



ACTUACIONS I ATENCIONS

AL NEN/A AMB NECESSITATS EDUCATIVES ESPECIALS

Responsables de la formació:

Neus Robert (cap d'estudis de l'Escola d'E.E. La Muntanyeta)

Sara Llutart (fisioterapeuta de l'Escola d'E.E. La Muntanyeta)



ÍNDEX

- Objectius del curs
- Condicions específiques dels alumnes amb n.e.e.
- Paràlisi cerebral
- Espina bífida
- Distròfia muscular
- Trastorns de conducta
- Síndrome de Down
- Diversitat funcional intel·lectual
- Autisme
- Relació família-escola-transport
- Actuacions i actituds
- Trastorns de mobilitat
- Control postural
- Seguretat: cadires i subjeccions
- Actuacions davant una crisi epilèptica
- Actuacions davant el risc d'asfixia



OBJECTIUS

- Optimitzar la comunicació entre l'escola i els monitors de transport dels nostres alumnes.
- Avançar cap al màxim grau de qualitat en el servei de transport escolar de nens amb necessitats educatives especials (n.e.e.).
- Donar informació als monitors sobre les particularitats que presenten els alumnes en relació als trastorns del moviment, la postura i trastorns associats.
- Donar a conèixer la forma de comunicar-se dels nostres alumnes per tal puguin entendre'ls i fer-se entendre.
- Plantejar situacions complicades en les que ens podem trobar i saber com hem d'actuar.
- Donar seguretat en el maneig del nen amb p.c.i..
- Afavorir la comunicació i la bona entesa entre els monitors i les famílies.

CONDICIONS ESPECÍFIQUES DELS ALUMNES

- PARÀLISI CEREBRAL

La p.c.i. és una lesió no evolutiva del sistema nerviós central que es dona en un cervell immadur per causes pre, peri o post-natals que provoca una afectació del to, de la postura i del moviment. Sovint comporta trastorns associats: retard mental o trastorns en l'aprenentatge, alteracions del llenguatge, epilèpsia, trastorns sensorials (alteracions visuals, dificultat auditiva,...) i altres secundaris: problemes psico-socials, familiars,...

Els problemes de mobilitat fan que els nostres alumnes siguin dependents de l'adult a l'hora de desplaçar-se i la majoria necessitin utilitzar cadira de rodes.

A l'hora d'acompanyar els nens hem de fer-ho amb cura per tal que el nen es senti segur tant si va caminant o amb cadira. A més cal anticipar al nen el que anem a fer, cap on anem, en especial si el nen no hi veu.



Quan parlem de retard mental o problemes d'aprenentatge no hem d'interpretar que el nen no entén el que li diem i per tant no cal dir-li res. Tot el contrari, en les nostres paraules, el nostre to de veu, la nostra mirada, el nostre somriure, la nostra carícia,...el nen troba la informació necessària per conèixer el que passa al seu voltant.

En els trastorns de llenguatge podem observar en alguns nens dificultats en la comprensió per el que caldrà utilitzar un llenguatge planer i entenedor.

Quan vulguem que el nen faci quelcom caldrà seqüenciar el procés, utilitzar ordres senzilles, no donar dos ordres alhora. La resposta del nen és lenta, li costa processar la informació per el que el temps d'espera ha de ser suficient, a més cal tenir en compte les dificultats motrius del nen.

En molts casos encara que la comprensió és bona el nen té dificultats a l'hora d'emetre una resposta verbal oral per el que el nen es comunica mitjançant un llenguatge i suport alternatiu. Parlem dels plafons de comunicació i el S.P.C. (sistemes pictogràfics de comunicació).

Per el que fa a les alteracions sensorials hem d'estar molt atents per tal que el nen no prengui mal. Molts nens tenen problemes per percebre sensacions que ens alerten sobre els perills: sorolls, sensacions tèrmiques, sensacions de pressió,... Exemple: el nen pot estar pessigant-se la mà amb la cadira i no manifestarà dolor per el que quan nosaltres ens adonem serà massa tard i el nen haurà pres mal.

A tota aquesta problemàtica cal afegir, a vegades, altres dificultats derivades com les que es donen en l'àmbit familiar. És molt difícil pels pares i per tot l'entorn familiar en general, acceptar els problemes que té el nen, poden aparèixer sentiments de frustració, rebuig, apatia,...

Per aquest motiu en la nostra feina és important que ho tinguem en compte, a vegades la mare o el pare després d'un sobre esforç per rentar al nen, vestir-lo, donar-li l'esmorzar,... al temps que es lamenta de la mala sort que han tingut,...

Les persones que tenim cura dels seus fills hem de saber molt bé quina és la nostra feina, intentar que la família sigui responsable i compleixi les normes establertes, d'altra manera estarem perjudicant en lloc d'ajudar. Però, alhora hem de comprendre, acompanyar i facilitar la comunicació.

Les nostres actituds alhora d'estar amb els nens són fonamentals per el seu desenvolupament afectiu i emocional. Hem de ser sensibles als seus problemes però, no tractar-los com si no hi fossin o com si no entenguessin res del que passa al seu voltant.

També hem d'extremar la cura a l'hora de referir-nos a ells, evitem paraules com: disminuïts, minusvàlids,... aquestes ens poden servir en d'altres contextos però, en el nostre: Tots els nens tenen un Nom no són la descripció de la seva afectació.

- Espina bífida:

Malformació congènita del tub neural, que es caracteritza perquè un o varis arcs vertebrals posteriors no s'han fusionat correctament en el procés de la gestació, d'aquesta manera la medulla espinal queda en aquells llocs sense protecció òssia.

Les seqüeles d'una espina bífida depenen del nivell de la columna vertebral en la que estigui localitzada. Com més pròxima al cap es situï la lesió les repercussions seran majors.



Conseqüències

La protrusió de la medul·la i les meninges causa danys en la medul·la espinal i en les arrels dels nervis, provocant una disminució de coordinació o fallades de la funció de les àrees corporals controlades en la zona del defecte o sota aquesta. Els símptomes inclouen una paràlisi total o parcial de les cames, amb la corresponent falta de sensibilitat parcial o total i pot haver pèrdua del control de la bufeta o els intestins. D'altra banda, la medul·la espinal que està exposada és susceptible a infeccions (meningitis). El nen amb espina bífida també pot presentar altres trastorns congènits que, en general, són trastorns de la medul·la espinal o del sistema musculoesquelètic, com la *hidrocefàlia* (que pot arribar a afectar fins a un 90% dels nens amb *mielomeningocele*), siringomièlia, dislocació de la maluc o trastorns similars.

- Distròfia muscular de Duchenne

L'edat d'aparició es situa entre els 2 i els 6 anys.

La distròfia muscular de Duchenne es la forma infantil més severa de la malaltia.

Els símptomes inclouen:

- Debilitat i atrofia general dels músculs;
- Afecta a la pelvis, la part superior dels braços, a les cames i finalment a tots els músculs voluntaris.
- Esperança de vida curta

- Trastorns de la conducta i TDAH

Segons Rodríguez-Sacristán (1987) són alumnes que tenen "un conjunt de comportaments, de formes d'actuació diverses, que no sempre són entitats clíniques definides, que tenen com a elements comuns: molestar a altres i trencar las normes socials acceptades".

LA OMS : Són "els trastorns dissocials que es caracteritzen per una forma persistent i reiterada de comportament dissocial, agressiu o retardador que en els seus graus més extrems pot arribar a violacions de les normes, més del que seria acceptable pel caràcter i l'edat de l'individu afectat i les característiques de la societat en la que viu".

Causes:

Són molts els factors que contribueixen al desenvolupament d'aquest trastorn. Els exàmens neuropsicològics indiquen que els nens i adolescents que presenten aquest trastorn tenen afectat el lòbul frontal del cervell, fet que interfereix en la capacitat de planificar, evitar riscos, aprendre de les experiències negatives. Es considera que el temperament dels infants té origen genètic. Els nens i adolescents de caràcter difícil tenen més probabilitat de desenvolupar aquests trastorns de comportament. Els que provenen d'entorns en desavantatge, desestructurats o desorganitzats tenen més possibilitats de desencadenar aquest trastorn. Se sap que els problemes socials i el rebuig per part dels companys contribueixen a la transgressió. Existeix també una relació entre el baix nivell socioeconòmic i els trastorns de conducta.



Característiques:

- Transgressió de les normes socials.
- Agressivitat.
- Impulsivitat.
- Absència de sensibilitat als sentiments dels altres.
- Caràcter manipulador
- Permanència en el temps de les conductes.
- Manca de resposta als premis i el càstig.
- Caràcter inapropiat per a la seva edat.

TDAH:

El **trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDH)** és una síndrome conductual d'origen neuronal que s'inicia a l'edat infantil, i que afecta entre un 3 i 7% de nens i joves en l'edat escolar. Es caracteritza per un nivell d'impulsivitat, activitat i atenció no adequats a l'edat del desenvolupament. Aquests símptomes han de manifestar-se i causar el deteriorament funcional abans dels 7 anys.^[1] Les persones que ho pateixen solen presentar les següents característiques a nivell conductual, emocional i escolar:

Simptomes

1. A nivell conductual:

- **Hiperactivitat:** Entesa com un moviment corporal constant. És el trastorn més aparent de les persones amb TDH i sol manifestar-se en el nen des de molt petit. Els nens hiperactius solen córrer d'un costat per a un altre, puguen als mobles, els costa molt quedar-se quiets en un lloc o romandre asseguts, es mouen mentre dormen i parlen molt, però són incapaços de mantenir l'atenció durant el discurs oral. En ocasions poden resultar agressius.
- **Dèficit d'atenció i control:** És una altra característica fonamental de la síndrome. Aquestes persones se solen distreure amb facilitat, tenen dificultats per a concentrar-se en el treball escolar, en un joc o en una tasca que exigeixi atenció, i no solen acabar les coses que comencen.
- **Impulsivitat:** El nen hiperactiu actua sense pensar les conseqüències dels seus actes, canvia amb excessiva freqüència d'una activitat a una altra, té dificultats per a organitzar-se, necessita supervisió constant, cal cridar-li l'atenció a casa i a classe amb freqüència i li costa guardar el torn en els jocs o en les situacions grupals.

2. A nivell emocional:

- **Irritabilitat:** El nen hiperactiu té escassa tolerància a la frustració i s'irrita fàcilment quan la seva conducta ha generat una situació de tensió o confusió.

- Autoestima deficient i dificultats per a relacionar-se amb els companys.

3. A nivell escolar:

- **Dèficit d'atenció i control:** Descuits o oblidats persistents. En general, està associat a un estil cognitiu lent i a dificultats d'aprenentatge.
- **Hiperactivitat:** Un excés d'activitat motriu i/o cognitiva, en situacions que resulta inadequat fer-ho. L'edat fa que variï la manifestació d'hiperactivitat. Durant l'educació infantil, els nens poden mostrar



una hiperactivitat generalitzada que no depèn ni de l'espai ni de l'activitat. Durant l'educació primària, la conducta hiperactiva pot aparèixer en algunes situacions, especialment si són poc rutinàries i estructurades: sovint fan més soroll o parlen excessivament en els moments de més tranquil·litat. Durant l'educació secundària, sembla predominar la sensació d'inquietud i els canvis d'activitat sense finalitzar les tasques.

- **Impulsivitat:** Durant l'educació infantil, els nens amb TDAH tendeixen a tocar-ho tot, a respondre amb immediatesa davant qualsevol fet que els cridi l'atenció. Durant l'educació primària, interrompen constantment i els costa molt esperar el torn. A l'educació secundària, es manifesta en l'execució i la finalització irreflexiva de les tasques o augmentant l'enfrontament i els conflictes amb els adults.

Es podria dir que són lògiques conseqüències de les característiques esmentades anteriorment. Aquestes dificultats són molt notòries quan es fan matemàtiques i en les activitats de memorització, coordinació visual i motora i orientació espacial.

- Síndrome de Down

La síndrome de Down (SD) o Trisomia 21 és un conjunt de símptomes i signes diversos que es manifesten en el desenvolupament global de la persona des de la seva concepció, a causa de l'excés de material genètic del cromosoma 21.

Els trets comuns de les persones amb la síndrome de Down són:

- Algunes característiques físiques particulars, com, per exemple, inclinació dels ulls, coll curt, cabells fins i llisos, etc...
- Hipotonia muscular generalitzada
- Diversitat intel·lectual
- Creixement retardat i envelliment prematur.

Altres alteracions:

- Demència
- Alteració del son
- Apnees del son
- Cataractes
- Convulsions
- Alteracions cardíques: comunicació interventricular, comunicació interauricular, etc.
- Luxació de maluc
- Hipotiroidisme

- Diversitat funcional intel·lectual

Es caracteritza per limitacions significatives tant en el funcionament intel·lectual com en la conducta adaptativa expressada en les habilitats conceptuals, socials i pràctiques. Aquesta discapacitat s'origina abans dels 18 anys.

Causes:

FACTORS ORGÀNICS

- Factors genètics:
 - transtorns gens autosòmics (no portadors del sexe) dominants: esclerosi tuberosa, neurofibromatosi



-Trastorns gens autosòmics (no portadors del sexe) recessius: fenilcetonúria, galactosèmia, hipotiroïdisme

-Trastorns lligats als gonosomes (parella de cromosomes portadors del sexe): síndrome de Turner (nenes) síndrome de Klinefelter (nens).

-Cromosomopaties: Síndrome de Down

-Anomalies en la formació del SNC: espina bífida, anencefàlia,

FACTORS PRENATALS

-Infeccions de la mare (intrauterines: traspassen la placenta i afecten el teixit nerviós del fetus): rubèola, sífilis, toxoplasmosi, malalties víriques en general.

-Drogues, productes químics i radiacions.

-Trastorns endocrins de la mare: diabetis.

-Malnutrició.

-Estrès i ansietat de la mare.

FACTORS PERINATALS

- Trauma obstètric.

- Patiment fetal (anòxia neonatal).

FACTORS POST NATALS

- Malalties infeccioses del nen (meningitis).

- Hemorràgia cerebral.

- Abús de fàrmacs.

- Condicions adverses: nutricionals, sanitàries.

FACTORS AMBIENTALS

-Privació afectiva: Manca de relació emocional afectiva dels pares amb el nen. Per al nen que es vegi privat d'una relació positiva amb els seus pares pot tenir conseqüències greus en l'adquisició dels aprenentatges i en el desenvolupament social.

- Us del llenguatge: La comunicació i l'ús del llenguatge són factors fonamentals per al desenvolupament harmònic del nen. Moltes vegades l'ús del llenguatge constitueix una conseqüència de la relació afectiva.

-Manca d'oportunitats/ estimulació: La manca d'una estimulació rica i correcta pot esdevenir en el nen la causa de problemes en el seu desenvolupament

Sobreprotecció: Pot duu al nen a una manca d'experiències

- Autisme

Dins dels trastorns generalitzats del desenvolupament (TGD) s'inclou:

-Trastorn Autista

-Asperger

-TGD no especificat

-Trastorn desintegratiu infantil



El trastorn s'inicia generalment en els primer tres anys de vida.

L'espectre autista afecta un 21/1000 de la població. És més freqüent en nens que en nenes: 1 nena per cada 3 o 4 nens.

Definició actual segons els criteris del DSM-IV Segons aquest manual tots els autistes presenten tres categories generals de deteriorament del comportament:

- Deteriorament qualitatiu de l'interacció social recíproca: de la relació social.
 - Deteriorament qualitatiu del desenvolupament del llenguatge.
- Comportament i interessos restringits, repetitius i estereotipats.

pautes a seguir:

- Sobrecàrrega d'estímul: permetre que busqui lloc de tranquil·litat (pactar el lloc)
- Persona de referència
- Espera: ha de notar que sou pacients i que si cal, hem d'esperar a que es decideixi a actuar
- Reforçar tota intenció comunicativa
- Necessiten que les situacions estiguin ordenades: odien el caos.
- No els parlis massa, ni massa ràpid. Altres maneres de comunicació.
- Rituals per a conviure.
- No parlar amb doble sentit. Literalitat.
- Respectar les distàncies
- Quan tenen una rabieta, no és en contra teva, simplement, no entenen la situació
- Ningú no té la culpa del seu comportament. No estan mal educats, sobreprotegits... els costa interactuar.
- Necessiten una vida simple, ordenada i tranquil·la.

RELACIÓ FAMÍLIA, ESCOLA, I TRANSPORT

La família i l'escola mantenen reunions periòdiques per donar i intercanviar informació. Per el dia a dia ens comuniquem mitjançant la llibreta i si és necessari per telèfon.

És important que la família utilitzi la llibreta. D'altra forma és possible que la informació no arribi a les persones que ha d'arribar. És important que rebeu la informació necessària de cada nen, i d'incidències que puguin esdevenir al llarg del dia, del tutor o educador de la seva aula.

Escola i transport també han d'intercanviar informació sobre les incidències que hagin succeït. Ex: si el nen ha vomitat, s'ha trobat malament, ha pres mal,... La informació s'intercanviarà entre els monitors de l'autobús i els responsables de l'acolliment a l'escola. Si es creu convenient es sol·licitarà ajuda als responsables de l'aula o a la directora del centre.

El més important és mantenir un clima de respecte i cordialitat.

ACTUACIONS I ACTITUDS A TENIR EN COMPTE



Des de el moment en que rebem als nen hem de vetllar per la seva seguretat i benestar, també estarem pendents de les demandes que ens puguin fer.

Estarem pendents si poden tenir set, fred, calor...

Els saludarem correctament i mantindrem comunicació, si hi algun incident, (p.ex: un soroll fort), parlarem amb els nens i intentarem tranquil·litzar-los.

TRASTORNS DE MOBILITAT

- **TO MUSCULAR:** Grau de tensió dels músculs en repòs.
- **HIPOTONIA:** to muscular disminuït, en relació al to muscular en repòs.
- **HIPERTONIA:** to muscular augmentat, en relació al to muscular en repòs.
- **ATÀXIA:** Trastorn caracteritzat per una alteració en la capacitat de coordinar els moviments. La marxa inestable i el desequilibri postural estan produïts per una lesió localitzada a la medul·la espinal o en el cerebel.
- **ATETOSI:** Trastorn neuromuscular caracteritzat per moviments de torsió lents, continus i involuntaris, que afecten a les extremitats, com pot veure's en algunes formes de paràlisi cerebral i en els trastorns motors derivats de les lesions als ganglis bassals.
- **DISCINÈCIA:** Trastorn de la capacitat d'executar moviments voluntaris.
- **ESPASTICITAT:** És una condició caracteritzada per músculs tensos o rígids, i reflexes tendinosos profunds exagerats que interfereixen en l'activitat muscular, la marxa, el moviment o el llenguatge. El seu origen no és en el múscul, sinó que es troba al sistema nerviós central.
- **PARÀLISI:** incapacitat per executar qualsevol moviment dels membres o parts del cos afectades, de manera voluntària, a conseqüència d'una lesió del Sistema Nerviós Central o Perifèric. De manera aïllada poden aparèixer moviments reflexes.
- **MOVIMENT REFLEX:** aquells que es donen de manera aïllada sobre alguna part del cos. No és un moviment voluntari, però a mesura que anem creixent la gran majoria d'ells van desapareixent, i els podem arribar a controlar de manera voluntària. Quan hi ha paràlisi cerebral, molts d'ells es mantenen, o no apareixen mai, degut a la lesió cerebral.
- **PARÀLISI CEREBRAL:** resulta d'una lesió al cervell (la major porció del cervell que controla les facultats mentals superiors, les sensacions i les activitats dels músculs voluntaris). La funció intel·lectual pot variar d'intel·ligent a retard mental sever. Els símptomes són usualment evidents abans dels dos anys, i en casos greus, poden aparèixer des del naixement. Les classificacions de paràlisi cerebral són: espàstica, discinètica, atàxica, i paràlisi cerebral mixta. La paràlisi cerebral espàstica comprèn al voltant del 50% dels casos. La paràlisi cerebral discinètica (atetoide) afecta al voltant del 20% dels casos i



implica el desenvolupament de moviments anormals (contorsions, espasmes, o altres moviments). La paràlisi cerebral atàxica implica tremolors, marxa inestable, pèrdua de coordinació, i moviments anormals. Afecta al voltant del 10% dels casos. El restant 20% es classifica com a una barreja de qualsevol combinació dels símptomes anomenats.

CONTROL POSTURAL A LA CADIRA

Adquirir la sedestació és una característica fonamental dins de desenvolupament psicomotor del nen. Cal facilitar el control postural i estabilitzar la cintura pèlvica per aconseguir una sedestació que permeti mantenir el cap en una posició correcta, el tronc, i funcionalitat en la manipulació. En alguns casos utilitzarem cinturons, tirants, armilles, tacs abductors, i/o seients de guix. Tot sobre una base estable: una cadira adaptada a les necessitats específiques de cada nen/a.

La falta de control postural, degut als trastorns de mobilitat, fa que hi hagi d'haver una constant supervisió dels nens/es. El fet d'adoptar diferents posicions incorrectes i incòmodes, fa que hi hagi més perill de produir-se danys innecessaris, i a la vegada es poden donar casos d'inseguretat, i per degut a la inestabilitat que pot produir seure malament.

SEGURETAT: CADIRES I SUBJECCIONS

Les cadires que utilitzen, la gran majoria tenen sistemes de subjecció propis:

- Reposacaps: quan no hi ha cap mena de control cefàlic, o apareixen moviments reflexes involuntaris que col·loquen en mala posició el cap. El nen/a no és capaç per si sol de tornar-lo a la posició correcta.
- Reposapeus: perquè les cames no quedin sense recolzament. En alguns casos els peus aniran subjectats ja que la falta de control postural, i l'aparició de patrons reflexes poden fer que al perdre la posició correcta, disminueixi la comoditat i seguretat al seure a la cadira.
- Tirants, armilla: quan no hi ha control de tronc. Cal que el sistema de subjecció estigui ben ajustat al cos, i al respall. Si queda balder no complirà la seva funció.
- Cinturó: per tot aquells nens, que tot i controlar el tronc, necessiten un sistema de subjecció per evitar que caiguin de la cadira al adoptar posicions inadequades, o senzillament que no tenen la capacitat de protegir-se el tronc i el cap amb els braços i les mans. Aquest sistema de subjecció és també necessari per tots aquells nens que seuen en cadires i seients del medi de transport, tant perquè no s'aixequin dels seus llocs com perquè evitar lesions es cas d'accident.
- "Raneta": alhora de seure cal fer-ho de manera que recolzem el pes del cos sobre les tuberositats isquiàtiques (els ossos que notem sota cada natja). Quan hi ha falta de control postural degut a la paràlisi cerebral, o als síndromes amb simptomatologia similar, cal recol·locar-lo de manera que no quedi assegut



sobre el sacre (l'os de la música, "rabadilla"...). El fet de seure correctament ajuda a controlar molt millor la posició, ja que ajuda a trencar el patró espàstic que no els permet seure per sí sols, o mantenir el control de tronc quan la hipotonia és evident. La "raneta" els ajudarà a mantenir aquesta posició un cop els haguem assegut correctament.

- Tac abductor: ajuda a mantenir la bona posició alhora de seure. Si està ben col·locat ha d'impedir que el cul rellisqui endavant i el nen/a acabi seient sobre el sacre. També és important per evitar que es tanquin les cames, bona col·locació dels malucs, i facilitant a la llarga la higiene més íntima.
- Seients de posicionament: es confeccionen de manera individual, i corregint les anomalies posturals que el nen/a pugui adoptar. D'aquesta manera s'intenta buscar una estabilitat a nivell de la pelvis per poder controlar el tronc. En alguns casos el seient s'ha de comportar com un "corsé" pel tronc.

ACTUACIONS DAVANT CRISI EPILÈPTICA

Hem de tenir en compte que no totes les convulsions són crisis epilèptiques, ni totes les epilèpsies convulsionen.

Una convulsió és un tipus de crisi que causa una de manera descontrolada, involuntària, i puntual, una forta contracció d'un o més músculs, que pot provocar moviment bruscat d'una o més extremitats, o de tot el cos. Aquesta crisi és d'origen divers, deguda a l'alteració del funcionament normal del cervell.

L'epilepsia es produeix per una alta activitat elèctrica al cervell, i aquesta descarrega anòmala produeix crisi. Quan aquesta es repeteix almenys en dues ocasions, separades en 24h, es pot diagnosticar com a epilèpsia.

En qualsevol dels casos l'important és seguir els passos:

1. mantenir la calma
2. protegir; mirar que no es pugui fer mal amb res del seu entorn
3. afluixar la roba si cal
4. no posar res a la boca
5. no subjectar-lo en contra de les contraccions que es produeixen
6. observar quan dura la crisi i quins factors la poden haver desencadenat.

ACTUACIONS DAVANT ENNUEGAMENT PER MUCOSITAT O VÒMIT

És freqüent que els nens amb paràlisi cerebral pateixin trastorns respiratoris associats, degut a la falta de mobilitat, baixa capacitat ventilatòria, i la dificultat per expulsar el moc.

A més, es pot donar el cas que hi hagi reflux esofàgic, és a dir, que part del contingut de l'estomac pugi per l'esòfag i acabin amb vòmit, o que es produïxi de manera silenciosa i hi hagi aspiració al pulmó.

En qualsevol dels casos, és important que els ajudem a expulsar el contingut a la boca, per evitar que hi hagi aspiració cap al pulmó. Com hem dit els trastorns de mobilitat ocasionada per la paràlisi cerebral sovint comporta una dificultat per mantenir el cap a la línia mitja o per executar moviments voluntaris. S'ha de tenir en compte que la mobilitat de la musculatura orofacial també es veu afectada.

Després d'un "atac" de tos es possible que quedin mocs a la boca, i per ajudar als nens i nenes amb dificultats caldrà que els ajudem a mantenir el cap flexionat cap endavant. Així evitarem que s'enuueguin, o que a més apareixin arcades i esdevingui el vòmit, la qual cosa pot suposar un perill important d'asfíxia.



Actuacions i atencions al nen/a amb necessitats educatives especial
Curs 2016-2017
Escola d'E. E. La Muntanyeta
Associació Provincial de Paràlisi Cerebral