



Universidad
Zaragoza

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería
Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
DE UNA MUJER CON TETRAPLEJIA
ESPÁSTICA POR PARÁLISIS CEREBRAL
INFANTIL EN UN CENTRO ASISTENCIAL
DE LARGA ESTANCIA**

Autora: Salazar Fernández_Alicia
Directora: Belloso Alcay_Ana

INDICE

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	7
Metodología	8
Desarrollo: PAE	10
• Valoración de Enfermería	10
• Diagnósticos. Planificación. Ejecución	14
• Evaluación	23
Conclusiones	24
Bibliografía	26

RESUMEN

Introducción: a pesar de ser la Parálisis Cerebral Infantil (PCI) una enfermedad muy frecuente, no debemos olvidar que con la mejora de cuidados y tratamientos este tipo de pacientes llegan a edad adulta. Debido a su discapacidad física, sensorial y cognitiva de estos pacientes, una vez concluida la edad escolar, en muchos casos prolongada hasta los 21 años, no disponen de muchos recursos laborales ni formativos. Por tanto, tienen dos opciones: residir en su hogar con los apoyos necesarios, acudiendo a algún centro de día o, según la situación socioeconómica y sobrecarga familiar, ingresar en un centro asistencial de larga estancia.

Objetivo: Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para una mujer con tetraplejia espástica por parálisis cerebral en un centro asistencial de larga estancia como herramienta de trabajo para las enfermeras de los centros de discapacidad mental.

Método: El estudio desarrollado está basado en una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos sobre la elaboración de un PAE de estas características. La información obtenida ha permitido la elaboración de un PAE dirigido al personal de enfermería de los centros de discapacidad mental.

Conclusión: Se obtiene un PAE adecuado a las necesidades de la paciente con tetraplejia espástica por PCI en un centro de larga estancia favoreciendo la confortabilidad de la paciente, manteniendo aprendizajes adquiridos, fomentando la toma de decisiones y/o autodeterminación.

Palabras clave: Parálisis Cerebral Infantil (PCI), tetraplejia espástica, Proceso de atención de Enfermería (PAE), cuidados de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: although Children Brain Palsy (CBP) is a quite common illness, we should not forget that with the improvement of care and treatment, these type of patients reach their adulthood.

Because of their physical, sensorial and cognitive disability these patients, once their school time is over and although in many cases this period is lengthened until 21 years old, they do not have many work or training resources. Therefore they have two options; stay at home with the necessary resources attending a day care center or depending on the personal socioeconomic situation and familiar overload get in a long term care center.

Target: elaborate a Nurse Care Process (NCP) model for a woman with a spastic quadriplegia as a result of brain palsy in a long term care center as a tool for Nurses in the existing mental disability centers.

Method: the study is based in the bibliographic research of several data bases on the elaboration of a NCP of those characteristics. The information obtained has allowed the elaboration of a NCP for Nurse Staff in mental disability centers.

Conclusion: we get an appropriate NCP for a spastic quadriplegia patient because of CBP in a long term care center in benefit of the patient's comfort, keeping their acquired training and promoting the decisions taking and self determination.

Keywords: Infantile Cerebral Paralysis (ICP), spastic quadriplegia, Nurse Care Process (NCP), Care Nursing.

INTRODUCCIÓN

La **Parálisis Cerebral infantil PCI** es un término que engloba a un grupo de trastornos crónicos cuya característica fundamental es el daño cerebral que afecta la función motora. Es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no variable del tono, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completados. Es decir, la lesión es puntual, sucede una única vez y no se repite, pero las consecuencias son para siempre (1).

Esta lesión puede generar alteración de otras funciones superiores o interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central. Pudiendo verse alterados la visión, la audición, el lenguaje y la cognición.

La lesión neurológica es irreversible y persiste a lo largo de toda la vida. Las células nerviosas no se regeneran. Dicha lesión es inmutable, el daño neurológico no aumenta ni disminuye, pero las consecuencias pueden cambiar hacia la mejoría o hacia el empeoramiento.

Las causas son muy variadas: accidentes vasculares cerebrales, anoxia cerebral, malformaciones, infecciones, traumatismos. Que pueden suceder en cualquier momento hasta los 3 años de edad, aunque la mayoría de casos transcurren entre el **período fetal** y el **primer mes de vida**, cuando el cerebro inmaduro es más vulnerable. Las probabilidades de sufrir una lesión son mayores si se produce un nacimiento prematuro (a menor edad gestacional, mayor riesgo) o complicaciones durante el parto.

A menudo no puede determinarse la causa de la lesión (2).

Las manifestaciones clínicas varían según la localización y la extensión de la lesión, que determinan los distintos tipos de PCI.

Dependiendo de la **estructura lesionada** aparecerá:

- Una postura rígida con dificultad para moverse: espasticidad causada por lesión de la corteza cerebral.
- Movimientos con poca precisión y mal controlados: distonía, por lesión en los ganglios de la base.
- Debilidad extrema: hipotonía, si se afecta el cerebelo.

Es frecuente encontrar varias de estas manifestaciones en un mismo paciente.

La **extensión de la lesión** puede afectar a una sola extremidad, monoparesia, ambas extremidades, diplegia, las extremidades de un hemicuerpo, hemiplejia, o las 4 extremidades, tetraplejia, en este trabajo nos centraremos en enfermos con esta última afectación.

La PCI, se produce por un desarrollo defectuoso o daño en las áreas motoras del cerebro que ocasiona disminución del control adecuado del movimiento y la postura. No es debida a problemas en el sistema nervioso periférico o musculoesquelético (3).

En la PCI espástica se lesionan áreas cerebrales que controlan la fuerza y el tono muscular, causando debilidad e hipertonía de extensión variable según la cantidad de áreas afectadas. Los pacientes que la sufren presentan movimientos rígidos y poco armónicos, como de "rueda dentada", debido a una tensión muscular excesiva en algunos músculos y muy disminuida en otros, lo que produce un desequilibrio de fuerzas que afecta a las articulaciones disminuyendo su movilidad. Por ejemplo, tienen dificultades importantes para cambiar de postura o abrir sus manos para soltar un objeto.

No existe ningún tratamiento que regenere las áreas cerebrales lesionadas, así que el tratamiento se dirige a mejorar la espasticidad y con ello la movilidad. Ya que si se deja a su evolución natural, la espasticidad acorta los músculos y los tendones, impidiendo el crecimiento adecuado de los huesos, son fuerzas que actúan en sentido opuesto. Aparecen deformidades óseas, luxaciones y contracturas articulares, que obligan al paciente a compensar estas alteraciones con posturas y movimientos anómalos que comprometen a su vez sistemas o aparatos orgánicos. La evolución natural de la PCI espástica es por tanto mala.

Es importante que en estos casos el uso del **proceso de atención enfermero** permita crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El **proceso de atención enfermero** es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales, dándole a la profesión la categoría de ciencia.

Tras una valoración y diagnósticos de Enfermería, el plan de cuidados requiere una atención integral y análisis individualizado de cada caso, ya que la PCI reúne una enorme variedad de situaciones, podemos encontrarnos con personas que conviven con una PCI apenas apreciable junto a otras que necesitan a terceras personas o gran dependientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como es el caso que tratamos.

Aunque la PCI no se puede curar, si la persona afectada recibe la atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimulen su desarrollo intelectual que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social podrá llevar una vida plena.

El tratamiento y la atención de la PCI se concreta en cinco pilares: la neuropsicología, la terapia ocupacional, la educación compensatoria, la logopedia y la fisioterapia especializada. Diferentes técnicas y enfoques permiten a los profesionales incluidos enfermeros cualificados lograr una notable mejora en la calidad de vida de las personas con PCI (7, 8, 9, 10, 11, 21).

En el caso de esta mujer adulta con PCI con tetraplejia espástica, el servicio de Enfermería en un centro asistencial de discapacitados mentales de larga estancia al ingreso es fundamental tener en cuenta tanto la pluripatología de la paciente (déficit sensorial, epilepsia, problemas respiratorios, osteomusculares, etc.) como el coordinarse y colaborar con sus familiares y profesionales sanitarios o educativos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un PAE para una mujer joven adulta con parálisis cerebral infantil con tetraplejia espástica y pluripatología, dirigido al personal de enfermería de los centros de discapacidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Revisar las necesidades de los pacientes con parálisis cerebral infantil y más concretamente con tetraparesia espástica y pluripatología.
- Realizar una valoración de las necesidades del paciente Enfermería adecuada por Necesidades de Virginia Henderson. Recogida de datos, validación, organización y registro de dichos datos.
- Establecer los diagnósticos de Enfermería según NANDA, objetivos (NOC) e intervenciones (NIC).
- Proporcionar una herramienta de trabajo dirigido al personal de enfermería de los centros de discapacidad mental a la hora de ejecutar el plan de cuidados.

METODOLOGÍA

Se va a realizar un Plan de Atención de Enfermería a una mujer joven adulta de 21 años con parálisis cerebral infantil (PCI) con tetraplejia espástica y pluripatología ingresada en un centro asistencial de larga estancia.

Para obtener información se ha realizado una revisión bibliográfica para seleccionar aquellos estudios, planes de cuidados estandarizados y casos clínicos referentes al cuidado de enfermería en pacientes con PCI. Los idiomas utilizados han sido el castellano y el inglés.

Las bases de datos usadas han sido: Scielo, Dialnet, Elsevier, Pubmed, Google académico, Google Books, páginas web; Se ha acotado la búsqueda mediante palabras clave (Parálisis cerebral infantil (PCI), tetraplejia espástica, Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E), Infantil Cerebral Paralysis (ICP), spastic quadriplegia, Nurse Care Process (NCP)) y últimos 10 años de publicación. Han sido útiles varios libros propios, más las páginas webs oficiales de la Fundación Niños Parálisis Cerebral (NIPACE) y Mundo enfermero.

La experiencia previa como Fisioterapeuta y Enfermera en varios Colegios Públicos de Educación Especial en Zaragoza y de Enfermera en un Centro del Instituto Aragonés de Servicios Sociales de Atención a Discapacitados Mentales adultos ha sido fundamental como orientación y motivación.

El desarrollo temporal del trabajo es desde Marzo hasta Noviembre de 2016. Respecto al ámbito de aplicación se dirige a los profesionales de Enfermería de un centro asistencial de discapacitados mentales, siendo la población diana las mujeres adultas mayores de 21 años con PCI con tetraplejia espástica que residen en centros asistenciales de larga estancia. La metodología utilizada como herramienta de trabajo es el Proceso Enfermero, fundamentado por el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía empleada es NANDA, NIC, NOC y sus vínculos.

En la siguiente Tabla aparece el método de búsqueda bibliográfico utilizado:

BASE DE DATOS Y OTROS LUGARES DE BÚSQUEDA	PALABRAS CLAVE	ENCONTRADOS	ELEGIDOS Nº referencia bibliográfica
Scielo	Parálisis cerebral infantil	165	2,14,16,18
PubMed	Care nursing spastics quadriplegia	58	0
Elsevier	Proceso de Atención de Enfermería Parálisis cerebral infantil.	710	12,13
Dialnet	Proceso de Atención de Enfermería Parálisis cerebral infantil	40	0
Google Books	Parálisis Cerebral Infantil	21	1,3,15,19,20
Biblioteca personal	Parálisis Cerebral Infantil, NANDA, NIC, NOC	10	4,5,6,7,8,10,17
Web	Fundación NIPACE	1	21
	Mundo Enfermero	1	22
	OMS	1	23

DESARROLLO

- **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

Consta de cuatro pasos: recogida de datos, validación, organización y registro de los datos (4). Por lo que antes del ingreso en el centro de larga estancia se intenta recopilar la máxima información física, mental y social de la paciente:

- Motivo del ingreso en la residencia asistencial: en este caso sería por sobrecarga familiar, sus padres continúan trabajando y los hermanos son estudiantes.
- Información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma. Es una mujer que se ha criado en un buen entorno familiar y escolar, es difícil saber qué percepción tiene de sí misma, aunque no hay comunicación verbal, es capaz de emitir algún sonido como respuesta, presenta buena audición y visión central afectada.
- Historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos: infecciones respiratorias y urinarias frecuentes. Crisis epilépticas (ausencias) bajo seguimiento del Servicio de Neurología. En su etapa infantil, intervención quirúrgica de ambas caderas por luxación, tenotomías en aductores e isquiotibiales e inyecciones botulínicas periódicas para combatir la espasticidad (12,13).
- Alergias, no conocidas.
- Consumo de fármacos: diazepam según prescripción médica.
- Signos vitales:
 - temperatura corporal, 37°C,
 - frecuencia respiratoria, 18 resp/min,
 - pulso, 85 latidos/minuto,
 - tensión arterial, 100/55mmHg.

En esta paciente valoraremos las manifestaciones la mayoría de dependencia y datos que deben considerarse siguiendo las 14 Necesidades de Virginia Henderson (4):

1. Respirar normalmente.

- Respiración que tiende a ser bucal y costal, presenta riesgo de broncoaspiraciones. Cifoescoliosis.
- Para dormir utiliza una cama articulada eléctrica, cabecero elevado 30°, en posición fowler baja.

2. Comer y beber adecuadamente.

- Debido a su tetraplejia y disfagia requiere ayuda para darle de comer, se le da en sedestación, cinco veces al día, dieta normal de textura triturada tipo néctar, temperatura templada, 350cc aproximadamente en cada toma. Toma diferentes líquidos tanto dentro como fuera de las comidas, agua, zumos, leche, etc, se utiliza para darle de beber vaso con escotadura y/o espesante para líquidos (14,15). Prefiere lo dulce y probar con cuidado alimentos blandos (croquetas, gusanitos, gominolas tipo nubes, etc), capaz de mostrar desagrado o retirar la cabeza si algo no le apetece.
- Mantiene toda la dentición definitiva con empastes y revisiones anuales. Altura 1, 57 metros, peso 30kg.
- Se observa que deglute mejor en sedestación en su silla con todas las sujeciones necesarias para controlar el tronco, sujetándole la cabeza y barbilla, introduciendo la cuchara por un lateral con poca cantidad de alimento y estimulando la deglución acariciando la garganta.
- Como productos de ayuda además del vaso con escotadura, cuchara adecuada de plástico, se utiliza delantal, capa o semejante para no mancharse la ropa y la silla de ruedas.

3. Eliminar por todas las vías corporales:

- No controla esfínteres y menstrua desde los 14 años cada 28 días, con una duración de tres días, utiliza absorbente tipo pañal que se le cambia siempre en decúbito supino con ayuda de una grúa o dos personas.
- Debido a su inmovilismo y otros factores intrínsecos tiende al estreñimiento.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

- Presenta tetraplejia espástica con patrón extensor y distonías, requiere cambios posturales frecuentes y un asiento adecuado. Dispone de una silla no autopropulsable, que se puede reclinar en su totalidad y mantiene sus caderas a 90°, hueco poplíteo libre de

presión y tobillos a 90º gracias al reposapiés y ortesis en ambos pies. Requiere cinchas en pies, pelvis y tronco para controlar la postura, además de costaleras y reposacabezas.

- Duerme en una cama articulada eléctrica con barandillas.
- Se le realiza cambios posturales cada 2-3h.
- Bipedestación en plano inclinado o andador muy adaptado con ortesis en pies más sujeciones supervisada por Fisioterapeuta del centro.

5. Dormir y descansar

- Concilia bien el sueño, aunque puede despertarse alguna vez en la noche, se queja, pero una vez recolocada en una postura para ella cómoda continúa durmiendo.
- Cama articulada eléctrica con colchón viscoelástico, barandillas y plano de almohadones.
- Se le realiza cambios posturales cada tres horas.

6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse

- Asistida totalmente y debido a su patrón extensor y espasticidad se tiende a colocarle ropa flexible, fácil de poner, pero adecuada a su edad, lleva ortesis en tobillos tipo DAFOS por lo que requiere un calzado ancho con velcros.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando ropa y modificando el ambiente.

- Termorregulación alterada con tendencia a hipo e hipertermia.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

- Piel frágil que puede ulcerarse debido a su inmovilismo y delgadez.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

- Presenta un alto riesgo de infección, tanto respiratoria como urinaria.
- Presenta riesgo de caída en transferencias.
- Riesgo de aislamiento por su déficit sensorial (visual) y ausencia de comunicación verbal.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

- Muestra emitiendo sonidos claramente, el agrado o desagrado por algo. Capaz de utilizar un sistema de barrido auditivo para pedir algo, pizarras interactivas y manejar los pulsadores en lugares estratégicos (cerca de sus manos delante o en un lado del reposacabezas) para comunicarse, ambos sistema de comunicación aumentativa (SAC). En la silla de ruedas porta siempre un cuaderno de comunicación y es capaz de contestar a preguntas cerradas.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores o creencias.

- Muy protegida por sus padres, hermanos y familia de clase media con alto nivel cultural.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

- Hasta ahora ha acudido a un colegio público de Educación Especial donde se le ha estimulado la comunicación y autodeterminación, adaptando las actividades que realizaría una persona de su edad a su discapacidad física.

13. Participar en actividades recreativas.

- Disfruta de la compañía de amigos, reconoce voces, quiere participar en las conversaciones, realiza viajes familiares cercanos y lejanos, le gusta la música y el movimiento propio inducido por terceros.

14. Aprender y descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

- Comprende cuándo, cómo y dónde se le va a realizar una intervención, es capaz de colaborar relajándose, aunque si está nerviosa aumenta su espasticidad y distonías.
- Es muy difícil para ella discernir lo que sería un desarrollo normal y utilizar recursos, hay que ofrecérselos.

A partir de toda esta información se planifican, priorizando, las intervenciones de Enfermería más adecuadas para esta paciente cuyo fin es ofrecer unos cuidados de calidad con personal suficiente y cualificado, ayudas técnicas en buen estado, buscando la máxima confortabilidad de la paciente, anticipándole cada actividad con Sistemas Aumentativos de Comunicación (SAC), respetando su intimidad y fomentando su autodeterminación en la medida de sus posibilidades.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. PLANIFICACIÓN. EJECUCIÓN (4,5,6,21)

	Diagnóstico (6)	Objetivo (NOC)	Indicadores	Intervención (NIC)	Actividades
Necesidad de respirar.	<p>00031 Limpieza ineficaz de vías respiratorias relacionada con disfunción neuromuscular.</p> <p>00039 Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la deglución, depresión del reflejo nauseoso y tusígeno.</p>	<p>0403 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>1010 Estado de deglución. *</p> <p>1918 Control de la aspiración.*</p>	<p>Producción de esputo. Tos ineficaz o ausente. Sonidos respiratorios. Cambio en frecuencia y ritmo respiratorio. Cianosis. Disnea. Ojos muy abiertos. Agitación.</p>	<p>3230 Fisioterapia respiratoria.</p> <p>3250 Mejorando la tos.</p> <p>3160 Aspiración de las vías aéreas.</p> <p>1860 Terapia de deglución.*</p> <p>3200 Precauciones para evitar la aspiración.*</p>	<p>Ambiente adecuado no hacinado y ventilado. Anticipar actividad. Drenaje postural. Ventilación dirigida. Estimular tos (16,17).</p> <p>*(Ver actividades de la Necesidad de comer y beber)</p>
Necesidad de comer y beber	<p>000103 Deterioro de la deglución relacionado con la parálisis muscular debido a una lesión de las neuronas motoras superiores.</p> <p>00002 Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con dificultad para masticar y deterioro de la deglución.</p>	<p>1010 Estado de deglución.*</p> <p>1918 Control de la aspiración.*</p> <p>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.</p> <p>1612 Control de peso.</p>	<p>Deterioro de la fase: faríngea (alteración de la posición de la cabeza, atragantamiento, tos, náuseas); esofágica (deglución o rumiación excesiva); y, oral (falta de acción de la lengua para hacer bolo, cierre incompleto de la boca, expulsión del contenido, falta de masticación).</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad.</p> <p>1100 Manejo de la nutrición.</p> <p>2080 Manejo de líquidos/electrolitos</p> <p>1240 Ayuda para ganar peso.</p> <p>1860 Terapia de deglución.*</p> <p>3200 Precauciones para evitar la aspiración.*</p>	<p>Ambiente tranquilo y adecuado. Anticipar la cada acción que se va a realizar durante la comida. Observar a la paciente durante toda la comida o cuando hay aumento de secreciones. Postura correcta en sedestación con las sujeciones necesarias, cabeza recta, sentado a un lado de la paciente sujetar barbilla y cabeza rodeándole con un brazo, mientras que con el otro se le da de comer. Se utilizarán como ayudas técnicas: cuchara honda blanda, vaso con escotadura, delantal, capa o similar. Se le da agua con espesante textura néctar según prescripción del</p>

					<p>especialista que trata su disfagia.</p> <p>Mejorar la técnica para dar de comer, evitando la mordida, alojando la comida de lado al final de la lengua y cerrando con ayuda de nuestra mano la boca, acariciando garganta para estimular deglución.</p> <p>Si se atraganta u aspiración realización de desobstrucción manual, maniobra Heimlich y/o técnica de aspiración estéril más o menos profunda si es necesario.</p>
Necesidad de eliminación	<p>00021 Incontinencia total relacionada con trastorno neurológico.</p> <p>00011 Estreñimiento relacionado con la disminución de la actividad y motilidad del colón.</p>	<p>1110 Integridad tisular: piel y membrana mucosas.</p> <p>501 Eliminación intestinal</p> <p>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.</p>	<p>Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones vesicales.</p> <p>Disminución de volumen de heces y número de deposiciones. Dolor en la defecación. Abdomen distendido.</p>	<p>610 Cuidados de la incontinencia urinaria.</p> <p>430 Manejo intestinal</p> <p>450 Manejo de estreñimiento e impactación.</p>	<p>Buena temperatura ambiental.</p> <p>Anticipar la actividad, creando clima de confianza y respeto.</p> <p>Utilizar sistemas de absorción adecuadas a la paciente (pañal mediano adulto).</p> <p>Cambiarle cuantas veces necesite.</p> <p>Utilizar sistemas y productos de higiene no agresivos, evitar la exposición prolongada de la zona perineal a la humedad e irritación de heces e hidratar la piel.</p> <p>Dieta rica en fibra y agua.</p> <p>Masaje de Grossi.</p> <p>Administrar correctamente laxantes vía oral o rectal, siguiendo indicaciones médicas.</p> <p>Técnica de extracción manual de heces si precisa.</p>

Necesidad de moverse.	00040 Riesgo de síndrome de desuso	207 Movilidad articular: pasiva 206 Movilidad articular: activa. 912 Estado neurológico: conciencia	Inmovilismo. Deformidades osteoarticulares Movimientos descoordinados (disonía). Rigidez en rueda dentada (espasticidad).	840 Cambio de posición. 3540 Prevención de úlceras por presión. 224 Terapia de ejercicios: movilidad articular. 202 Fomento de ejercicios: extensión.	Ambiente y materiales adecuados. Anticiparle que se le va a movilizar. Cambios posturales en cama cada 2-3h y en sedestación cada 30-45min. Observar y tratar la piel con riesgo de úlceras por presión (prominencias óseas, deformidades), deben estar limpias, secas, hidratadas, cambiar puntos de apoyo. Se utilizará como ayudas técnicas: cojín y colchón antiéscaras, cama articulada eléctrica, plano de almohadones, transfer y grúa. En colaboración con profesionales de la Rehabilitación: (Médico, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales...), se le movilizará respetando la regla del no dolor y favoreciendo la amplitud articular de todos los segmentos corporales con movimientos en sus diferentes ejes. Animar a que realice parte de los movimientos activamente. Se busca la simetría y la relajación, sin favorecer el patrón extensor, evitando retracciones osteoarticulares e inhibiendo distonías.
Necesidad de dormir y descansar.	00095 Deterioro del patrón del sueño relacionado con falta de actividad, incapacidad para cambiar de	0004 Sueño 0003 Descanso 2010 Nivel de comodidad	Despertar antes o después de lo deseado.	1850 Fomentar el sueño. 2380 Manejo de la medicación. 5880	Valorar las circunstancias físicas (mala postura, dolor), psicológicas (miedo, soledad) y/o ambientales (ruido, temperatura, luz que interrumpen el sueño).

	postura, iluminación y ruidos.			Técnica de relajación. 6482 Manejo ambiental: confort.	Estar presente hasta que coja el ritmo de sueño, utilizando voz suave y tacto. Si debe tomar medicación relajante y/o hipnótica (diazepam), administrarla correctamente según prescripción facultativa, estando pendiente de reacciones adversas y tolerancia.
Necesidad de escoger ropa adecuada. Vestirse, desvestirse.	00109 Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento	300, 302, 304 Cuidados personales: actividades de la vida diaria, vestir, acicalamiento		1630 Vestir. 1670 Cuidados del cabello. 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir y arreglo personal.	Temperatura ambiental adecuada. Anticipar la actividad. Respetar su intimidad. Seleccionar ropa adecuada a su edad y gustos. Ropa flexible y fácil de poner. Buscar colaboración en la medida que pueda, que se relaje, levante un brazo. Colocación de ortesis en tobillos. Peinar, maquillar, perfumar a su gusto.
Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.	00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.	1902 Control de riesgo 1908 Detección del riesgo. 602 Hidratación	Temperatura corporal por encima de 37°C o por debajo de 35°C.	3900 Regulación de la temperatura. 4120 Manejo de líquidos. 6480 Manejo ambiental.	Preguntarle a la paciente si tiene frío o calor (pregunta cerrada), abrigar o quitar ropa. Tomar temperatura corporal si sospecha. Valorar las circunstancias físicas (falta de hidratación, sudor profuso, infección con fiebre), psicológicas (estrés, ansiedad) y/o ambientales (temperatura muy alta o muy baja). Hidratar. Administrar fármacos según prescripción médica si factores etiológicos antitérmicos, antibiótico, etc).

Necesidad de mantener higiene corporal y la integridad de la piel.	<p>00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con el trastorno de la movilidad física, atrofia de dermis e incontinencia mixta.</p> <p>00045 Deterioro de la mucosa oral.</p> <p>00108 Déficit de autocuidado baño/higiene.</p>	<p>300, 301, 305. Cuidados personales: actividades de la vida diaria, baño, higiene.</p> <p>1100 Higiene bucal</p> <p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p>	Incapacidad para acceder al baño, manipular grifos, lavarse el cuerpo y secarse.	<p>1610 Baño.</p> <p>1680 Cuidado de las uñas.</p> <p>1801 Ayuda con los autocuidados baño/higiene.</p>	<p>Anticipar a la paciente situación, preservar su intimidad.</p> <p>Baño a temperatura del agua (37º-40º) y ambiental agradable (22-25ºc), Utilizar ayudas técnicas seguras: silla de baño, grúa, baño geriátrico, bañera adaptada.</p> <p>Asear primero cara, lo último periné.</p> <p>Cortar uñas tras baño, redondeadas en manos, rectas en pies.</p> <p>Cepillar correctamente los dientes y lengua e hidratar la boca tras cada comida y cuando precise.</p>
Necesidad de evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	<p>00155 Riesgo de caídas relacionado con el trastorno de la movilidad física por su parálisis.</p> <p>0004 Riesgo de infección</p>	<p>1910 Ambiente seguro del hogar.</p> <p>1909 Conducta de prevención de caídas.</p> <p>1620 Control de las convulsiones.</p> <p>1902,1908 Control y detección de riesgo de infección.</p> <p>1900 Conductas de vacunación</p>	<p>Falta de sujeciones en sedestaciones y en transferencias. Movimientos anómalos e imprevisibles.</p> <p>Malestar. Fiebre. Agitación.</p>	<p>6486 Manejo ambiental: seguridad.</p> <p>6490 Prevención de caídas.</p> <p>6654 Vigilancia: seguridad.</p> <p>6540 Control de infecciones.</p> <p>6550 Protección de infecciones.</p>	<p>Uso correcto de dispositivos de ayuda (grúa, plano de transferencias). Provisión de ayuda personal (suficiente). Colocación de barreras para prevenir caídas (barandillas en cama).</p> <p>Contenciones físicas en sedestación: cinchas abdominales o chaleco, costaleras, reposacabezas, reposapiés. Las cinchas que por seguridad se retiran primero y se colocan al final son las de los pies. La parte que primero se sujeta al sentar es la cintura pélvica y la última al levantar.</p> <p>Ambiente adecuado no hacinado y ventilado.</p> <p>Anticipar actividad. Drenaje postural. Ventilación dirigida. Estimular tos (16,17). Administración correcta de la medicación prescrita</p>

	0133 Dolor crónico	1605 Control del dolor	Expresiones faciales de dolor. Irritabilidad.	6530 Manejo de inmunización/ vacunación 2210 Administración de analgésicos. 1400 Manejo del dolor 1380 Aplicación de frío o calor.	por facultativo (vacunas, antibiótico, nebulizadores, inhaladores, etc). Máxima higiene en su aseo, empezando por zonas más limpias y acabando en zonas más sucias. Cambios frecuentes de pañal. Valorar origen de dolor y tipo, para tratar posible causa (postural, orgánico, etc). Preguntas cerradas a la paciente, observar, palpar, auscultar y comunicar. Administrar analgésicos según prescripción médica. Utilizar medidas físicas (frío o calor según) para paliar dolores, no directo controlando zona de contacto.
	00149 Riesgo de síndrome de estrés por traslado relacionado con cambio de entorno y separación familiar.	1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida. 1402 Control de ansiedad.	Traslado permanente. Ansiedad. Pérdida de la identidad, autoestima o sensación de ser una persona valiosa.	5270 Apoyo emocional 5450 Aumentar los sistemas de apoyo.	Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. Ayudar a la paciente a expresar sentimientos de ansiedad, ira o rabia. Animarle a participar en las actividades sociales y comunitarias. Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. Implicar a la familia, amigos y seres queridos.

Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	0051 Deterioro de la comunicación verbal relacionado con incapacidad para expresarse.	0902 Capacidad de comunicación	No poder hablar. Dificultad para expresar sentimientos verbalmente (afasia). Déficit visual.	4976 Fomento de la comunicación déficit del habla.	Favorecer la expresión no verbal o uso de SCA (18), su cuaderno de pictogramas, tablet o barrido auditivo. Ayudar a la paciente a darse cuenta de que estamos disponibles. Utilizando palabras simples, frases cortas, preguntas cerradas para que conteste sí/no con un gesto o fonema concreto. Abstenerse de gritar o bajar la voz al final de una frase. Estar de pie delante del paciente al hablar. Establecer una relación positiva de confianza. Proporcionar un refuerzo y una valoración positiva.
	0122 Trastorno de la percepción sensorial (visual, cinestésica). 00076 Disposición para mejorar la comunicación. 0052 Deterioro de la interacción social relacionado con trastornos de la comunicación verbal, y, de la movilidad física.	1611 Conducta de compensación visual. 1502 Habilidades de interacción social. 1404 Control del miedo.		5820 Disminución de la ansiedad. 5340 Presencia. 140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.	
Necesidad de vivir de acuerdo a sus propios valores.	0125 Impotencia	2002 Bienestar personal. 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.	Ansiedad. Agitación. Irritabilidad.	5230 Aumentar el afrontamiento.	(20) Disponer un ambiente de aceptación Ayudar a la paciente a adaptarse a factores estresantes y cambios. Favorecer relaciones entre personas con sus mismos intereses. (19) Animar a que realice actividades que hacía anteriormente y le satisficían. Fomentar su participación en el centro a la paciente y sus familiares (fiestas estacionales, excursiones, cafés, asociación de padres del centro, etc.).

Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.	00070 Deterioro de la adaptación.	1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.	Demostración de no aceptación de cambio de estado.	5240 Asesoramiento. 5250 Apoyo en la toma de decisiones.	Establecer comunicación con la paciente al principio de su ingreso. Que se familiarice con la política y los procedimientos del centro. Facilitarle la articulación de los objetivos de sus cuidados. Informarle de actividades en el centro. Valorar sus capacidades y establecer metas.
Necesidad de participar en actividades recreativas.	00097 Déficit de actividades recreativas relacionado con el trastorno de la movilidad.	1503 Implicación social. 1604 Participación en actividades de ocio.	Apatía. Somnolencia. Falta de iniciativa.	5360 Terapia de entretener. 4430 Terapia de juegos. 4320 Terapia asistida con animales. 4330 Terapia artística.	Actividades físicas, cognitivas y sociales en coordinación con Terapeuta Ocupacional. Colaborar con educadores para Realizar juegos de grupo constructivos como el Boccia. O utilizar de manera individual o grupal animales de manera intencionada para que la paciente consiga afecto, atención, diversión y relajación, fomentando su interacción con seguridad. Actividades recreativas que relajen y socialicen como los talleres multisensoriales, conciertos de música, teatro y audiovisuales.

Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.	00126 Conocimiento deficiente.	900 Capacidad cognitiva. 0905 Concntración.	Limitación cognitiva. Mala interpretación de la información.	5520 Facilitar el aprendizaje.	Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información. Utilizar los SCA de la paciente para facilitar comprensión y expresión. Se comprobará de este modo si va adquiriendo conocimientos y por tanto aprendizaje de cualquier área de la salud que a Enfermería y a la misma paciente interesan. (18)
--	-----------------------------------	--	---	-----------------------------------	---

- **EVALUACIÓN**

Al ser una la paciente una persona con una dependencia muy grave, lo que se busca con este proceso es la continuidad y unificación de cuidados interdisciplinar y multidisciplinar. El proceso es dinámico y flexible, se estima que dependiendo del caso y una vez realizado el PAE se puede modificar según cambien o no las circunstancias de dicha paciente (cada seis meses o anualmente), aunque es lógico pensar que si su estado es crónico se mantendrá el Proceso de Atención de Enfermería sin variar demasiado.

CONCLUSIÓN

En la revisión bibliográfica realizada se encuentra mucha información interesante sobre la PCI respecto a estudios de investigación, artículos de revisión u originales, sobre: su origen, rehabilitación, complicaciones, sobrecarga familiar, cuidados concretos. No se haya ningún Proceso de Atención de Enfermería dirigido específicamente a este tipo de paciente mujer joven adulta con PCI, con tetraplejia espástica y pluripatología ingresada en un centro asistencial de larga estancia. Por lo que se utilizarán las herramientas aportadas por Virginia Henderson, NANDA, NOC, NIC y el trabajo de campo para crear un PAE respecto a esta paciente en concreto, sin olvidar que es un proceso dinámico y flexible.

Existe un grupo de personas con Parálisis Cerebral Infantil que llegan a la vida adulta, personas que tras estar en un ambiente muy protegido tanto en sus hogares como en sus centros escolares puede que deriven a un centro de larga estancia, un ambiente más asistencial donde la paciente debe adaptarse al centro, pero todo el personal del centro incluido Enfermería debería adaptar sus cuidados a las necesidades e intereses de dicha persona.

En muchos centros de estas características el papel de la Enfermería es de gran importancia por todos los problemas físicos y cognitivos que subyacen en la persona con PCI. Como Enfermeros no debemos conformarnos con la vigilancia clínica o cuidados asistenciales, si no también debemos implicarnos junto con Educadores, Técnicos Cuidadores Auxiliares de Enfermería, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos y resto del personal del centro en su educación. Utilizando sus sistemas de comunicación aumentativa (SCA) para anticiparle cualquier acercamiento e intervención, fomentando su autodeterminación o toma de decisiones, dejándole que pueda elegir en alguna ocasión, por disponer de escasas ocasiones para ello por su inmovilismo o problemas de comunicación.

Una adecuada metodología enfermera facilita este proceso a través de un plan de cuidados desde un abordaje bio-psico-social-cultural. Una correcta valoración de las necesidades, planificación y ejecución ayuda a mantener su estado, reducir y prevenir posibles complicaciones.

No hay que olvidar que las principales o más comunes intervenciones de enfermería son las relacionadas con las necesidades de respirar, alimentarse, higiene y prevenir riesgos de infección o caídas. Aunque en este caso se recalca la importancia que para la paciente puede ser, como abordar otra serie de necesidades que una vez cubiertas las básicas son tan importantes para el individuo y en sus casos pueden caer en el olvido por ausencia de expresión verbal e inmovilismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobath Karel; Köng E. Trastornos cerebromotores en el niño. Ed. Médica Panamericana. 1976.
2. Robaina Castellanos Gerardo Rogelio. Asociación entre factores perinatales y neonatales de riesgo y parálisis cerebral. Revista Cubana de Pediatría, Jun 2010, Volumen 82, Nº 2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000200008&lang=pt
3. BoBath Berta; Bobath Karel. Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral infantil. Ed. Médica Panamericana. 1987.
4. Teresa Rodrigo María; Fernández Ferrín Carmen; Navarro Gómez María Victoria. De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Ed. Elsevier Masson. 2008.
5. Teresa Rodrigo María. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica: 8ª edición. Ed Elsevier Masson. 2008.
6. Wilkinson Judith M.; Ahern Nancy R.. Manual de diagnósticos de Enfermería. 9ª Edición. Ed Pearson/Prentice Hall. 2008.
7. Macias Merlo L., Fagoaga Mata J. Fisioterapia en Pediatría. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2003.
8. Levitt Sophie. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Ed. Médica Panamericana. 2002.
9. Cauli Rodriguez María Inés, Cauli Omar, Rehabilitación del niño con Parálisis Cerebral de tipo extrapiramidal. Ed.EAE 2012.
10. Fisioterapia y parálisis cerebral XVI Jornadas de Fisioterapia. Ponencias. Organizadas por la ONCE y Universidad Autónoma de Madrid en 2006.
11. Fundación NIPACE. Niños con parálisis cerebral infantil. Tratamientos. Disponible en: <http://www.fundacionnipace.org/index.php/2014-05-20-16-06-25/nie>
12. Ruiz Martínez B.A., Salas Roldán E..Toxina botulínica y Fisioterapia en la parálisis cerebral infantil. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-toxina-botulinica-fisioterapia-paralisis-cerebral-S0211563802729933>
13. Illescas<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-prevencion-luxacion-cadera-ninos-con-13049748?referer=buscador> - affa J.A., Barriga<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-prevencion-luxacion-cadera-ninos-con-13049748?referer=buscador> - affa A., Beguiristain<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-prevencion-luxacion-cadera-ninos-con-13049748?referer=buscador>

- 13049748?referer=buscador - affa J.L. Prevención de la luxación de cadera en niños con parálisis cerebral mediante tenotomía de adductores y psoas. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-prevencion-luxacion-cadera-ninos-con-13049748>
14. García Zapata, Luis Fernando; Restrepo Mesa, Sandra Lucía. Alimentar y nutrir a un niño con parálisis cerebral: Una mirada desde las percepciones. Investigación y Educación en Enfermería, Mar 2011, Volumen 29, Nº1, páginas 28-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100004&lang=pt
 15. Martínez González Olaia, Zabaleta Vélez de Mendizábal Itsaso, Galarza Iriarte Uxue, Vicente Martín María Soledad, de Vega Castaño María del Carmen, Salmerón Egea Jesús. Efecto de las variables de preparación sobre la textura en alimentos adaptados para pacientes con disfagia. Nutr Hosp. 2016; 33(2):368-372 ISSN 0212-1611 - CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/118/75>
 16. Pérez Guerrero María Cristina. Propuesta de intervención domiciliaría a la familia del niño con parálisis cerebral portador de infecciones respiratorias. Revista Cubana de Enfermería 2013; 29(2):89-101. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
 17. Mercado Rus Marisé. Manual de Fisioterapia respiratoria. Ed. Olalla.1996.
 18. Rosas, Ricardo; Pérez Salas, Claudia P; Olguín, Polín. Pizarras interactivas para un aprendizaje motivado en niños con parálisis cerebral Estudios pedagógicos (Valdivia), 2010, Volumen 36, Nº 1 Páginas 191-209. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052010000100011&lang=pt
 19. De Luján Santucci María. Integración social del niño con Parálisis Cerebral Infantil. Ed. EAE. 2012.
 20. Martinez Olivera Ana Lidia; Palomo Leyva Blanca. Experiencias existenciales en personas con Parálisis Cerebral: nosotros a través de los otros. Subjetividad en la Parálisis Cerebral. Ed EAE. 2012.
 21. www.mundoenfermero.com

