



MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN EN LACTANTE TRAS CIERRE DE FISURA PALATINA

AUTORES: Roxana Párraga Fernández, Carolina Ochoa Hurtado, Andrea Noguera Torres, Rosa Mª Triviño Piqueras, Cristina Soriano Chuecos, María Martínez Vicente, Carmen García Castaño, Alba Marín Martínez, Concepción González Ortuño, Leticia Edurne Alarcón García, Miriam Matencio Soler, Ana Lorente Beltrán, Paloma Vivancos Medina, Laura Galant Pérez, Ana Belén Abad Peñas.

INTRODUCCIÓN

El caso clínico que voy a redactar ocurre en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital. Lactante de 1 año que ingresa para cierre de paladar. A su llegada se realiza protocolo de acogida en la unidad y preoperatorio. Se administra fluidoterapia para cubrir sus necesidades basales ya que se encontraba en ayunas desde la noche anterior a la operación. Tras la cirugía, el paciente presenta dolor moderado, valorado mediante escala EVA. Se encuentra consciente y orientado, termodinámicamente estable. Presenta secuencia de Pierre-Robin y retrognatia severa. No alergias conocidas.

OBJETIVOS

Proporcionar a los profesionales un mayor conocimiento sobre el manejo de la alimentación en lactante tras cierre de fisura palatina y desarrollar un plan de cuidados según la taxonomía normalizada (NANDA, NIC, NOC).

METODOLOGÍA

Se realiza valoración según los patrones de Marjory Gordon en busca de diagnósticos NANDA-NOC-NIC que se adecuen al paciente.

RESULTADOS

Diagnóstico [00103] Deterioro de la deglución m/p babeo.

NOC: [1012] Estado de deglución: fase oral.

Indicadores:

Mantiene la comida en la boca.

Controla las secreciones orales.

Distribución del bolo a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución.

Reflejo nauseoso.

Puntuación inicial: 2 (sustancialmente comprometido) y puntuación final a los 4 días: 5 (no comprometido)

NIC: [1052] Alimentación con biberón.

Actividades:

Los niños con fisura de paladar no pueden crear suficiente presión negativa para succionar la leche y pueden tener en algún momento retorno de alimento por la nariz. Durante la toma por biberón se empieza por colocar al niño en Semi-Fowler. Para favorecer la eficiencia de la ingesta se han de ampliar los orificios de salida de la tetina o hacer un corte en cruz. Un biberón que se pueda comprimir como el especial para niños fisurados también ayuda. Si la leche fluye suavemente sobre la lengua, la deglución se da modo reflejo.

Expulsar los gases del bebé frecuentemente durante y después de la toma.

Colocar la tetina en la parte superior de la lengua.

Controlar la toma de líquidos regulando la blandura de la tetina, el tamaño del orificio y el del biberón.

Aumentar la capacidad de alerta del bebé aflojándole la ropa, acariciando sus manos y pies o hablándole.

CONCLUSIONES

Los pacientes que tienen diagnóstico de síndrome de Pierre Robin, demandan una valoración exhaustiva e interdisciplinaria que guíe las intervenciones, no sólo para proveer los cuidados oportunos al lactante sino a los padres quienes van a ser los cuidadores irremplazables para ese niño. Estos cuidados deben aplicarse con la mejor evidencia disponible y basados en una metodología enfermera.

BIBLIOGRAFÍA



UDMP-CARM

Arrixaca

Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Arrixaca