser humano, se convierte en uno de los pilares responsables sobre los que se sostiene el bienestar personal y social, además de constituirse en el espacio en donde se construye una visión particular del mundo. Esto hace relevante el estudio del pensamiento de madres/padres de familia (expresado a través de creencias), quienes se convierten en los principales actores de la crianza y por ende del bienestar y desarrollo familiar. (NTS- Crecimiento y desarrollo 2017) |
-

Tabla 3

*Diagnóstico de Enfermería Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo General: Paciente mejorara en el proceso de la deglución</p>	<p>1. Valorar enganche del niño al pezón de la madre.</p>	<p>1. La madre que puede sostener el pecho con los dedos a 3-4 cm detrás del pezón (con su mano en forma de “C”) y acercar a la o el bebé a su pecho con la cara de éste mirando al pecho y la nariz frente Observe la acción. Técnicas de Amamantamiento Posición Agarre Explique a la madre cómo reconocer cuando la lactancia es adecuada: - La o el bebé queda tranquilo y satisfecho (suelta espontáneamente el pecho) - La o el bebé tiene el peso adecuado. - La o el bebé orina varias veces al día y su orina es clara (4 a 6 a partir de los 3 días de edad). Señales de tener suficiente leche al pezón, roce el pezón. Roce con el labio superior de la o el bebé para estimularlo y espere que la o el bebé abra bien su boca y agarre una buena parte del pecho hasta la areola. El agarre o enganche es correcto cuando: - Su boca está bien abierta. - Su labio inferior está hacia afuera. - El mentón de la o el bebé toca el pecho. - Se ve más areola por arriba que por debajo de la boca (Guía técnica para la consejería en lactancia mater a Minsa, 2017).</p>
<p>Resultados esperados</p> <p>Paciente presentará adecuado enganche al pezón de la mama de la madre. Paciente mejorara el proceso de succión del niño.</p>	<p>2. Valorar succión del niño con ficha de observación de Unicef de lactancia (ver anexos), en donde se vigilará lo siguiente:</p> <p style="padding-left: 40px;">Areola esta sobre la boca del bebé. Boca bien abierta. Labio inferior y superior evertidos.</p>	<p>2. Al valorar con la ficha de observación de la succión del niño, identificaremos problemas de succión que ayudaran a mejorar la lactancia materna. (UNICEF- guía técnica de lactancia materna)</p>

---

El mentón del bebé toca el pecho.  
Mejillas redondeadas.  
Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas. Se puede ver u oír al bebé deglutiendo.

3. Mantener con lactancia materna y posterior a esta brindar leche artificial.
3. Al brindar primero leche materna nos aseguramos que el niño reciba el alimento ideal, el mejor, que contiene todos los componentes necesarios acorde a su edad, además que ayudaremos a mejorar el proceso de succión del niño. (OMS - 2015)
4. Incentivar contacto piel a piel.
4. El contacto piel a piel estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas en la madre, conectando íntimamente el tacto, los olores, los sonidos y miradas entre madre y bebé; activándose las hormonas relacionadas a las conductas de vinculación y facilitando la lactancia materna (Norma técnica de atención del recién nacido -MINSa 2017)
-

Tabla 4

*Diagnóstico de Enfermería Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en ganancia de peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo General:</p> <p>Paciente presentará equilibrio nutricional acorde a sus necesidades y a su edad.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Paciente evidenciara ganancia adecuada y recuperación en su talla 30-40 gramos de peso por día.</p>	<p>1. Valorar patrón nutrición:</p> <p>2. Evaluar curva de crecimiento con medidas antropométricas.</p> <p>3. Monitorizar cada 7 días, la ganancia de peso.</p> <p>4. Determinar la cantidad de veces que lacta el niño.</p> <p>5. Determinar la cantidad de onzas que brinda de leche artificial.</p>	<p>1. Es importante valorar la toma de lactancia y de leche artificial que brindan al niño para mejorar el estado nutricional del niño. (Norma técnica de crecimiento y desarrollo -MINSa 2017)</p> <p>2. Las curvas de crecimiento nos ayudan a determinar el crecimiento normal del niño ya que es un instrumento de alta confiabilidad brindado por la OMS, validado en un estudio metacéntrico en cinco continentes (Norma técnica de crecimiento y desarrollo -MINSa 2017)</p> <p>3. El monitoreo continuo nos permite supervisar, contrastar si cumplimos con el objetivo propuesto, el monitoreo es una herramienta útil para tomar una acción inmediata en favor del niño. (Norma técnica de crecimiento y desarrollo -MINSa 2017)</p> <p>4. El determinar las veces que el niño lacta nos ayudara a cuantificar por tiempos la toma de leche del niño directo en boca. (UNICEF- guía técnica de lactancia materna)</p> <p>5. El determinar la cantidad de leche artificial nos ayuda a identificar si hay buena toma de leche materna, que es el mejor alimento brindado al niño y que le ayuda a prevenir diversas enfermedades. (UNICEF- guía técnica de lactancia materna)</p>

---

6. Mantener a los padres informados sobre el estado nutricional del niño.

6. Al mantener a los padres al tanto de la evaluación nutricional de su niño ayudará a conseguir todo el esfuerzo posible y colaboración en pro del bienestar del niño. La recomendación de salud pública mundial es que durante los seis primeros meses de vida los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna, para lograr el crecimiento, desarrollo y salud óptimos (Reglamento de alimentación infantil-2006).

---

Tabla 5  
*Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado con malnutrición.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo General: Paciente disminuirá riesgo de infección	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brindar educación y orientación en cuidados de niño (Puericultura)</li> <li>2. Identificar riesgos en el niño con síndrome de DOWN: Posición Formas de dormir</li> <li>3. Manejo ambiental: seguridad.</li> <li>4. Brindar consejería de lavado de manos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al brindar educación a los padres, empoderamos a estos para poder enriquecer los cuidados y que estos sean adecuados, además ayudaremos a conocer las características tales como cuando el niño tiene hambre: Cuando el niño despierta Cuando el niño tiene apertura de boca-agitación. Cuando el niño comienza a moverse y estirarse. Cuando el niño comienza a chuparse y mover su boca. (Adaptado de guía de orientaciones de lactancia –Chile-2015).</li> <li>2. Al identificar riesgos ayudaremos a mejorar el bienestar del niño y anticiparemos la actuación de cuidados de enfermería. (Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud- Chile-2015)</li> <li>3. Seguridad de manejo ambiental se fundamenta en el entorno adecuado del niño, para prevenir riesgos de enfermar. (Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud- Chile-2015)</li> <li>4. El lavado de manos es una técnica que permite el arrastre de agentes patógenos por efecto mecánico y que disminuye la incidencia de enfermedades en el niño, genera un impacto tan fuerte siendo una actividad cotidiana de la vida diaria. (Directiva sanitaria para</li> </ol>

---

	promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú –MINSA 2017).
5. Educar a los padres y/o cuidadores de limitar las visitas (protección de infecciones)	5. Al limitar las visitas disminuimos el riesgo potencial de infecciones en el niño, ya que hay una inmadurez total del sistema inmunológico del niño, ya que la inmunidad es una serie de mecanismos y cuando el niño nace carece de memoria inmunológica. (Norma técnica NTS- crecimiento y desarrollo –MINSA 537-2017)
6. Evitar exposiciones del niño a lugares de mucha concurrencia. (protección de infecciones).	6. El manejo ambiental, libre de estrés como ruidos fuertes le ayudará al niño a relajarse y presentar incluso mejor descanso y mejores tomas de leche. (Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud- Chile-2015)
7. Administrar vacunas de acuerdo esquema, vacunas que van a disminuir el riesgo de infección tales como Hepatitis A, meningococo y otras.	7. La inmunización es el procedimiento de enfermería que mayor impacto ha ocasionado en la humanidad, combatiendo enfermedades tales como poliomielitis en el Perú y muchas otras, el esquema actual de inmunizaciones en el Perú es uno de los más completos en América y que ayuda a prevenir más de 23 enfermedades. (Norma técnica de inmunizaciones – MINSA 537-2017)
8. Consejería sobre signos de alarma en el lactante menor y con palabras sencillas tales como:  Llanto débil o excesivo.	8. La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre padre o cuidadores, a entender los factores que influyen en la salud encontrados durante

---

---

No lacta o existe débil succión. Fiebre mayor a 38° (hipertermia) Piel fría (hipotermia). Pocos movimientos (hipoactivo) Convulsiones (temblor). Respiración rápida Piel de color azul. Vómitos. No orina. No hace deposiciones o Deposiciones con moco o sangre	la evaluación de CRED (Norma Técnica de CRED 537-017/MINSA).
9. Realizar visita domiciliaria	9. La visita domiciliaria nos permitirá conocer el entorno del niño en contexto total, además de brindar consejería familiar y así educar de cuidados en familia, con apego, para establecer rutinas adecuadas de cuidado integral (Guía técnica del facilitador en salud-MINSA 2007

---

Tabla 6

*Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo General: El lactante mejorará progresivamente su desarrollo psicomotor en un periodo de 90 días	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brindar educación y orientación en cuidados en el desarrollo de niños con síndrome de Down.</li> <li>2. Evaluar al lactante con EEDP</li> <li>3. Educar a los progenitores o cuidadores sobre atención temprana de desarrollo.</li> <li>4. Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del lactante.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al brindar educación a los padres, empoderamos a estos para poder enriquecer los cuidados y que estos sean adecuados, además ayudaremos a tener mejor gestión de cuidados en acompañamiento de desarrollo. El desarrollo de una persona con síndrome de Down no viene determinado exclusivamente por su parte genética y coeficiente intelectual, sus actividades se desarrollan a través de una intervención precoz y de múltiples programas de formación y educación con el acogimiento familiar que es fundamental (Guía de síndrome de Down española -2008)</li> <li>2. La escala de evaluación de desarrollo psicomotor constituye un instrumento de medición de desarrollo de funciones psicológicas, estandarizado para niños de 0-24 meses de edad. La escala evalúa cuatro áreas de desarrollo: lenguaje, social, coordinación y motora (EEDP escala de evaluación de desarrollo psicomotor - Minsa 1995).</li> <li>3. Al educar sobre estimulación en actividades sensoriales ayudaremos a favorecer el desarrollo adecuado del lactante (Clasificación de intervenciones de enfermería NIC -6TA EDICIÓN 2013)</li> <li>4. La Estimulación Temprana es un conjunto de ejercicios, juegos y otras actividades que se les brinda a los niños y niñas de manera repetitiva en sus primeros años de vida, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades</li> </ol>

- 
5. Hacer que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza, como ejercicios en casa.

Enseñar a los padres a fomentar la interacción cara a cara con el lactante.

Enseñar a los padres a hablar, cantar y sonreír al lactante mientras se le cuida.

Enseñar a los padres a decir el nombre con frecuencia.

Enseñar a los padres a tocar y abrazar al lactante con frecuencia.

6. Realizar el seguimiento del lactante para las interconsultas al servicio de medicina física y rehabilitación, orientado a los padres a que continúen con las actividades en casa para la mejora de la hipotonía.

físicas, emocionales, sociales y de aprendizaje. (Adra-guía de estimulación temprana para el facilitador).

5. La infancia se considera como el momento del desarrollo más significativo en la formación de las personas; en ella se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinarán su capacidad de aprendizaje. El cerebro se triplica en tamaño en los dos primeros años de vida y en este período alcanza el 80% del peso de adulto. (Adra-guía de estimulación temprana para el facilitador).

6. La medicina física y rehabilitación a través de la fisioterapia comienza a intervenir con los niños con SD desde los primeros días de vida. Es aquí donde la familia y su entorno físico van a jugar un papel fundamental, por esta razón, uno de los aspectos centrales del programa de tratamiento fisioterapéutico es orientar y educar a la familia haciéndoles comprender la importancia de las actividades físicas terapéuticas (Malea Fernández y otros -2012)
-

## Ejecución

Tabla 7

*SOAPIE 1: Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente 26 %.*

Fecha/hora	Intervenciones
10 de marzo del 2018. Hora: 10:40 am	<p>S Lactante menor de 1 mes de edad con diagnóstico de síndrome de Down. En visita domiciliaria se indaga que el padre del menor aún cuestiona porque no le dijeron en sus controles prenatales que su hijo tenía síndrome de Down, madre manifiesta que esta noticia los unió más en su familia y que es Dios los bendijo con esto, pero que sienten preocupación porque no siente que haya subido de peso y motivo por el cual brinda leche artificial.</p> <p>O Lactante menor aparentemente tranquilo, se verifica tarjeta de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones y se verifica que cuenta con sus 2 vacunas de BCG + HvB, se aprecia ganancia inadecuada de peso, ya que tiene un peso de 3.450 kg. Según tabla de OMS (año 2006), cuenta con una ganancia solo de 200 gramos, curva inadecuada graficada en cartilla, sus asistencias a los controles de enfermería fueron regulares. Se le observa además macroglosia lo que dificulta la succión del niño. Se observó las técnicas de lactancia materna</p> <p>A Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente 26 %.</p> <p>P Padres identifican el riesgo nutricional en su niño. Padres interiorizan la importancia de la lactancia materna Niño presentará patrón de nutrición eficaz.</p> <p>I Se informa a padres sobre el riesgo nutricional por la ganancia inadecuada de peso Se insiste en lactancia materna como primera opción. Se informa a la familia de mejorar el patrón de nutrición</p> <p>E Primer objetivo en proceso de evaluación. Objetivo parcialmente cumplido ya que brinda más lactancia materna y disminuye la leche artificial. Objetivo en proceso de evaluación.</p>

Tabla 8

*SOAPIE 2: Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.*

Fecha/hora		Intervenciones
10 de marzo del 2018 Hora: 11 am	S	Lactante menor de 1 mes de edad con diagnóstico de síndrome de Down, madre refiere que su lengua esta grande y que siente que no succiona bien.
	O	Lactante menor en ABEG, despierto, se verifica tarjeta de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones. Se le observa además macroglosia lo que dificulta la succión del niño.
	A	Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.
	P	Niño mejorará el proceso de la deglución
	I	<p>Valorar enganche del pezón del niño a la mama.</p> <p>Valorar succión del niño con ficha de observación de Unicef de lactancia (ver anexos), en donde se vigilará lo siguiente:</p> <p>Si la Areola esta sobre la boca del bebé.</p> <p>Si la Boca del bebe está bien abierta.</p> <p>Si los Labios inferior y superior están evertidos.</p> <p>Si el mentón del bebé toca el pecho.</p> <p>Mejillas redondeadas.</p> <p>Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas. Se puede ver u oír al bebé deglutiendo.</p> <p>Mantener con lactancia materna y posterior a esta brindar leche artificial.</p>
	E	Objetivo parcialmente cumplido ya que mejoro en el proceso de deglución en un 70 %.

Tabla 9

*SOAPIE 3: Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.*

Fecha/hora	Intervenciones
10 de marzo del 2018 Hora: 10:40 am	<p>S Lactante menor de 1 mes de edad con diagnóstico de síndrome de Down. En evaluación de crecimiento y desarrollo, madre informa que siente que no suba mucho de peso, así como otros niños.</p> <p>O Lactante menor en ABEG, despierto, se verifica tarjeta de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones. Se mide antropometría, verificando que tuvo una ganancia inadecuada de peso y talla.</p> <p>A Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.</p> <p>P El lactante mejorara el estado nutricional priorizando lactancia materna.</p> <p>I Valorar patrón nutrición:            Evaluar curva de crecimiento con medidas antropométricas.            Monitorizar cada 7 días, la ganancia de peso.            Determinar la cantidad de veces que lacta el niño            Determinar la cantidad de onzas que brinda de leche artificial.            Mantener a los padres informados sobre el estado nutricional del niño, llegar como mínimo a dos acuerdos para evaluación en la siguiente consulta</p> <p>E Se cumplió el objetivo de mejorar el estado nutricional en un periodo de 30 días</p>

Tabla 10

*SOAPIE 4: Riesgo de infección relacionado con malnutrición.*

Fecha/hora	Intervenciones
17 de marzo del 2018. Hora: 10:40 am	<p>S Madre del niño refiere que lactante no se enferma, además que siempre se lava las manos y todo aquel que evita salidas a la calle con el niño.</p> <p>O Lactante menor en aparente buen estado general, no presenta enfermedad respiratoria alguna ni diarreica, ni enfermedades prevalentes de la infancia.</p> <p>A Riesgo de infección relacionado con malnutrición.</p> <p>P Paciente disminuirá riesgo de infección</p> <p>I Brindar educación y orientación en cuidados de niño (Puericultura). Identificar riesgos en el niño: Posición Formas de dormir Manejo ambiental: Seguridad. Brindar consejería de lavado de manos Educar a los padres y/o cuidadores de limitar las visitas (protección de infecciones). Evitar exposiciones del niño a lugares de mucha concurrencia. (protección de infecciones). Administrar vacunas de acuerdo esquema. Realizar visita domiciliaria.</p> <p>E Paciente disminuyo el riesgo de infección.</p>

Tabla 11

*SOAPIE 5: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).*

Fecha/hora	Intervenciones
17 de marzo del 2018 Hora: 10:40 am	<p data-bbox="495 373 1425 499">S Madre acude a consultorio de crecimiento y desarrollo con lactante menor con síndrome de Down, refiere que desconoce cómo será el desarrollo del niño.</p> <p data-bbox="495 499 1425 583">O Lactante menor en ABEG, ABEN, ABEH, afebril, con riesgo en el desarrollo, evaluado con escala de medición de EEDP.</p> <p data-bbox="495 583 1425 667">A Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).</p> <p data-bbox="495 667 1425 751">P El lactante mejorará progresivamente su desarrollo psicomotor en un periodo de 90 días</p> <p data-bbox="495 751 1425 1549">I Brindar educación y orientación en cuidados en el desarrollo de niños con síndrome de Down.            Evaluar al lactante con EEDP            Educar a los progenitores o cuidadores sobre atención temprana de desarrollo.            Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del lactante.            Hacer que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza, como:            Enseñar a los padres a fomentar la interacción cara a cara con el lactante.            Enseñar a los padres a hablar, cantar y sonreír al lactante mientras se le cuida.            Enseñar a los padres a decir el nombre con frecuencia.            Enseñar a los padres a tocar y abrazar al lactante con frecuencia.            Realizar el seguimiento del lactante para las interconsultas al servicio de medicina física y rehabilitación, orientado a los padres a que continúen con las actividades en casa para la mejora de la hipotonía.</p> <p data-bbox="495 1549 1425 1633">E Se evidencia mejora progresiva en el desarrollo en el periodo de 90 días.</p>

## Evaluación

Tabla 12

*Evaluación diagnostico 1: Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil por hipotonía muscular evidenciado en ganancia de peso insuficiente 26 %.*

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo:	OPA:
Paciente presentará lactancia materna eficaz.	Paciente presentó una ganancia de peso total
RE	195 gramos en total en su primer mes en
Paciente presentará adecuado crecimiento	comparación con el peso del nacimiento , lo
evidenciado en medidas antropométricas	cual se cumple con el objetivo parcialmente.
adecuadas en un plazo de 30 días.	

Tabla 13

*Evaluación diagnostico 2: Deterioro de la deglución r/c patologías con hipotonía importantes evidenciado en enganche el pezón ineficaz, succión ineficaz.*

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo:	OA:
Paciente mejorara en el proceso de la	Paciente presento adecuado enganche y
deglución	mejoro totalmente el proceso de succión,
RE:	objetivo alcanzado.
Paciente presentará adecuado enganche al	
pezón de la mama de la madre.	
Paciente mejorara el proceso de succión del	
niño.	

Tabla 14

*Evaluación diagnóstico 3: Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado en peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.*

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo	OPA:
Paciente presentará equilibrio nutricional acorde a sus necesidades y a su edad.	Paciente presentó una ganancia de 195 gramos en un mes de vida, lo que significa que tuvo ganancia de peso, pero fue objetivo parcial alcanzado.
RE	
Paciente evidenciara ganancia adecuada y recuperación en su talla 30-40 gramos de peso por día.	

Tabla 15

*Evaluación diagnóstico 4: Riesgo de infección relacionado con malnutrición.*

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo	OA:
Paciente disminuirá riesgo de infección.	Paciente disminuyó el riesgo de infección, no presentó IRAS, ni EDA, ni enfermedades prevalentes, por lo tanto, objetivo alcanzado.

Tabla 16

*Evaluación diagnóstico 5: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a trastorno genético (síndrome de Down).*

Diagnóstico 5	Evaluación
Objetivo	OA:
El lactante mejorará progresivamente su desarrollo psicomotor en un periodo de 90-120 días.	El lactante mejoro progresivamente su desarrollo en todas las áreas, además de sus terapias físicas continuas por la condición de la enfermedad (Síndrome de Down).

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### Antecedentes

Parra (2007), realizó una investigación titulada “Desarrollo psicomotor y procesamiento sensorial en niños con síndrome de Down en Lima”, con el objetivo de “conocer si existe correlación entre el Desarrollo Psicomotor y el Procesamiento Sensorial”. El estudio corresponde a un diseño no experimental de tipo cuantitativo. Se evaluó una muestra de 36 niños con Síndrome de Down de 10 a 18 meses de edad pertenecientes a 5 establecimientos con programas de estimulación temprana de la Región Metropolitana. La variable Desarrollo Psicomotor fue analizada con el Perfil de Conductas de Desarrollo, que evalúa 11 áreas de éste. Se encontró mediante el coeficiente de correlación de Pearson, que no hay una correlación estadísticamente significativa entre el Desarrollo Psicomotor y el Procesamiento Sensorial, con valores de  $r = 0.01$  y  $p = 0.93$ . Además, se buscaron asociaciones significativas entre las distintas áreas del Desarrollo Psicomotor y el Procesamiento Sensorial, los resultados indican que solo existe correlación positiva estadísticamente significativa, para las áreas de Gateo ( $r = 0.37$  y  $p < 0.05$ ) y Habilidad Manual ( $r = 0.35$  y  $p < 0.05$ ). Por otra parte, la evaluación evidencia que el retraso promedio en el Desarrollo Psicomotor es de 3.70 meses, con un porcentaje de desarrollo del 75.3% y a su vez Procesamiento Sensorial se encuentra afectado en un 78% (56% deficiencia y un 22 % riesgo) de los niños del estudio.

Retamales, Moreno, Gonzales, Cerda y Lizama (2009) realizaron un estudio titulado “Morbilidad y Mortalidad durante el Primer Año de Vida en Pacientes con Síndrome de Down” cuyo objetivo fue “caracterizar la morbimortalidad durante el primer año de vida en pacientes con SD”. Se incluyeron todos los niños nacidos durante el año 2006 con diagnóstico clínico de

SD en dos hospitales chilenos. Se realizó registro de morbimortalidad, hospitalizaciones y diagnóstico nutricional cada 2 meses hasta los 12 meses de vida. Se encontró que de 33 pacientes. El 78,8% fueron recién nacidos de término. La edad materna promedio fue de  $33,2 \pm 7,8$  años. El 64,5% presentó cardiopatía congénita, siendo más frecuentes los defectos aurículo-ventriculares (25%). El 35% requirió cardiocirugía. Las patologías digestivas asociadas se presentaron en el 35%. El 25,8% presentó hipotiroidismo. A los 2 meses el 54,8% tenía desnutrición. El 22,5% tenía obesidad/sobrepeso a los 12 meses. Hubo un promedio de  $5,38 \pm 1,83$  infecciones respiratorias agudas (IRA) por paciente/año y  $1,22 \pm 1,14$  hospitalizaciones no neonatales por niño/año. El 50% de las hospitalizaciones fueron por IRA baja. Dos pacientes fallecieron, ambos por causa infecciosa, con una sobrevivida de 93,6% a 12 meses. Conclusiones: el conocimiento de esta información nos permitirá mejorar el seguimiento actual de este grupo de niños, además de hacer evidente la necesidad de crear un programa nacional de evaluación y supervisión estandarizado de salud para niños con SD.

## **Marco conceptual**

### **Síndrome Down**

#### ***Reseña Histórica***

Casero y García (2017) el síndrome de Down (SD) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21, además menciona que la enfermedad del síndrome de Down también conocida como trisomía del par 21, se remonta allá por el siglo VII d.C. en donde se menciona ciertas características muy similares relacionados a esta enfermedad, más adelante en el siglo XVI ya se observaban en pinturas representativas en personas con características mongoloides, como por ejemplo la pintura al temple “la virgen y el niño” de

Mantegna (1430-1506) en donde parece representar a un niño con los rasgos de dicha enfermedad, otro ejemplo en el cuadro del Sir Joshua Reynolds (1773) “Lady Cockburn y sus hijos” en dicho cuadro uno de los hijos claramente se puede observar sus características de la enfermedad del síndrome de Down.

Si bien hasta el siglo XIX no se realizaron ningún tipo de descripción científica que describiera la enfermedad como tal, ya por el año de 1838 según menciona Sindor, el psiquiatra Esquirol, hace la primera descripción de un niño que padecía presumiblemente de SD. Más adelante en el año 1846 Edward Séguin, describió a un paciente con rasgos muy sugerente al síndrome, llamándole “idiocia furfurácea” o “cretinismo”, tras esas descripciones fue que el Dr. Jhon Langdon Hayden Down en 1866 describió el síndrome de Down con sus características en un grupo de pacientes con anormalidades mentales. Años más tarde en 1932 Wardenburg establece una supuesta anormalidad en el reparto de cromosomas, que describiría el origen de tal enfermedad, esto no se demostró sino hasta el año 1956 luego que Jerome Lejuene descubriera la existencia de un cromosoma extra en el par 21. Luego de algunos años en 1961 el nombre de su descubridor fue adoptado como nombre oficial para dicha enfermedad.

### ***Etiología***

Casero y García (2017) el Síndrome de Down es también conocido como trisomía del par 21 debido a una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra en dicho par, producto de:

Falta de disyunción en la meiosis, dando como resultado a dos células hijas completamente anormales, una de las cuales portaría 24 cromosomas y la otra 22, en lugar de 23 cromosomas como correspondería. Si la célula portadora de 24 cromosomas es fecundada por un gameto haploide, el resultado sería un individuo con 47 cromosomas (trisomía) y en el caso de

que la célula portadora de 22 cromosomas sea fecundada el individuo presentaría 45 cromosomas (monosomía).

Falta de disyunción en la mitosis, durante las primeras divisiones celulares de una célula embrionaria, generando un mosaicismo que se caracteriza por dos tipos de poblaciones celulares distintas a nivel cromosómico. Una población presentaría un número anómalo de cromosomas y la otra un número normal, sus características varían de acuerdo a la proporción y ubicación de estas células anormales.

Translocación desequilibrada, en la que en muchos casos un cromosoma sufre de una rotura a nivel estructural, dando como resultado un fragmento cromosómico libre, que llega a acoplarse a otro par de cromosomas ocasionando así una trisomía. El 95 % de los casos tienen una predisposición materna, donde la edad de la madre juega un papel importante ya que la incidencia de la alteración genética aumenta a partir de los 45 años, debido a que la mujer nace con una dotación establecida de ovocitos, siendo estos susceptibles a la atresia e influencias ambientales de carácter nocivo que llegan a modificar genéticamente su estructura.

Casero y García (2017), aproximadamente el 4% de los casos se debe a una traslocación desequilibrada entre el cromosoma 21 y los cromosomas 13 ,14 o 15, donde y el 1% restante se debe a mosaicismo ocasionado por la no disyunción del cromosoma 21, cabe resaltar que en la translocación desequilibrada y el mosaicismo la edad materna carece de importancia debido a que estos dos procesos se originan a nivel embrionario.

### ***Cuadro Clínico***

Artigas (2005) menciona que el cuadro clínico del síndrome de Down tiene un compromiso sistémico, provocando alteraciones. Entre otras características clínicas del síndrome de Down están:

Retardo del crecimiento.

Retardo mental de diversos grados con un coeficiente intelectual que oscila entre 25- 50.

Hiperlaxitud ligamentosa.

Hipotonía.

Predisposición alta: de leucemia, infecciones, disfunción tiroidea y envejecimiento prematuro y generalmente la aparición de signos de Alzheimer después de los 35 a 40 años.

### ***Diagnostico***

Casero y García (2017) menciona el diagnóstico para establecer como producto sospechoso de Síndrome de Down en caso de embarazo las siguientes pruebas:

De presunción: no invasivas, mediante un análisis bioquímico en sangre materna, con la medición de marcadores como la proteína A plasmática (PAPP-A) y la medición de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (GCH-  $\beta$ ),  $\alpha$  fetoproteína, estriol no conjugado, inhibina A. Del mismo modo se proceden a estudios ecográficos, en búsqueda de malformaciones del tracto digestivo, alteraciones del crecimiento facial y óseo.

Confirmación invasivas, a través de la obtención de células fetales, tomando en cuenta, la edad materna, cuyo riesgo asciende en mayores de 35 años, pruebas presuntivas con valor positivo mayor a 1/250 o 1/270, antecedentes de patología genética y anomalía ecográfica de riesgo. Una vez obtenida esta información se realiza la amniocentesis en la semana 14 a 17 de la gestación. El líquido amniótico obtenido se somete a estudio de cariotipo e hibridación in situ por fluorescencia (FISH), así como OF-PCR, que permite la multiplicación de porciones del ADN de los cromosomas. De igual manera se procede a biopsia de las vellosidades coriónicas, entre la semana 8 a 11 de la gestación o cordocentesis, para el estudio patológico y genético respectivos.

De igual forma, una vez que el bebé ha nacido, se puede proceder con la extracción de sangre en el neonato, para un estudio citogenética.

Cuando el niño se encuentra en los primeros años de vida, las observaciones de las características clínicas serán evidentes, confirmándose de esta manera cualquier sospecha hasta entonces no confirmada.

### ***Tratamiento***

Casero y García (2017) menciona que “no existe tratamiento para el Síndrome de Down, sin embargo, se realizan una serie de medidas de carácter rehabilitador, que les permita una inserción a la sociedad, introduciéndolos a la individualidad y autocuidado, ofreciendo consiguientemente una mejor calidad de vida”. En este sentido se recomienda:

Realizar un ecocardiograma durante los dos primeros meses de vida y a los 18 años para diagnosticar en forma temprana posibles patologías valvulares.

Realizar un examen oftalmológico para el diagnóstico temprano de miopía y cataratas en el primer año de vida y luego cada dos años.

Realizar revisiones médicas gastrointestinales y una dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento y el sobrepeso.

Planificar revisiones odontológicas a los 2 años de edad, revisando la forma del paladar, mal posición dentaria, respiración bucal, problemas de deglución, problemas de motricidad, higiene y muchos otros que comprometan la salud oral.

Realizar estudios de la función tiroidea cada medio año en los más pequeños y después anualmente.

Realizar estudios radiológicos rutinarios que permitan constatar un funcionamiento óptimo de la articulación atlanto-axoidea.

Realizar ecografías pélvicas y examen de los genitales externos, así como mamografía en mayores de 40 años.

Apoyar con fonoaudiología, fisioterapia y pedagogía especial para el perfeccionamiento del lenguaje y cuidado personal brindando un ambiente enriquecedor y estimulante.

Madrigal (2012) el tratamiento del niño con síndrome de Down debe comenzar desde los primeros momentos de vida. Debe abordarse desde una perspectiva multi-profesional que no descuide los distintos aspectos de desarrollo (afectivos, educativos, psicosociales, etc.), afianzando las capacidades potenciales y evitando el deterioro de aquellas aptitudes en las que se aprecia un retraso del desarrollo.

### **Desequilibrio nutricional**

Según Vallejo-Solarte, Castro-Castro y Cerezo-Correa (2014) el desequilibrio nutricional también conocido como “malnutrición describe una condición patológica, consecuencia del desequilibrio en el estado nutricional, y puede deberse a un déficit en la ingesta de nutrientes, a un estado de sobre nutrición o a una alteración en la utilización de estos nutrientes en el organismo. Es así como se establece de acuerdo con el exceso o el déficit de nutrientes la clasificación: desnutrición, sobrepeso, obesidad y deficiencia de nutrientes. La malnutrición es, del mismo modo, un factor de riesgo que incrementa la prevalencia de mortalidad y morbilidad en las poblaciones, disminuyendo la capacidad productiva y, en general, la calidad de vida”.

Según la OMS mmenciona que la malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

Además, la OMS (2010) menciona que todos los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición. Combatir todas las formas de malnutrición es uno de los mayores problemas sanitarios a escala mundial.

Según la organización mundial de la salud (2010); La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF publicaron en el año 1989 una declaración conjunta sobre la “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural”, en la que se plantea lo que se puede considerar el origen de la posterior iniciativa “Hospital amigo de los niños”. En el año 1991, la OMS y el UNICEF ponen en marcha la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), con una estrategia de promoción basada en los diez pasos para una feliz lactancia natural.

Los cuidados de enfermería en niños con síndrome de Down son cuidados de acuerdo al hallazgo encontrado en la evaluación – valoración de enfermería además de las complicaciones por hallazgos médicos detectados.

De acuerdo a Meléndez y Quispe (2017) la crianza de un niño con síndrome de Down en la mayoría de los casos se inicia con miedos, incertidumbres y temores, primordialmente debido al significado que tiene esta condición por lo tanto el personal de enfermería brindara consejería y orientación a los padres.

Según el libro síndrome de Down, habilidades tempranas de comunicación de Down-ESPAÑA 2015. Los niños con síndrome de Down entienden claramente y muy bien los conceptos de lenguaje y comunicación, y desean comunicarse desde las primeras edades. Sin embargo, la mayoría necesita utilizar un sistema alternativo o aumentativo de comunicación, como es el lenguaje de signos, antes de ser capaces de hablar. Por este motivo, es esencial que se trabaje tempranamente la comunicación mediante la actividad compartida de las familias y los profesionales (Down-ESPAÑA 2015).

Tabla 17

*Diferencias en el desarrollo entre niños con síndrome de Down y niños sin síndrome de Down-  
HITOS*

Diferencias en el desarrollo entre niños con síndrome de Down y niños sin síndrome de Down. Hito	Rango típico en niños con síndrome de Down	Rango típico
<b>MOTRICIDAD GRUESA</b>		
Se sienta solo	6 a 30 meses	5 a 9 meses
Gatea	8 a 22 meses	6 a 12 meses
Se pone en pie	1 a 3,25 años	8 a 17 meses
Camina solo	1 a 4 años	9 a 18 meses
<b>LENGUAJE</b>		
Primera palabra	1 a 4 años	1 a 3 años
Frasas de dos palabras	2 a 7,5 años	15 a 32 meses
<b>SOCIAL/SELF-HELP</b>		
Responde con una sonrisa	1,5 a 5 meses	1 a 3 meses
Come con los dedos	10 a 24 meses	7 a 14 meses
Bebe de una taza sin ayuda	12 a 32 meses	9 a 17 meses
Usa la cuchara	13 – 39 meses	12 a 20 meses
Control de esfínteres	2 a 7 años	16 a 42 meses
Se viste solo sin ayuda	3,5 a 8,5 años	3,25 a 5 años

### Modelo teórico

En el presente estudio de caso se trabajó con el modelo de enfermería de Nola Pender de promoción de la salud, ya que permite mejorar la respuesta humana frente a comportamientos

saludables, este modelo es predominante en América latina donde se está trabajando hace mucho tiempo el tema de promoción de la salud debido al impacto positivo que tiene en la población.

Al brindarle una alimentación basada en lactancia materna exclusiva se está evidenciando la promoción de la mejor nutrición para el niño, una nutrición basada no solo en nutrientes sino en calor humano, al apego, al vínculo del binomio que se fortalece.

Al trabajar con el modelo de Pender afianzamos el trabajo de los niveles de atención primaria que son los más importantes dentro de nuestro modelo de atención.

Según Trejo (2010), el modelo de promoción a la salud de Pender, está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona. El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud. El modelo de la promoción a la salud es básicamente un modelo de enfermería para evaluar la acción de promoción a la salud, el comportamiento que conduce a la promoción a la salud y de la interrelación entre tres puntos principales:

Características y experiencias de los individuos.

Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar.

Comportamiento de la promoción de la salud deseable.

## **Capítulo III**

### **Materiales y Métodos**

#### **Tipo y diseño**

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo analítico y el método es el Proceso de Atención de enfermería. Se describe un caso clínico en un lactante con síndrome de Down, debido a una pobre succión, se realiza el presente caso a través de la utilización de metodología de enfermería que se da con el proceso de atención de enfermería, con lenguaje NANDA, complementando con la revisión de la bibliografía relacionada.

#### **Sujeto de estudio**

Niño lactante menor de 1 mes de edad de sexo masculino, siendo el 3er hijo de un hogar funcional y cuenta con un seguro de salud.

#### **Delimitación geográfica temporal**

El centro de salud, que se encuentra en el departamento de Lima, es un nivel I-3, por contar con algunas especialidades tales como pediatría, ginecología, además es un centro de salud que brinda diferentes servicios diferenciados por un personal capacitado; se toma el caso del servicio de crecimiento y desarrollo con la autorización de los padres del niño.

#### **Técnica de recolección de Datos**

La técnica fue la entrevista y la observación y el instrumento fue la guía de valoración por Marjory Gordon por patrones funcionales. Las técnicas de inspección, observación, auscultación y percusión. Para la recolección de datos antropométricos se utilizaron los siguientes materiales: infantómetro, balanza pediátrica, cinta métrica acrílica. Para la evaluación de desarrollo de EEDP se utiliza la batería tales como: campana, argolla, linterna, formato de evaluación y manual de EEDP.

### **Consideraciones Éticas**

Para este estudio se tuvo en cuenta el principio de autonomía ya que es el principio fundamental del ser humano, donde se respeta su capacidad de decisión, de reconocimiento de sus derechos y su dignidad, ya que todo ser humano es libre de elegir y ser respetado. A través de la firma del consentimiento informado, la madre del usuario acepta el estudio y la publicación del presente caso (ver anexos) Así mismo se tiene en cuenta la confidencialidad y los datos recolectados fueron utilizados solo con fines de investigación

## Capítulo IV

### Resultados, análisis y discusión

#### Resultados

Tabla 18

*Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería*

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Diagnostico 1			1	20		
Diagnostico 2	1	20				
Diagnostico 3			1	20		
Diagnostico 4	1	20				
Diagnostico 5	1	20				
Total	3	60	2	40		

Fuente: Elaboración propia

#### Análisis de los diagnósticos

Dentro de todos los diagnósticos encontrados se priorizaron 5, de los cuales fueron alcanzados en un 60 % y el 40% fue parcialmente alcanzado.

#### Discusión

##### Primer diagnóstico.

Lactancia materna ineficaz

El objetivo fue parcialmente alcanzado. Paciente presentó una ganancia de peso total 195 gr en total en su primer mes, en comparación con el peso del nacimiento. La Organización Mundial de la Salud (2012) recomienda iniciar la lactancia materna con el calostro en la primera

hora de vida y mantenerla como única forma de alimentación, durante los seis meses siguientes, a partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución. Los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural, hasta los dos años de edad y más (OMS 2012)

Según la UNICEF La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo (*The Lancet*, 2008). Los resultados de un estudio realizado en Ghana demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22% de las muertes neonatales.

Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas (OMS-*The Lancet*, 2000).

Las consecuencias potenciales de las prácticas óptimas de lactancia materna son especialmente importantes en los países en desarrollo donde se registra una alta carga de enfermedad y un escaso acceso al agua potable y el saneamiento. En cambio, los niños no amamantados de los países industrializados también corren un mayor riesgo de morir. Un estudio reciente sobre la mortalidad pos- neonatal en los Estados Unidos encontró un aumento del 25% en la mortalidad de los lactantes no amamantados. En el *Estudio de la cohorte del milenio*, del Reino Unido, la lactancia materna exclusiva durante seis meses se relacionó con una disminución

del 53% en las hospitalizaciones por diarrea y una disminución del 27% en las infecciones de las vías respiratorias.

Si bien las tasas de lactancia materna no disminuyen a nivel mundial, y muchos países han experimentado un aumento significativo en la última década, sólo el 38% de los niños de menos de seis meses de edad en el mundo en desarrollo reciben leche materna exclusivamente y sólo el 39% de los niños de 20 a 23 meses edad se benefician de la práctica de la lactancia materna.

Además, la UNICEF menciona el riesgo potencial del uso de fórmulas artificiales para los lactantes por eso manifiesta que es imprescindible promover una cultura de alimentación saludable a través de la lactancia materna, el uso de sucedáneos de la leche materna conlleva un aumento de gastos en la familia al generar aumento de enfermedades y riesgos incluso que pueden llevar a la muerte al niño.

Ninguna fórmula ni la más cara que encontramos hoy en día es un sustituto aceptable de la leche materna, ya que solo añade componentes artificiales que no mejoran la inmunidad del niño, la lactancia materna es un líquido vivo, es un líquido especial que por su gran cantidad de nutrientes.

Según la Norma Técnica de CRED N° 537 – 2017/MINSA se debe priorizar como tema en la atención de crecimiento y desarrollo la consejería en lactancia materna.

Según la “Guía Técnica para la consejería en lactancia materna” N° 462-2015/MINSA Los beneficios de la lactancia materna van más allá de la salud. Los niños que son amamantados por periodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, un menor número de maloclusiones dentales y una inteligencia más alta que aquellos niños que son amamantados por periodos más cortos o no son amamantados lo que significa un mejor desempeño académico

y aumento de los ingresos a largo plazo, asimismo hay indicios que sugieren que la lactancia materna podría proteger en el futuro contra el sobrepeso y la diabetes. Según el presente caso al lactante se le brindaba leche artificial por el riesgo nutricional del niño lo que podría desencadenar incluso en un hipoglicemia y muerte súbita del menor, se afianzo la importancia de la lactancia materna en la familia para el bien del niño y su entorno.

### **Segundo diagnóstico.**

Deterioro de la deglución

El objetivo fue alcanzado. Paciente presentó adecuado enganche y mejoro totalmente el proceso de succión.

La guía de alimentación de Chile (2015) refiere que “el niño es capaz de mamar y tragar solamente líquidos en los primeros meses de vida, por la presencia de reflejos de succión y deglución”.

La guía de alimentación de Chile (2015) refiere “que la succión precoz y frecuente de calostro mantiene en el recién nacido niveles de glicemia adecuada, evita la deshidratación y la pérdida exagerada de peso, además contribuye a que el lactante pueda establecer en forma adecuada la coordinación entre las funciones de succión, respiración y deglución ”

Según Nelson (2016) establece que la succión es más un proceso de constricción de los senos areolares que de la simple succión del pezón.

Según Whaley y Wong (2011) establece que en el reflejo de succión debe presentarse fuerte y vigoroso.

En el presente estudio de caso donde tratamos a un niño lactante menor con síndrome de Down cuyas características dificultan la succión por la macroglosia que presentan además de la

hipotonía que retrasa maduración del SNC, pero con cuidados y educación se ayuda a disminuir ciertos riesgos sacando adelante al niño.

### **Tercer diagnóstico.**

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Objetivo fue parcialmente alcanzado. Paciente presentó una ganancia de 195 gr en un mes de vida, lo que significa que tuvo ganancia de peso. La OMS dice que la malnutrición abarca dos grupos el de deficit o emaciación que se define como peso inferior a la longitud/atura o el retraso de desarrollo que corresponde al peso inferior a la edad; el otro es el gran problema de sobrepeso y obesidad que va en aumento.

La norma tecnica de crecimiento y desarrollo del Perú (2017) refiere que durante el control de crecimiento y desarrollo se realiza la evaluación nutricional según el marco de la atención materno-infantil. El crecimiento adecuado es la condición en que la niña o niño evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad ( $\pm 2$  DE alrededor de la mediana), la tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

Además según el patrón de referencia de la OMS-2006 el rango de ganancia de 0-3 meses de edad en longitud es 4 cm por mes y ganancia de peso es 30-40 gramos por día lo que equivale a 1000-1200 gramos por mes.

### **Cuarto diagnóstico.**

Riesgo de infección

El objetivo fue alcanzado. Paciente disminuyó el riesgo de infección, no presentó IRAS, ni EDA, ni enfermedades prevalentes.

Según la OMS, la malnutrición abarca dos grupos amplios de afecciones. Uno es la «desnutrición» —que comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). El otro es el del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cánceres).

Los niños con síndrome de Down pueden tener inmunodeficiencias primarias lo que se conoce como (SIP) o aparecer como consecuencia de otro proceso patológico, según Iglesias, Moreno, Del Valle, Valdivia y Sainz (2015) menciona que las personas con síndrome de Down son propensas a presentar un número elevado de infecciones, con mayor frecuencia en las vías respiratorias superiores, siendo estas a menudo graves y prolongadas, atribuidas en gran medida a los defectos del sistema inmunitario, entre las más frecuentes: ligera o moderada linfopenia de los linfocitos T y B, alteración en la proliferación de células T inducida por mitógenos, reducción en las respuestas de anticuerpos específicos a la inmunización, defectos en la quimiotaxis de neutrófilos. Otras afecciones se deben a inmunodeficiencias secundarias (factores metabólicos o ambientales).

#### **Quinto diagnóstico.**

Riesgo de retraso en el desarrollo

El objetivo fue alcanzado. El lactante mejoro progresivamente su desarrollo en todas las áreas, además de sus terapias físicas continuas por la condición de la enfermedad (Síndrome de Down).

Según Sastre, Zabala y Lanza (2004) refieren que con respecto al desarrollo, todos los individuos con SD tienen cierto grado de retraso mental, existiendo una amplia variación en la severidad del mismo. Presentan además alteraciones neuropsicológicas. La importancia clínica del SD radica no sólo en ser la primera causa congénita de retardo mental, sino en que estos niños tienen mayor riesgo de presentar anomalías congénitas y enfermedades médicas.

Según la UNICEF (2015) menciona en su libro de cuidados infantil que “la familia es el entorno más favorable para el desarrollo del niño, por eso es importante tener cuidadores sensibles y con educación en desarrollo infantil temprano en el cuidado del niño, para que respeten la autonomía e integridad del niño en su totalidad respetando todos los derechos de este”.

Según la revista del programa del MIDIS (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social). Por el Desarrollo Integral de las Niñas, los Niños y sus familias (2012) El rol que desempeña el cuidador tiene un gran impacto en el niño en crecimiento y desarrollo, aquel niño que depende en su totalidad de sus cuidadores, que depende en su alimentación, cuidado, higiene, que conlleva que los padres estén a su disposición todo el tiempo para el mantenimiento de su salud; sin embargo estos cuidadores al no estar con conocimientos claros serán limitantes en el desarrollo infantil temprano (DIT).

Para la UNICEF (2012) , “es importante señalar que las capacidades de los cuidadores también depende del avance de un país, de su estabilidad, del respeto por los derechos de los niños y de la información oportuna y eficaz que se le brinda para potenciar al máximo el desarrollo del niño, en diversos estudios en el mundo en niños con síndrome de Down se evidencio que los primeros 6 meses son fundamentales para lograr avances en todas las dimensiones de su desarrollo sobre todo en el área motora” .

Vásquez (2015) manifiesta que siendo el síndrome de Down (SD) la enfermedad genética que constituye la primera causa de retraso mental en el mundo para lo cual es importante establecer medidas desde que el niño nace para favorecer su desarrollo en todas las dimensiones.

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### Conclusiones

Se logró aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente lactante menor de 1 mes de vida con Síndrome de Down, respetando las cinco etapas empezando por valoración, diagnóstico; planificación, ejecución y evaluación.

Se logró alcanzar el 60 % de los objetivos mientras que el 40% fue parcialmente alcanzado

#### Recomendaciones

Al servicio de crecimiento y desarrollo promover el desarrollo de estudios de caso aplicando el proceso de atención de enfermería propio del servicio.

Al personal de enfermería seguir capacitándonos en cuanto a temas cada vez más complejos como síndrome de Down, sus implicancias y realizar guías de atención en desarrollo, establecer parámetros de desarrollo para el niño con síndrome de Down.

Adaptar las normas ya existentes dadas en estudios de diferentes países.

Reforzar los cuidados integrales en este grupo tanto para el niño, familia y entorno.

Implementar la norma técnica de atención de crecimiento y desarrollo del niño con síndrome de Down.

A la Universidad Peruana Unión continuar incentivando la investigación de las especialidades a través del método del proceso de atención de enfermería.



## Bibliografía

- Alegría, A. G. 2008. Modelo de Entrega de Servicios de Estimulación Temprana Diseñado Hacia la Universalización de la Atención para Fortalecer el Desarrollo del Potencial Intelectual de Niños de 0 a 3 años de Edad. Tesis para optar grado de Doctor en Educación. Universidad Nacional de Trujillo.
- Altamirano, D, L 2004 ¿Se puede hablar de estimulación temprana en el Perú? -UMBRAL.
- Aranda, E.R 2001. La estimulación Temprana. Enciclopedia Guía para el desarrollo integral del niño. Tomo I-Madrid-España.
- Aranda, E.R 2001. La estimulación temprana. Enciclopedia guía para el desarrollo integral del niño. Tomo II –Madrid –España.
- Artigas, M. (2005) Síndrome de Down (Trisomía 21). Asociación Española de Pediatría.
- Carpenito J L. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: Interamericana. Mc Graw-Hill; 2013.
- Confederación española de organizaciones en favor de las personas con Discapacidad intelectual o del desarrollo FEAPS-Madrid consultado el 12 de marzo del 2015
- Casero Julián, Lirio. García Pérez, Jesús. Protocolo de seguimiento del síndrome de Down – unidad de pediatría social, hospital universitarios Niño Jesús. Madrid 2014.
- Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007.
- El papel de la enfermera en el síndrome de Down 2015 por Nuria Tirador Barroso.

Espinoza, C. C. (2017). Nivel de conocimientos de los padres de familia sobre estimulación temprana en niños con Síndrome de Down de 1 a 3 años que acuden a una institución de educación especial Lima.

Flores Jesús, Ruiz Emilio. El síndrome de Down: Aspectos biomédicos, psicológicos y educativos. marzo 2004.

Guerrero y barca; teoría del apego en niños con síndrome de Down conceptos básicos y claves educativas – Revista de estudios en psicología.

Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud.

Guía de estimulación temprana de ESSALUD-2009

[www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/mat\\_gui\\_lactancia.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/mat_gui_lactancia.pdf).

Madrigal Muñoz, Ana (2004) el síndrome de Down.

Manual de UNICEF DE LACTANCIA MATERNA-2010.

Manual de cuidados de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años –ESSALUD.

Manual de EEDP del ministerio de salud del Perú.2006.

MIDIS. Ministerio de Desarrollo e inclusión social 2012. Por el desarrollo integral de la Niñas,

los Niños y sus familias. Revista de cuidado infantil para los programas de Cuna Más.

MINSA-manual de lactancia materna de SOMOS LECHEROS

MINSA-REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL RAI-2006.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Ed.

Elsevier; 2015.

Nelson (2015) Tratado de pediatría

Norma técnica de crecimiento y desarrollo de ministerios de salud de Chile-2015

OPS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-2007, manual para la  
vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de la AIEPI-OMS.

Sastre Sala, Diana D; Zabala Chain, Cristina; Lanza Pintos; Andrea Paula (2004). Atención a  
niños con síndrome de Down.

Síndrome de Down. Estudio de un Caso; Elisabeth Amigo Soto año 2013.

[www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/mat\\_gui\\_lactancia.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/mat_gui_lactancia.pdf)

Trejos Martínez Fernando (2010). Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con  
sedentarismo.

Vallejo-Solarte, Castro-Castro y Cerezo-Correa (2014). Estado nutricional y determinantes  
sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa  
- Colombia

Whaley y Wong (2011) . Enfermería pediátrica

[www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/mat\\_gui\\_lactancia.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/mat_gui_lactancia.pdf)

[www.somoslecheros.edu](http://www.somoslecheros.edu).

## Apéndice

### Apéndice A: Consentimiento informado

Universidad peruana unión  
Escuela de posgrado  
UPG de ciencias de la salud

#### Consentimiento informado

##### Propósito y procedimientos.

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "proceso de atención aplicado a niño con síndrome de Down", el objetivo de este estudio de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a un niño Luis Alberto Alcazar este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Delia Luz León Castro bajo la asesoría de la Mg. Delia Luz León Castro. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizaran solo para fines de estudio.

##### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico, asociado a este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomaran precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

##### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación de este estudio.

##### Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación y la de mi menor hijo es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente este consentimiento y escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del padre o tutor..... Elysoeth Duran  
DNI:..... 08168345..... FIRMA:..... [Firma]

## Apéndice B: Guía de valoración

# VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

### DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: C.P.P Fecha de Nacimiento: Edad cronológica: 30 DIAS Sexo: F ( ) M ( X )  
 Historia Clínica: 128532 Teléfono: 997812944 Fecha de Valoración 10/04/2018  
 Procedencia: Admisión ( ) Emergencia ( ) Consultorios Externos ( X ) Otros: \_\_\_\_\_  
 Peso: Talla: 3.450 Perímetro Cefálico: 37 cm \_ FC: 120 por minuto FR: 36 Temperatura: 36.5 axilar  
 Motivo de consulta: Consultorio de Crecimiento y Desarrollo Diagnósticos Médico: Síndrome de Down

### VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

#### PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

##### Antecedentes

##### Madre:

- EDAD: 33 Grado de Instrucción: SECUNDARIA INCOMPLETA Ocupación AMA DE CASA
- DM..... HIV..... HEPATITIS..... TBC..... Otros: Refiere que ella desconoce de alguna enfermedad
- Alergias: No refiere especificar: ninguna
- Patología: Ninguna
- Hereditarios ( ) Adquiridos ( )
- Medicamentos que consume: No (x) Si especificar: Sangrecita
- Consumo de sustancias toxicas: No (x) Si especificar:.....
- N° de gestación 4
- Periodo Intergenésico 8 años
- Control prenatal: No Si x N° 7 controles
- Grupo S. y factor: o+
- Problemas en la gestación: ninguno
- Problemas en el parto: Ninguno
- Problemas en el Puerperio: Ninguno

##### Padre:

- EDAD 38
- Grado de Instrucción Superior técnico
- Ocupación. Obrero
- DM..... HIV..... HEPATITIS..... TBC..... Otros: Refiere ninguna enfermedad
- Alergias: desconoce especificar: Refiere ninguna
- Patologías : Niega alguna
- Hereditarios( ) Adquiridos ( )
- Medicamentos que consume: No( x ) Si( ) especificar:.....

#### PATRON VALORES-CREENCIAS

**Religión que practican los padres** Bautizado en su Religión: Si ( ) No ( x )

Restricción Religiosa: No puede comer sangrecita, ni chanco  
 Religión de los Padres: Católico ( ) Evangélico ( ) Adventista ( )  
 Otros: cristiano

Observaciones: \_\_\_\_\_

Necesidades espirituales:

Uso de métodos no tradicionales en el cuidado: Crianza con apego y ternura refiere madre

#### PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

**Reactividad:** Activo ( ) Hipo activo ( x ) Hiperactivo ( )

**Estado Emocional niño:** Tranquilo ( x ) Ansioso ( ) Irritable ( )  
 Negativo ( ) Indiferente ( ) Temeroso ( x )

Intranquilo ( ) Agresivo ( )

**Llanto Persistente:** Si ( x ) No ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

##### Percepción de sí mismo:

Autodefinición: Autoestima:

**Estado Emocional madre y/o cuidador:** Tranquilo ( x ) Ansioso ( )  
 Irritable ( ) Negativo ( ) Indiferente ( ) Temeroso ( )

Intranquilo ( ) Agresivo ( )

Cuidado del niño: adecuado ( x ) inadecuado ( )

Preocupación principal de los padres: Síndrome de Down

Comentarios: La principal preocupación es por alguna complicación que su niño pueda tener

#### PATRON DESCANSO-SUEÑO

**Sueño:** N° de horas de Sueño: Dia \_\_\_\_\_ Noche \_\_\_\_\_

xConsumo de sustancias toxicas: No ( ) Si ( )  
 especificar:.....

**NIÑO**

- Apgar: 1' 8
- 5' 9
- EG 37 semanas
- Sufrimiento fetal: No ( x ) Si ( )
- Peso al Nacer 3.255
- Talla al Nacer. 50 cm
- PC: 35 cm.
- Alergias ninguna .
- Patologías de RN Síndrome de Down .
- Otras patologías en la infancia en proceso de crecimiento
- Hospitalizaciones: Al 6 día hasta el 8 días
- Alteraciones congénitas: Síndrome de Down
- Estado vacunal Vacuna de recién nacido completo
- N de Controles 2 recién nacido
- 1 control de cred de mes
- Recibe suplementación de Hierro No ( ) Si ( x )
- N de dotación de micronutriente No corresponde
- N de frasco de Sulfato Ferroso No
- Otro suplemento de Hierro (especifique)
- Hierro polimaltosado
- Estado de higiene: Bueno ( x ) Malo ( )

**PATRON RELACIONES-ROL**

Ocupación de la madre: Ama de casa

Ocupación del padre: Obrero

Cuidador del niño: Obrero

**Relaciones Familiares:** Buena ( x ) Mala ( ) Conflictos ( )  
 Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si ( x ) No ( )  
 El padre participa en el cuidado del niño: Si ( x ) No ( )  
 Familia Nuclear: Si ( x ) No ( ) Padres Separados: Si ( ) No ( )

Violencia intrafamiliar: No

Problema de Alcoholismo: Si ( ) No ( xx )

Problemas de Drogadicción: Si ( ) No ( )

Pandillaje: Si ( ) No ( x ) Otros:

Especifique: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Asiste a los controles programados: Si ( x ) No ( )

**PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO**

**Nivel de Conciencia:** Orientado ( x ) Alerta ( x ) Despierto ( )  
 Somnoliento ( ) Irritable ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Pupilas:** Isocóricas ( x ) Anisocóricas ( ) Reactivas ( x )

No Reactivas ( ) Fotoreactivas ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( )

Foto Reactivas: Si ( ) No ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Escala de Glasgow: Lactante**

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Balbuceo 5	Mov. Espont. 6

15 horas intermitentes de día y de noche

Alteraciones en el Sueño: Si ( ) No ( x )

Especifique: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Problemas para consiliar el sueño:

**PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO**

**Actividad Respiratoria:** Respiración: FR: \_\_\_\_\_ 36

Amplitud: Superficial ( ) Profunda ( ) Disnea ( )

Tiraje ( ) Aleteo nasal ( ) Apnea ( )

**Rinitis vasomotor**

**Tos:** Si ( ) No ( xx )

**Secreciones:** Si ( ) No ( ) Características: \_\_\_\_\_

**Ruidos Respiratorios:** CPD ( ) CPI ( ) ACP ( )

Claros ( ) Roncantes ( ) Sibilantes ( ) Crepitantes ( )

Otros: \_\_\_\_\_

**Actividad Circulatoria:**

**Pulso:** Regular ( x ) Irregular ( )

**FC / Pulso:** 120 PA: \_\_\_\_\_

Riesgo periférico: cianosis distal..... Frialdad distal .....

**Capacidad de autocuidado:**

0 = Independiente ( ) 1 = Ayuda de otros ( )

2 = Ayuda del personal ( ) 3 = Dependiente ( x )

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

**Aparatos de Ayuda:** \_\_\_\_\_

**Fuerza/tono Muscular:** Conservada ( ) Disminuida ( x )

**Movilidad de Miembros:**

Contracturas ( ) Flacidez ( x ) Parálisis ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Maniobra Ortolani – Barlow: negativa****Evaluación de miembros inferiores**

**Movilidad:** conservada ...

Limitada.....

Especifique hipotonía

**PATRÓN ELIMINACIÓN****Intestinal:**

Nº Deposiciones/Día 2 veces al día

Características: semiacuosas

Color: amarillas

Consistencia: semiacuosas

Comentarios: \_

**Vesical:**

Micción Espontánea: Si ( x ) No ( )

Características: \_\_\_\_\_

Al hablarle 3	Llanto Irritable 4	Retira al tacto 5
Al dolor 2	Llanto al dolor 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Se queja al dolor 2	Flexión anormal 3
	Sin respuesta 1	Ext. Anormal 2
		Sin respuesta 1

**Puntaje Total:** \_\_\_\_\_

#### Escala de Glasgow: Pre- Escolar

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Orientado 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confuso 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapropiado 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Sonido inespec. 2	Decorticación 3
	Ninguno 1	Descerebración 2
		Ninguno 1

**Puntaje Total:** \_\_\_\_\_

**Alteración Sensorial:** Visuales ( ) Auditivas ( ) Lenguaje ( )

Otros: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Comentarios: Niño con hipotonía oro-facial

Reflejos presentes según edad: Si ( ) No ( )

Desarrollo Psicomotor:

- Área lenguaje- déficit
- Área motora- déficit
- Área Coordinación – normal
- Área Social – déficit

#### PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Peso: 3.450

Talla: 52.4 cm

PC: 37 cm

Estado nutricional: riesgo nutricional

Ganancia de peso: 196 gramos en un mes

Y según la pérdida al 10 día la ganancia es 450 gramos

Inicio de alimentación complementaria: leche materna + leche artificial

Apetito: conservada

Tipo de alimentación: mixta

**Piel:** Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( )

seca con diagnostico medico de dermatitis atópica

Fría ( ) Tibia (x) Caliente ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Dentición:** completa ..... ausente x Incompleta.....

**Termorregulación:** Temperatura: \_\_\_\_\_

Hipertermia ( ) Normotermia (x) Hipotermia ( )

#### PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Si ( ) No (x)

Especifique: \_\_\_\_\_

Otras Molestias: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Problemas de Identidad: \_\_\_\_\_

Cambios Físicos: \_\_\_\_\_

Testículos No Palpables: Si ( ) No (x)

Fimosis Si ( ) No (x)

Testículos Descendidos: Si (x) No ( )

Masas Escrotales Si ( ) No (x)

Menstruación Si ( ) No ( )

Problemas menstruales Si ( ) No ( )

Evaluación según escala de Taner:

I II III IV V

Disminuido ( ) Nausea ( ) Vómitos ( )

Cantidad: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

Dificultad para Deglutir: Si (x) No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

**Alimentación:** LME ( ) LMM (x) LMA ( )

Fórmula ( ) Tipo de Fórmula fórmula con hierro

**Abdomen:** B/D (x) Distendido ( ) Timpánico ( ) Doloroso ( )

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---



---



---



---

Nombre de la enfermera:

Firma: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Coloración:</b> Normal ( xx ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Fría ( ) Rosada ( ) Pálida ( ) Tibia ( ) Caliente ( ) Observación: _____ <b>Hidratación:</b> Hidratado ( x ) Deshidratado ( ) Observación: _____ Edema: Si ( ) No ( x ) ( ) + ( ) ++ ( ) +++ ( ) Especificar Zona: _____ Comentarios: _____ <b>Fontanelas:</b> Normotensa ( x ) pero cara aplanada Baja inserción de orejas Cara en media luna Abombada ( ) Deprimida ( ) <b>Cabello:</b> Normal ( ) Rojizo ( ) Amarillo ( ) Ralo ( ) Quebradizo ( ) <b>Mucosas Orales:</b> Intacta ( x ) Lesiones ( ) Observaciones: _____ Malformación Oral: Si ( ) No ( x ) Especificar: _____ <b>Apetito:</b> Normal ( x ) Anorexia ( ) Bulimia ( )	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### Apéndice C: Informe de evaluación del EDDP

#### DATOS GENERALES:

NOMBRES Y APELLIDOS: C.P.P

Edad: 1 Meses.

Fecha de nacimiento: 10-03-2018

Fecha de evaluación: 10-04-2018.

Lugar de evaluación: Centro de salud

Examinador: Lic. Delia Mimbela Cevallos.

Enfermera responsable de servicio de CRED: Lic. Delia Mimbela Cevallos

#### EVALUACIÓN:

Lactante menor que recibe lactancia materna, se pregunta a la madre si recién fue alimentado refiere que hace 40 minutos, afebril, no refiere que haya estado enfermo, a la evaluación examen físico hipotonía.

#### *Antecedentes:*

Parto eutócico sin complicaciones

Peso al nacer: 3.255

Talla al nacer: 55 cm

Perímetro cefálico: 34 cm

Apgar: 9-9

Hospitalizado por a los 6 días de nacido por ictericia recibiendo fototerapia.

## RESULTADOS:

Fecha de evaluación: 2018-04-10

Fecha de nacimiento: 2018-03-10

Edad cronológica: 00s año – 01 mes – 00 días

**30 días.**

Edad base: 1 meses = 1 x30 = **30 días.**

Puntaje adicional: 1 meses: 3 ítems x 6= 6 días

Por lo tanto: 6 = **6 días.**

Edad mental: Edad base + Puntaje adicional (SOLO 3 ítems aprobados)

Nota: si en el primer mes falla en algún ítem solo se cuenta los ítems aprobados.

Razón = Edad mental/Edad cronológica: 18/30 = 0.6

Este resultado equivale a un puntaje estándar (P.E) = 0.74

C.D = P.E x 100 = 0.74 x 100 = **74**

**Puntaje global:** Ubicándolo este tipo de puntaje en un nivel de desarrollo de riesgo pero la apreciación de las distintas áreas y el perfil de desarrollo nos lleva a concluir un retraso en el área motora en gran significado por la hipotonía.

***Cualitativos***

En base a las cuatro áreas que evalúa la Escala obtuvimos los siguientes resultados:

**Lenguaje (L)**

El niño avanza hasta los ítems del área de lenguaje ya que da LENGUAJE GUTURAL, reacciona al sonido de la campanilla.

**Social (S)**

El comportamiento social se refiere a la habilidad que tiene el niño para reaccionar, fija la mirada en el rostro del examinador

**Coordinación(C)**

Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de las funciones (Oculo motriz y de adaptación ante los objetos). Realiza el seguimiento de la argolla, pero solo 30 grados, no completo 90 grados.

**Motora (M)**

Se refiere al control motor. En esta área el niño no pudo controlar la cabecita al ser llevado a posición sentado.

## Apéndice D: Esquema de Inmunizaciones

Edad de vacunación	Vacunas	Fecha de administración
RECIÉN NACIDO	BCG:	21-03-2018
	HVB:	10-03-2018
	1 DOSIS DE IPV	
2 MESES	1 DOSIS DE PENTAVALENTE	
	1 DOSIS DE ROTAVIRUS	
	1 DOSIS DE NEUMOCOCO	
	2 DOSIS DE IPV	
	2 DOSIS DE PENTAVALENTE	
4 MESES	2 DOSIS DE ROTAVIRUS	
	2 DOSIS DE NEUMOCOCO	
6 MESES	3 DOSIS DE APO	
	3 DOSIS DE PENTAVALENTE	
7 MESES	1 DOSIS DE INFLUENZA	
8 MESES	2 DOSIS DE INFLUENZA	
12 MESES	3 DOSIS DE NEUMOCOCO	
	1 DOSIS DE SPR	
15 MESES	VACUNA AMA	
18 MESES	1 REFUERZO DE DPT	
	2 DOSIS DE SPR	
	1 REFUERZO DE APO	
4 AÑOS	2 REFUERZO DE DPT	
	2 REFUERZO DE APO	

### Conclusión final

El niño esta con un coeficiente de desarrollo de 85 que es normal pero se encuentra en el límite por la alteración genética que presenta el niño, sin embargo se felicita a la madre por todo el esfuerzo y el acompañamiento en la atención temprana de desarrollo, cabe resaltar que en diferentes estudios realizados en el mundo los niños con SD; tienen un desarrollo muy similar al normal hasta el 5 mes de vida; lo que lleva a seguir estudiando estos casos para mejorar la calidad de vida.

## CASO # 01

Niño lactante menor con diagnóstico de Síndrome de Down , con 1 mes de edad , lactante menor con diagnóstico de Síndrome de Down en AREG, ABEH, ABEN, afebril, no IRA, no EDA, no ESAVI en vacuna anterior, normocefalo: fontanela anterior presente más de 3 cm de diámetro , implantación baja de orejas , además pequeñas , cuello sin alteraciones , huella de BCG en brazo derecho, mv x ambos campos pulmonares, abdomen blando depresible, aparato genitourinario sin lesiones, MMII simétricos , tono muscular disminuido.

P/E= N      T/E = N                  P/T= N

P.C: 43 CM

Alimentación: LMm

Orina: Normal

Deposiciones: Interdiario 1- 2 Veces

Desarrollo: No responde totalmente a EEDP - déficit en área motora.

GRUPO SANGUÍNEO: A+

En proceso de prueba genética

LMM

Consejería Integral

Estimulación temprana

Higiene y baño diario

Terapia física

Lactancia materna y sus múltiples beneficios

Son innumerables los beneficios que podemos señalar sobre la lactancia materna que nos faltaría mucho tiempo para poder enumerarlos, uno de los principales y fundamentales es que

apoya el neurodesarrollo del niño, considerando que los primeros años es donde se da la plasticidad neuronal en su máxima función, teniendo niños con coeficiente intelectual adecuados y muy por encima de aquellos niños que nunca lactaron.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna con el calostro en la primera hora de vida y mantenerla como única forma de alimentación, durante los primeros seis meses, a partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución. Los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados desde el punto de vista nutricional (consistente, nutritivo y rico en hierro por el alto porcentaje que tenemos de anemia en el país ) sin abandonar la lactancia natural, hasta los dos años de edad y más. Es de suma importancia que todos los profesionales de la salud estén comprometidos con esta causa de promover y fomentar la lactancia materna, se dice que se debe de dar antes de la primera hora para favorecer el apego del binomio madre- niño además que brindamos el calostro que es la leche materna inicial, rica en fosfolípidos

La lactancia materna disminuye la mortalidad y la morbilidad infantil, protege al niño de muchas enfermedades prevalentes en la infancia, tales como diarreas, tiene un efecto gastroprotector; preparando al niño con la mejor flora intestinal pasando por la leche materna componentes inmunoprotectores para el niño, lo que significa un impacto económico grande para la familia y la sociedad.

La lactancia materna también disminuye significativamente el riesgo de presentar enfermedades respiratorias tales como neumonía, bronquiolitis, otitis media aguda, que tienen una prevalencia alta, con la lactancia materna se disminuye costos de hospitalizaciones además de sus complicaciones.

La lactancia materna además nos brinda una excelente protección contra rinitis, alergias y asma; en estudios realizados en Finlandia se encontró que se puede reducir hasta en un 42% la dermatitis atópica en aquellos niños sin antecedentes familiares lo que llegamos a discernir que hoy en día existe muchas dermatitis atópicas debido al descenso en la lactancia materna que incluyen altos costos en tratamientos y no es eco-amigable, por el uso de industrias de estos productos químicos.

Otro de los beneficios de la lactancia es el de proteger , de unos de los grandes problemas del siglo XXI la obesidad, que conlleva como consecuencia la aparición a temprana edad de la diabetes, la hipertensión y dislipidemias asociadas a estas , estudios en diferentes partes del mundo dieron resultados que niños amamantados disminuyen el riesgo en el futuro de presentar obesidad, además con el aumentos de sobrepeso y obesidad en escolares en el mundo se llegó a la conclusión que dando lactancia tiene un efecto considerable en la disminución de esta con LME.

Además, la lactancia materna disminuye el riesgo de leucemia, enterocolitis necrotizante y otras patologías.

Se tiene como conclusión final el impacto positivo de la lactancia materna ya que es la intervención en salud más significativa que existe, debemos seguir trabajando en la importancia de esta, en la educación, en consejerías, desde el colegio, los centros laborales y debe existir un compromiso claro de nuestras autoridades para fortalecer leyes adecuadas a favor del niño y una sociedad que tuvo toda la oportunidad de crecer con el mejor alimento que es único por naturaleza

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, solo en casos excepcionales se puede brindar lactancia artificial como en madres que tienen VIH y casos especiales, además todos los profesionales deben conocer que existe un código internacional de sucedáneos.

Todo el sistema de salud debe fortalecer todo el conocimiento de beneficios tanto para el niño como para la madre, además de empoderarlas para que todo niño tenga la oportunidad de recibir lactancia materna que es fundamental para su crecimiento y desarrollo, además favorecemos el desarrollo de las familias y de una sociedad que necesita niños bien nutridos y con todo su potencial dado al máximo.

El Perú es uno de los países de Latinoamérica con más alto consumo de lactancia materna exclusiva, pero estas cifras nos salvan por la zona rural porque en zonas de la costa ha disminuido considerablemente la alimentación por lactancia materna exclusiva.

Esto nos da la preocupación que debemos seguir trabajando ya que se tiene que seguir avanzando en este tema, para el bien de nuestros niños y de la sociedad en su conjunto.

## Apéndice F: Plan de Sesión Educativa

### SESION EDUCATIVA

#### Datos Generales:

Institución: Universidad Peruana Unión

Ciclo de estudios: III CICLO

Tema: LACTANCIA MATERNA

Tiempo: 50 – 55 minutos.

Lugar: P.C.C METROPOLITANO DEL CALLAO

Fecha y hora: 15-02-2018

Licenciada: Delia Mimbela Cevallos

#### Objetivos Educativos:

Al finalizar la sesión significativa sobre la importancia de la lactancia materna, los padres del lactante serán capaces de reconocer los siguientes objetivos:

#### Objetivos Generales:

Apoyar, promover y proteger la lactancia materna en las madres y sus hijos usuarios del policlínico de atención primaria.

#### Objetivos Generales:

1. Identificar en la madre los factores de riesgo que impiden el amamantamiento., para consejería y seguimiento.
2. Identificar y manejar los problemas relacionados a la técnica de lactancia: congestión mamaria, pezones dolorosos, pezones retractiles.
3. Enseñar la extracción, almacenamiento, conservación de leche materna.

4. Enseñar métodos de alimentación que no interfieran con la succión.
5. Manejo del lactante en situaciones de dolor y cólicos post lactancia.
6. Brindar un sistema de apoyo al amamantamiento en situaciones especiales, tales como problemas de hipotonía u otra alteración o patología identificada.

### Programación:

Actividades	Tiempo	Estrategias	Medios y Recursos audiovisuales	Indicadores de evaluación
Motivación	10 min.	Cuento	Video – “Líquido SUBLIME”	Interés
Básica	20 min.	Exposición con rotafolio de mesa	Voz, panel negro, imágenes, cartulinas.	Atencion
Práctica	De acuerdo a la mamada del niño	Relajación en la madre	Fotos familiares	Participación personal
Evaluación	5 min.	Técnica de observación de Unicef	Guía de observación	Guía de observación aprobada
Extensión	10min	Reflexión	Voz, firmas, recuerdos.	Se comprometen

### Desarrollo:

#### Motivación. -

Se leerá un cuento llamado “LIQUIDO SUBLIME”:

Había una vez, una reunión de muchos animales, donde todos conversaban, el gato decía yo tengo la mejor alimentación, porque mi madre me da su leche y soy el mejor, los perros decían nosotros somos los mejores en alimentación porque nuestra madre nos da todo

alimentación y además nos da un espacio único, el chimpancé dijo nosotros tenemos la mejor alimentación así que somos mejores porque somos grandes y fuertes, la vaca dijo no.....  
 nooo....nosotras tenemos la mejor alimentación además que damos leche para todos y compartimos nuestro alimento con los seres humanos y pronto vieron a 2 niños caminando junto a su madre , estos niños se acercaron dónde estaban reunidos todos los animales y dijeron que lindo estos animales, son hermosos y de pronto la madre llama a los niños y les dijo chicos vengan les toca su alimento para que sean grandes, fuertes, seguros, sanitos y muy felices y todos los animales sorprendidos dijeron ¿Qué? ¿vayamos veamos que alimentos tiene todas esas propiedades?...los animales corrieron a ver que alimento era ese... al llegar a los niños vieron que la madre les estaba dando lactancia a ambos y dijeron todos nosotros queremos leche materna y la vaca dijo y yo porque doy mi leche si cada madre tiene leche para sus niños ohhh ahora yo también quiero eso y la madre sonrió y dijo mi leche es muy buena para mis niños , mientras que tu lola (la vaca) haces buena leche para tus vaquitas ,pero jamás podrás hacer mi leche ... lola sonrió y se fue y dijo tienes toda la razón no hay nada mejor que la leche materna , liquido rey de todos que ninguno podrá igualar.

Viva dijeron los animales la leche materna es la mejor...viva el líquido más puro.

### **Información Básica. -**

Lactancia materna –mensajes claves

La leche humana es un líquido extraordinariamente complejo, de características inigualables, con propiedades que cubre las necesidades de acuerdo a la edad del niño, la lactancia no solo es un acto de nutrición sino también de amor, de calor humano que asegura una calidad total en el crecimiento y desarrollo del niño.

La organización mundial de la salud sugiere la lactancia materna exclusiva es de 0-6 meses de forma ininterrumpida desde la primera hora de vida, y de forma complementaria de 6 meses a 2 años a más.

¿Por qué es necesario la lactancia materna?

Porque la leche humana es un sistema de soporte especializado para el lactante humano que le proporciona:

- Nutrición
- Protección
- Información

Beneficios de la lactancia materna:

- Beneficio para el niño:
- Protege contra las infecciones
- Previene de alergias incluso en la etapa adulta.
- Ayuda a la maduración del intestino
- Previene intolerancia
- Elimina el meconio
- Ayuda a prevenir la ictericia
- Ayuda a disminuir el riesgo de otitis
- Previene enfermedad ocular

Beneficio para la madre:

- Disminuye el riesgo de hemorragia post-parto
- Ayuda a la recuperación del útero en tamaño y posición.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y mamas.

- Se encuentra disponible a demanda

Beneficio para la familia:

- Es económica
- Genera mayor apego familiar
- Genera vínculo efectivo entre la madre y el niño.
- No necesita tiempo de preparación
- No generas gastos en hospitalizaciones

Beneficio para la sociedad:

- Es altamente ecológica
- No genera residuos en su preparación
- Mejora el área social del niño

Debemos recordar:

- La leche materna tiene más del 80% de agua en su composición
- El niño no necesita ningún líquido adicional
- Lavado de manos en forma frecuente
- Lavar las mamas solo con agua
- Llevarlos a los controles de CRED periódicamente

Práctica. -

Lactancia materna a demanda en contacto piel a piel.

Evaluación. –

FICHA DE OBSERVACIÓN

FICHA DE LACTANCIA

Extensión.