



El abordaje del daño cerebral adquirido en el entorno socio-sanitario

Los cuidados especializados



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ENCLAVO, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

AGENCIA DE ENCLAVO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Índice

1. Motivación.
2. Los cuidados en un entorno sociosanitario.
3. Introducción al Daño Cerebral Adquirido (DCA).
4. Los cuidados especializados.
5. Actividades básicas de la vida diaria. El autocuidado.
6. Conclusiones.
7. Bibliografía.

Edita:
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad
Instituto de Mayores y Servicios Sociales
Avda. de la Ilustración, s/n. c/v. a Ginzo de Limia, 58, 28029
Madrid
Tel. 91 703 39 35 - Fax. 91 703 38 80
E-mail: publicaciones@imserso.es
<http://www.imserso.es>

Diseño: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
Imprenta: Braaand Design
NIPO en papel: 686-15-012-X
NIPO en línea: 686-15-013-5
Depósito Legal: M-16214-2015
Autor: IMSERSO

1. Motivación

Revisando bibliografía sobre cuidados y Daño Cerebral Adquirido (en adelante DCA), se detecta, como el rol de intervención de enfermería a nivel de cuidados y acompañamiento de la persona usuaria y su familia, en el abordaje del daño cerebral adquirido en el entorno sociosanitario, iba desapareciendo a medida que este evolucionaba hacia una estabilización de su patología. Sin que estuviese fundamentada dicha ausencia, en la falta de necesidad de la persona de recibir cuidados. Esto puede estar relacionado con diferentes factores:

- La intervención de otros profesionales en el proceso de recuperación (rehabilitación) de la persona.
- La asunción por parte de la familia y el entorno domiciliario de casi la totalidad de los cuidados, una vez que la persona recibe el alta hospitalaria.
- La percepción por parte de la persona usuaria y de su familia de que los cuidados pasan a ocupar un segundo lugar, priorizando otro tipo de atenciones.
- La falta de continuidad o ruptura de los procesos asistenciales que acompañan a la persona durante el tiempo de dure todo el proceso: hospital, unidades de DCA, hospitales de media-larga estancia, centros de rehabilitación, centros de día y atención en su comunidad.

La planificación y ejecución de los cuidados de la persona deben ir acompañando al sujeto ya desde la evolución favorable de las primeras fases de intervención (críticas y agudas) donde el abordaje va a ir dirigido al mantenimiento de su estabilidad clínica y a evitar que se produzcan

complicaciones sobre añadidas y secundarias al DCA, pasando por el seguimiento necesario para lograr una estabilización real del sujeto. Durante las siguientes etapas (subagudas o postagudas) en las que la persona debería estar inmersa en procesos de rehabilitación, el papel de intervención de enfermería es fundamental como parte activa del equipo transdisciplinar, mediante el control de las dificultades asociadas al DCA, desencadenantes del mismo o que intervengan como factores de riesgo, y el seguimiento o detección de determinados procesos que puedan ocasionar problemas de salud, hasta ahora ausentes y que deriven en interrupciones, retrasos o enlentecimiento en los trabajos de rehabilitación sirva como ejemplo posibles reingresos hospitalarios por no abordar la patología o sus déficits correctamente, producto de ello la persona sufre complicaciones.

La prevención de caídas, el seguimiento y control de cuidados relacionados con la piel, el seguimiento de heridas quirúrgicas, los sistemas alternativos de alimentación o excreción o respiración de que disponga el usuario, el control seguimiento y asesoramiento de los tratamientos farmacológicos y el de las funciones que pueden verse alteradas y ocasionar descompensaciones a nivel orgánico o incluso pueden llevar a la persona hasta niveles de salud previos a haber sufrido el DCA. Y por último el acompañamiento necesario y fundamental de la enfermería hacia la etapa de cronicidad de su estado, mediante el establecimiento de planes de cuidados que ayuden a la persona y a su familia a conocer, convivir y sobrellevar los déficits motóricos y cognitivos resultantes del DCA, acompañando durante todo el proceso de integración de la persona en su vida familiar, entorno social y el necesario seguimiento en relación a la promoción

de la salud necesaria para consolidar y mantener unos hábitos de vida dirigidos a la promoción y mantenimiento de los avances obtenidos en los procesos de rehabilitación y por ende a la promoción de su autonomía personal.

Cada cuidado debe ser prioritario en función de la etapa en que se encuentre la persona y no por ello uno es más necesario que otro, de tal manera que si para etapas más inmediatas al daño, lo prioritario es salvar y estabilizar la vida evitando complicaciones, en etapas posteriores, en las que el DCA esté consolidado y estabilizado, nuestra intervención debe dirigirse hacia otros objetivos relacionados con su bienestar, relaciones sociales, o de ocio, que no son menos importantes, ya que desde la experiencia podemos asegurar, que en esos momentos, esas necesidades son las prioritarias para la plena realización de la persona con DCA.

Tomaremos como punto de partida las fases iniciales del proceso patológico, es decir los cuidados cuando la persona sufre el DCA, y a partir de ellos iremos evolucionando hacia los niveles de intervención donde desarrollamos nuestra actividad profesional, el entorno socio sanitario, que es precisamente donde queremos enfocar nuestro objeto de actuación, ya que pensamos que no hay suficientes materiales de referencia en esta materia.

El diseño y programación de los planes de cuidados de enfermería en las fases de intervención a nivel socio sanitario (fases pos agudas y crónicas), deben cumplir una serie de requisitos para que sean valorados por el usuario y su familia como algo necesario y positivo, que le aportará beneficios sobre su salud y le acompañará durante el proceso de rehabilitación.

Debemos tener en cuenta también los factores condicionantes que pueden llevar al fracaso o a la no ejecución y seguimiento correcto de estos planes por parte del usuario, su familia o de los profesionales que intervienen, para esto es primordial establecer planes de cuidados realistas, huyendo de los convencionalismos, dando un especial protagonismo al usuario y su familia, siendo muy importante consensuarlos con ellos. Además los objetivos deben ir orientados hacia su abordaje como ser bio-psico-social, así como a la promoción de la autonomía de la persona y no a trabajar solamente sobre signos y síntomas concretos o necesidades individuales.

El usuario debe percibir la enfermería como integrante del equipo transdisciplinar y no como una parte aislada del mismo, como un profesional que desde la ayuda que le está prestando en el mantenimiento de su estado, ejecución de cuidados, acompañamiento terapéutico y vigilancia de su salud, realiza una labor muy importante en esta etapa de rehabilitación, recuperación o mantenimiento de funciones, para que su proceso de rehabilitación culmine en éxito y el aprovechamiento terapéutico sea el máximo en el menor tiempo de ejecución.

Los planes de cuidados deben ir acompañando a los objetivos terapéuticos definidos para estas etapas de ejecución, debiéndose establecer cuáles son las prioridades del usuario, realizando el seguimiento de la estabilidad clínica y control de constantes, procesos patológicos o de las funciones que se quieren evaluar.

Ciertamente en estas etapas de intervención toman mas protagonismo especialidades que en un primer momento de abordaje no estaban tan presentes dentro de los objetivos del tratamiento

(medicina de rehabilitación, neuropsicología, psiquiatría, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia) y el usuario y su familia perciben estos servicios como muy necesarios, dados sus déficits, por lo cual nuestro campo de actuación no debe de ser aislado del entorno donde se está desarrollando la vida de la persona.

Sin embargo, como profesionales, tenemos que saber transmitir que es tan importante el grado de intervención terapéutica, como el de cuidados y mantenimiento de salud que ofrecemos con los planes a tal efecto, y que ambos deben ser ejecutados de manera transversal e interdependiente a las prioridades, en función de la etapa evolutiva de la patología de la persona, cambiando la intensidad, pero siempre imprescindibles dentro de los programas individualizados de rehabilitación.

Nuestra experiencia está basada en más de 12 años de trabajo en el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (Ceadac), donde abordamos el DCA, en el entorno socio sanitario y desde la perspectiva de los cuidados y las necesidades de una persona que ha sufrido esta patología, trabajando con los usuarios y sus familiares para la promoción de autonomía personal, y el regreso a su entorno de vida. Durante este tiempo hemos atendido a más de 2 000 personas. Cada plan de intervención ha sido diseñado de forma individualizada y los objetivos de trabajo han sido establecidos y consensuados con el usuario y su familia, no obstante, la peculiaridad del DCA, nos lleva a rediseñar constantemente nuestro tipo de actuación, ya que no hay dos personas iguales, ni dos procesos patológicos que cursen de forma similar.

Después de algunos éxitos, seguramente muchos fracasos y en ocasiones frustraciones por no poder ayudar de la forma que esperábamos o se esperaba de nosotros, hemos desarrollado formas de actuación, afrontando situaciones peculiares, aprendiendo con el usuario y su familia y nutriéndonos de la profesionalidad y el conocimiento de muchos profesionales que nos han acompañado y nos han ayudado a entender y conocer una patología tan diversa como es el DCA.

Por todo esto queremos transmitir y exportar el conocimiento desarrollado sobre el DCA en general y en particular sobre sus cuidados, de tal manera que se puedan beneficiar tanto los usuarios y sus familias.

2. Los cuidados en un entorno sociosanitario

En la realidad y desde el punto de vista institucional al abordar una patología como el DCA, nos encontramos con dos modelos de atención separados, el sistema sanitario y el social, la línea de actuación a nivel de intervención nos lleva a hablar de un sistema de atención socio sanitario ya que integra varios aspectos como pueden ser la protección de la enfermedad, la dependencia, y sus cuidados, las circunstancias que acompañan la dependencia, la rehabilitación, la reinserción sanitaria y social de la persona con DCA y la promoción de su autonomía personal y el apoyo a las familias.



Partiendo de la premisa de que un sistema de atención de estas características (socio sanitario) "no sólo debe cubrir los aspectos básicos de la atención sanitaria sino también de la atención social" nuestros cuidados deben ir dirigidos a cubrir todas las etapas de intervención en este proceso.



3. Introducción al Daño Cerebral Adquirido (DCA)

A partir de ahora vamos a acercarnos a la patología que nos interesa abordar y más adelante a las fases de intervención en un entorno socio sanitario, que es donde desarrollamos nuestra actividad asistencial y precisamente donde echamos más en falta los contenidos que ayuden a profesionales del sector, familiares y cuidadores a realizar o entender los procedimientos que más adelante expondremos.

No pretendemos hacer una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el DCA, ya que hay infinidad de publicaciones que además están a disposición de las personas interesadas en ampliar conocimientos en esta materia en el servicio de información y documentación del Ceadaac, con lo cual nos centraremos en dar algunas especificidades sobre el DCA que nos puedan poner de forma rápida y sencilla en el contexto del mismo.

Casi siempre el DCA irrumpe en nuestras vidas de forma abrupta y en muy pocas ocasiones estamos preparados para afrontar el reto de cuidar a una persona con este tipo de patología.

La inmediatez con que tenemos que reaccionar ante algo que nos llega de golpe, necesariamente conlleva la toma de decisiones que generalmente no suelen ser las más adecuadas a la hora de planificar como afrontar esta nueva situación que se nos presenta.

Hasta que logramos establecer cuales son las prioridades a la hora de planificar los cuidados que debemos aplicar a la persona usuaria pasa tiempo que corre en detrimento de su salud y bienestar.

Establecer unas pautas claras y sencillas de cómo organizarnos en el momento de la planificación y ejecución de los cuidados, contribuirá a favorecer las intervenciones necesarias en los diferentes estadios de abordaje del mismo, permitir que el trabajo nos resulte más sencillo de aplicar y encontrar menos problemas en el momento de cuidar y afrontar determinadas situaciones de urgencia.

3.1 Qué es el DCA

En términos generales se trata de una lesión, normalmente súbita, en las estructuras cerebrales que conlleva una serie de secuelas de tipo físico funcional, sensorial y cognitivo que producen en la persona que la sufre un deterioro importante en la salud y en aspectos relacionados con su bienestar y calidad de vida, sin olvidarnos de la repercusión a nivel familiar y social.

Las causas que pueden producir un DCA son diversas, aunque las más comunes suelen ocurrir cuando nos golpeamos en la cabeza con un agente externo, o cuando se altera el funcionamiento de nuestro cerebro debido a un agente interno que ha producido una lesión de forma súbita.

Dentro de las causas analizaremos las que con más frecuencia nos encontramos en nuestro entorno:

1. Traumatismos Craneoencefálicos (TCE).
2. Accidentes Cerebro Vasculares (ACV).
3. Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC).
4. Infecciones o Neuroinfecciones.
5. Encefalopatías postanóxicas.

El conocimiento de éstas, nos ayudara en el planteamiento y planificación de los cuidados, ya que las secuelas resultantes pueden variar en función del área afectada.

3.2 Traumatismos craneoencefálicos (TCE)

Según algunas estadísticas, los TCE son la primera causa de muerte de los jóvenes en edades comprendidas entre los 15-24 años de edad, en países desarrollados, convirtiéndose esta patología en un serio problema para los sistemas de salud pública. Por lo que las administraciones deben invertir de forma urgente en recursos para disminuir esta epidemia silenciosa, mediante servicios, sistemas y políticas de comunicación que ayuden a la toma de conciencia en los jóvenes y la población en general sobre las consecuencias de determinadas actuaciones que pueden derivar en sufrir TCE.

Los mecanismos de producción más frecuentes son:

- Accidentes de tráfico.
- Caídas.
- Accidentes en el trabajo.
- Accidentes relacionados con actividades deportivas.

Si bien el mecanismo de producción de los TCE está directamente vinculado con el grupo poblacional al que mas afecta (jóvenes), ningún otro grupo de población esta exento de poder sufrir un TCE, por lo cual las medidas de prevención encaminadas a evitarlos o prevenirlos deben ir dirigidas a lo sociedad en general.

Un TCE es una agresión de origen traumático en la cabeza, con evidencia de daño en estructuras encefálicas, sin perjuicio de su intensidad o gravedad.

Generalmente se producen alteraciones de consciencia (independientemente del tiempo de duración) y evidencia daños diversos motóricos o cognitivos dependiendo de su carácter y gravedad.

En general se clasifican de acuerdo a su topografía.

Externas: se han producido alteraciones de la piel, herida incisa o erosiva o hematoma externo.

Internas: en estas, las lesiones pueden encontrarse en el cráneo (fracturas, hundimientos o diástasis en la sutura craneal y las extracerebrales (en las cuales hay lesión a nivel de meninges epidurales, subdurales y subaracnoideas).

Intracerebrales: lesiones en el parénquima cerebral que generalmente pueden ser hematomas y contusiones. Hay otros tipos de clasificaciones que van definidas según el tiempo de impacto:

- Daño Cerebral Primario: se produce de forma inmediata al traumatismo puede ir acompañado de fractura del cráneo, contusiones cerebrales de tipo hemorrágicas y lesiones en materia blanca.
- Daño Cerebral Secundario: este se inicia en el impacto, pero se va desarrollando en un intervalo de tiempo más o menos prolongado y las consecuencias patológicas que puede ir sufriendo la persona, pueden ir desde las hemorragias, edemas, hematomas, hidrocefalias o infecciones cerebrales.

De acuerdo al Mecanismo de Producción del TCE puede ser:

Directo: por colisión directa de objeto físico con la cabeza.

Indirecto: cuando este traumatismo no es producto de acción directa con agente agresor. En estos casos es muy importante vigilar las posibles manifestaciones clínicas y signos neurológicos de la persona después de haber sufrido el daño, ya que al ser explorada puede no presentar sintomatología que evidencie una lesión encefálica.

3.3 Atención y manejo de una persona que ha sufrido un TCE

En los momentos iniciales en que abordamos la atención de una persona que ha sufrido un TCE, las actuaciones deben ir encaminadas a salvar la vida del sujeto, todas las acciones deben tener como fin principal la estabilización y el traslado urgente de la persona a un centro hospitalario. Basados en nuestra evidencia, podemos afirmar, que en este tipo de patologías el tiempo de actuación y traslado va a condicionar directamente el tipo y la intensidad de las lesiones neurológicas, y las secuelas resultantes del TCE, que marcarán la evolución de todo el proceso de rehabilitación del sujeto afecto.

La atención debe ser prestada por profesionales especializados en la medicina de emergencia, ya que la experiencia médica va a contribuir de manera determinante en los resultados finales.

Como norma general la atención de urgencia desde el punto de vista de enfermería, como parte del equipo de emergencia, debe ir orientada

hacia las siguientes actuaciones: identificar si hay lesión neurológica, mantener el campo de actuación en condiciones de seguridad, inmovilizar la columna cervical de la persona, mantener la vía aérea permeable administrar oxígeno terapia en los casos que se requiera y valorar la posible aplicación de ventilación mecánica, controlar las constantes y la saturación, mantener la estabilidad hemodinámica de la persona y valorar la toma de acciones ante lesiones asociadas en personas con pluritraumatismos, como pueden ser hemorragias, fracturas, hipotensión, lesiones de tórax o que afecten la adecuada oxigenación de la persona.

Desde el punto de vista de actuaciones hospitalarias, los cuidados de enfermería estarán dirigidos a potenciar la estabilidad del paciente y están determinados por el tipo de unidad donde esté ingresado. En las unidades de cuidados intensivos el objetivo irá más centrado a mantener la estabilidad hemodinámica del paciente y mantenerlo en la mejores condiciones fisiológicas posibles, evitar complicaciones secundarias y al tratamiento de lesiones específicas. Los cuidados irán centrados a control de temperatura, tratamiento respiratorio, posicionamiento del paciente en la cama, monitorización de constantes hemodinámicas, manejo de convulsiones, estados de agitación y control metabólico así como los cuidados relativos al ajuste hídrico.

3.4 Accidentes Cerebrovasculares (ACV)

Según datos epidemiológicos, las enfermedades cerebrovasculares representan la primera causa de mortalidad global en España, la tercera causa de muerte y la primera de incapacidad en la población adulta en países desarrollados. Partiendo de los pocos datos estadísticos con que se cuenta,

se estima que la incidencia anual de los ACV en España es de 156 casos nuevos/100.000 habitantes y su prevalencia es de 500-600 casos /100 000 habitantes (Tratado de enfermería neurológica "La Persona, la enfermedad y los cuidados. 3ª Edición. Rosa Suñer Soler").

Estos datos dan evidencia del elevado coste social, económico y sanitario de la atención a las personas que sufren esta patología, para lograr que ellas y sus familiares tengan un adecuado manejo terapéutico.

Para mejorar los datos anteriores, se están potenciando campañas de prevención encaminadas a dar conocimiento de los factores de riesgos que pueden llevar a sufrir un ACV, su modificación y al reconocimiento de la síntomas primarios que evidenciarían estar a punto de sufrir una enfermedad de este tipo y los mecanismos que tenemos a nuestro alcance como ciudadanos, para saber cómo actuar.

Desde el punto de vista de su clasificación los ACV se dividen en:

ACV de tipo isquémico: estos se producen por una alteración circulatoria en zonas del parénquima encefálico generando, en función de su ubicación, el área de la lesión y tiempo de duración, unas manifestaciones de déficit neurológicos que pueden evolucionar desde su desaparición, hasta el agravamiento de los mismos comprometiendo la vida del sujeto.

ACV de tipo hemorrágico: aparecen como consecuencia de una rotura vascular espontánea, creando un hematoma a nivel del parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.

Qué nos puede llevar a sufrir un ACV: factores de riesgo

No modificables

Edad, sexo, raza, herencia.

Modificables

Hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, enolismo, hipercolesterolemia, obesidad, enfermedad coronaria, drogas tratamientos con anticoagulantes y fibrinolíticos.

Qué podemos hacer para disminuir el riesgo de padecer un ACV

Desde el punto de vista de la enfermería y apoyándonos en nuestra labor de educadores en salud tenemos que potenciar la modificación de estilos de vida:

- Evitar el consumo de tabaco y drogas.
- Moderar el consumo de alcohol.
- Potenciar la realización de actividad física moderada.
- Potenciar el consumo de alimentos saludables y la ingestión de dietas variadas.
- Reducir el consumo de sal.

En los casos en que los factores de riesgo estén asociados a patologías o tratamientos farmacológicos concretos se indicará a la persona el seguimiento estricto y control de su enfermedad, (HTA, enfermedad coronaria diabetes mellitus, colesterol) y los tratamientos con anticoagulantes y fibrinolíticos.

3.5 Atención y manejo de una persona que ha sufrido un ACV

En el manejo y tratamiento de una persona que se sospeche puede estar sufriendo o haber sufrido un ACV, la atención se establecerá en función de diferentes etapas o fases de actuación, que nos llevarán desde lo más inmediato, que será el reconocimiento de los signos y síntomas en el entorno, el traslado urgente al hospital, la intervención intrahospitalaria de urgencia, el tratamiento agudo y la continuidad de los cuidados en la fase crónica de la patología.

Un reconocimiento temprano de la sintomatología de la enfermedad y la toma de conciencia por parte de la persona y su entorno de que ello implica una situación grave y de actuación urgente, junto con mecanismos de traslados accesibles y cercanos al ciudadano, influirán de manera muy positiva en la atención y en la reducción de posibles secuelas neurológicas resultantes de la lesión. Por eso es de vital importancia que la población en general sepa reconocer qué tipo de signos o síntomas pueden inducir a que una persona pueda estar sufriendo un ACV y en consecuencia, las administraciones deben poner a disposición de los ciudadanos los servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación para proporcionar información y los recursos para la difusión y la rápida atención de los mismos.

En nuestra labor como profesionales de la salud, debemos hacer todo el esfuerzo posible por contribuir a la divulgación de los programas específicos de atención a los ACV y a la difusión del conocimiento general sobre esta patología y su tratamiento.

Los programas específicos de atención a los ACV y la difusión del conocimiento general de esta patología y su tratamiento.

Desde el punto de vista de los cuidados en la fase aguda de la enfermedad, nos podemos encontrar (en función del tipo de lesión) a una persona con alteraciones de las funciones de la movilidad física y de los procesos cognoscitivos, por lo cual nuestros cuidados deben ir dirigidos a cubrir estas necesidades y potenciar habilidades, para que las vaya desarrollando por si misma o con ayuda de su cuidador/familiar.

3.6 Tumores e infecciones que afectan al cerebro

Otras de las causas más frecuentes con que nos encontramos en el DCA, son los tumores y las infecciones del SNC, muchas de las secuelas a nivel motórico, sensorial y cognitivo que puede presentar un usuario condicionarán en mayor o menor medida su capacidad de autonomía para realizar tareas de autocuidado que afectarán su calidad de vida.

Los tumores en el cerebro

Existen varios tipos de tumores cerebrales, generalmente su pronóstico estará sujeto a la localización del mismo y a la evolución que presente.

Los signos y síntomas son muy variados y sus manifestaciones pueden presentarse desde un simple dolor de cabeza o cefalea, pasando por el aumento de la presión intracraneal la somnolencia, hasta signos y síntomas más específicos dependiendo de la localización, como son, pérdida de fuerza, dificultad para hablar o déficit del campo visual, convulsiones, hemorragia y tienden a evolucionar hacia un déficit neurológico generalizado.

En nuestro ámbito de actuación nos podemos encontrar con dos tipos de usuarios, el que ha sido diagnosticado de un tumor cerebral y ha sido sometido a intervención quirúrgica para extirparlo y el que aun siendo diagnosticado no procede la intervención. Generalmente los dos tipos presentan secuelas motóricas o cognitivas.

Las infecciones

Los pacientes que han sufrido infecciones del SNC presentan un alto grado de complicaciones potenciales, además de los déficits propios del DCA. Los cuidados y la atención estarán diseñados de manera individualizada en función de las necesidades que presente la persona.

Entre las complicaciones que nos podemos encontrar en ambos grupos patológicos están: el compromiso del nivel de conciencia, la alteración de los signos vitales y neurológicos, afectaciones de la función motórica, del lenguaje, crisis comiciales, afectaciones de tipo endocrino metabólicas, infecciones y otras.

Como resultante de esto y en función del grado de afectación que presente la persona, pueden surgir diversas alteraciones para realizar de forma autónoma el autocuidado, el baño y la higiene, el vestido, desvestido, la movilidad física, el control de los esfínteres, la alimentación, la integridad de la piel, las relacionadas con el lenguaje, la comunicación y trastornos cognitivos y de memoria.

Nuestros cuidados irán orientados a cubrir esas necesidades, apoyar el proceso de rehabilitación y potenciar la promoción de su autonomía personal.

4. Los cuidados especializados

Como hemos visto hasta aquí, las patologías que dan origen a un DCA pueden ocasionar diferentes alteraciones que van a afectar negativamente a la persona alterando en mayor o menor medida su estilo de vida y el de su entorno. Sin embargo previamente a esta situación el usuario estaba acostumbrado a desenvolverse socialmente con total autonomía, tanto en la ejecución y toma de decisiones sobre sus actos como en su autocuidado y a eso en la medida de las posibilidades es a donde deberíamos volver.

4.1 El conocimiento de la persona y de su entorno

Aprovechar el conocimiento que tenemos de la persona en el momento de la planificación de los cuidados así como la observación de la evolución de la misma tanto en aspectos físicos como psicológicos nos dará pautas muy claras para conseguir los objetivos que nos propongamos.

Se debe velar siempre por sus intereses y centrar los cuidados desde la persona a partir de sus gustos, costumbres o aficiones.

En un orden de prioridades, no sólo tendremos en cuenta el mantenimiento, conservación y recuperación de los problemas físicos, infravalorando los aspectos sensoriales, cognitivos y de comunicación, ya que muchos de los problemas que afectan a la persona no se ven, por lo que se nos pueden escapar o pasar desapercibidos, creando determinadas secuelas que pueden entorpecer el proceso de recuperación.

Establecer planes de cuidados para una persona con DCA, que está comenzando a descubrir su nueva situación de dependencia, no es una tarea

fácil, la enfermedad no solo afecta a la persona, sino también al entorno más inmediato, con lo cual es importante que estos objetivos estén contemplados dentro de los planes a ejecutar.

Cuidar de una persona que ha sufrido un DCA requiere por nuestra parte de una sensibilidad especial, se establece una relación muy estrecha, compartimos aspectos muy profundos de su intimidad y de sus costumbres, nos enfrentamos a procesos patológicos y de restablecimiento de funciones que duran mucho tiempo, la persona va pasando por diferentes fases de la situación y esto puede resultar difícil de abordar, por esto es recomendable trabajar nuestros objetivos asistenciales y de cuidados dentro del marco del equipo multiprofesional, ya que algunos de sus integrantes nos ayudarán a orientarlos en función de donde nos encontremos.

4.2 Primera toma de contacto

Todos los datos referentes a la persona y su patología que podamos reunir serán de mucha utilidad. Debemos saber cuáles son las áreas más afectadas para así poder plantear una serie de cuidados orientados a cubrir estas necesidades, la nutrición, sus vías de eliminación, su movilidad, el estado de su piel y la higiene corporal, la comunicación, el reposo y el sueño, y su estado cognitivo entre otras.

El éxito en la consecución de los objetivos, en gran medida dependerá de lo capaces que seamos de identificar tempranamente qué cuidados básicos tenemos que aplicar.

Nos gustaría reorientar nuevamente al lector hacia el entorno donde se desarrollarán y aplicarán estos cuidados, dejando un poco atrás todo el

proceso patológico previo, la persona ha evolucionado en su patología de base y nos encontramos con un usuario que una vez estabilizado y dada el alta del nivel I de atención (hospitalaria) está inmerso en un proceso de rehabilitación, pero presenta una serie de déficits y necesidades que comprometen de alguna manera su estabilidad clínica y limitan su independencia para desenvolverse con autonomía en la vida diaria.

La entrevista

En la primera toma de contacto se debe realizar una entrevista con el usuario y su familia, con el objetivo de recabar toda la información relativa a la persona y a la evolución su proceso patológico.

En ella debemos tener en cuenta el estado premórbido del usuario.

En nuestro cuestionario de evaluación al menos debemos recoger los siguientes datos:

- Antecedentes personales.
- Alergias o intolerancias.
- Origen del DCA y secuelas resultantes de los mismos (físicas y cognitivas).
- Estabilización del proceso patológico.
- Hábitos tóxicos.
- Tratamiento farmacológico actual.
- Control de constantes (tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y frecuencia respiratoria).
- Aspectos relacionados con el metabolismo y hábitos nutricionales.
- Talla, peso, Índice de Masa Corporal.
- Alteraciones relacionadas con la alimentación.
- Tipo de dieta como tratamiento.
- Riesgos de disfagia.

- Sistemas de alimentación alternativo.
- Sondas nasogástricas o tipo PEG.
- Dificultad relacionada con la masticación/ presencia de prótesis dentales.
- Estado de la piel (coloración, hidratación, presencia de edemas).
- Presencia de úlceras por presión, o heridas quirúrgicas en proceso de cicatrizamiento (localización).
- Continencia/incontinencia.
- Sistemas de evacuación o presencia de sondas vesicales.
- Sistemas de absorbentes.
- Patrones y hábitos de eliminación.
- Programas de reeducación de esfínteres (Controles de esfínteres).
- Alteraciones en la movilidad/déficit motorico resultante del DCA.



- Formas de desplazamiento.
- Tipo de ayuda en transferencias.
- Uso de Sistemas de productos de apoyo para movilidad/desplazamiento.
- Uso de férulas u ortesis (ubicación y colocación).
- Riesgos de caídas.

- Presencia de alteraciones cognitivas relacionadas con:
 - La comunicación – alterada Si/No - Forma de comunicarnos preferentemente con el usuario, comprensión.
 - Alteraciones relacionadas con la memoria, orientación, conciencia del déficit, estados de ánimos, confusión o de tipo conductual.
- Otras alteraciones sensoriales afectadas (visión, audición, gusto, olfato).
- Alteraciones de la sensibilidad táctil (tipo y ubicación).
- Presencia de dolor – evaluar intensidad, ubicación.
- Las relaciones con el descanso y el sueño. Alteración del patrón de sueño.

4.3 La capacidad para alimentarse de forma autónoma

Una de las necesidades que con más frecuencia se presenta en las personas con DCA es la dificultad para alimentarse por sí solos y hacerlo en condiciones de seguridad. Esta afectación viene dada por varios motivos que van a ir desde la incapacidad funcional para realizar la actividad con total autonomía, hasta alteraciones relacionadas con la deglución, que condicionan su seguridad, los tipos de texturas y consistencias que la persona puede ingerir.

La dieta adecuada es la que podemos consensuar con la persona, a la medida de sus posibilidades. Respetando las restricciones médicas, podemos hacer que los alimentos que ingerimos sean lo más atractivos posible y que se ajusten al gusto personal, sin pasar por alto si existen problemas

relacionados con la deglución y masticación, intolerancias alimenticias y muy importante el nivel de independencia de la persona para esta necesidad.

A continuación haremos un análisis pormenorizado de esta capacidad, marcaremos unos objetivos a conseguir y plantearemos una serie de pautas y cuidados que podemos aplicar en cada caso, tanto en instituciones como en el domicilio de la persona.

Déficit para alimentarse por sí solo relacionado con	Objetivos a conseguir	Cuidados y/o pautas de manejo
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones funcionales, del proceso cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar un adecuado estado nutricional del usuario. • Proporcionar una hidratación adecuada. • Asegurar la ingesta de alimentos sólidos y líquidos en condiciones de seguridad. • Mantener un peso corporal idóneo mediante una dieta equilibrada. • Potenciar la autonomía del usuario en relación a la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar tipo de dieta. • Asegurar previamente las vías de alimentación que utiliza el usuario. • Ver historial de alergias e intolerancias alimentarias. • Verificar tipo de texturas y consistencias de los alimentos sólidos y líquidos. • Posicionar adecuadamente al usuario en la mesa. • Posicionamiento adecuado del cuidador con respecto al usuario. • Proporcionar un ambiente relajado sin elementos distractores. • Cuidados relacionados con la deglución: • Comprobar que no quedan restos del bolo alimentario en cavidad bucal. • Realizar maniobra de potenciación de la seguridad al tragar. • Controlar la fatigabilidad de la persona hacia la actividad, con registros de tiempos. • Apoyar al usuario en las actividades que no puede realizar por sí solo. • Estimular al usuario en las actividades que puede ir entrenando.

4.4 Cuidados en usuarios con alteraciones de la deglución con alimentación por PEG

Uno de los síntomas que nos podemos encontrar en personas que han sufrido un DCA son las disfagias, alteraciones de la deglución que suponen un grave problema, ya que este déficit está relacionado directamente con una necesidad fundamental, la de alimentarnos.

La disfagia es la dificultad para la deglución ocasionada por alteraciones estructurales o funcionales, que provocan un debilitamiento de la musculatura en la zona orofaríngea, provocando una disfunción en proceso de la deglución, que conlleva una serie de riesgos.

Hay algunas manifestaciones que nos pueden evidenciar que una persona sufre una disfagia como pueden ser el babeo constante, la tos con la ingesta o después de esta, la regurgitación nasal de los alimentos, la presencia de residuos en la lengua y cavidad bucal, la voz húmeda, carraspeo continuo o frecuente, pérdida de peso...

En las alteraciones de la deglución en las que está contraindicada la alimentación por vía oral se recurre a la colocación de sistemas alternativos de alimentación por sondas a vía digestiva que nos ayudan a alimentar al usuario en condiciones óptimas y a asegurarnos de que este aporte ayudará a mantener su adecuado estado nutricional, las más comunes que nos podemos encontrar son:

La sonda nasogástrica: sonda que se introduce por los orificios nasales, hasta el estómago.

La sonda de gastrostomía: sonda colocada directamente en estómago a través de un estoma en la cavidad abdominal. Su colocación se realiza mediante intervención quirúrgica por endoscopia percutánea.

Acudimos generalmente a la sonda nasogástrica en problemas que tendrán una resolución temporal y no se dilatarán mucho en el tiempo, generalmente suele ser incómoda y genera una serie de contraindicaciones como pueden ser irritaciones laríngeas y esofágicas y lesiones a nivel de nariz.

Para usuarios que requerirán un período largo de alimentación por sonda, la opción más adecuada es la Gastrostomía Percutánea Endoscopia (PEG) esta vía de alimentación nos asegura reducir las complicaciones relacionadas con la nutrición y no limita la actividad del usuario con respecto al tratamiento rehabilitador.

Cuidados con el Estoma y la PEG

Estomas: generalmente los cuidados con el estoma suelen ser sencillos de aplicar, basta con lavar la zona con agua y jabón durante la higiene, aplicar solución fisiológica y cubrir con un apósito de gasa para evitar el contacto de la sonda con la piel.

PEG: en relación con la sonda la debemos movilizar y girar diariamente, con cuidado para evitar adherencias, intentar resguardarla con sistemas de protección de forma que evitemos extracciones de forma accidental en las movilizaciones del usuario y durante la rehabilitación.

Los medicamentos que deberíamos primar son presentaciones en forma de líquidos o solubles y

comprimidos que se puedan triturar, evitando otras presentaciones que pueden obstruir la luz de la sonda.

Es importante que la persona permanezca sentada o ligeramente incorporada durante la administración y al menos media hora después de haber finalizado para evitar reflujos gastroesofágicos.

Las complicaciones más frecuentes que pueden surgir son la obstrucción de la luz de la sonda, la salida accidental de la misma y la salida de contenido gástrico.

4.5 Como alimentar a una persona vía PEG

El tipo de alimentación a administrar se hará según la prescripción establecida, controlando el aporte hídrico y teniendo en cuenta siempre las necesidades de cada persona.

Por lo general la alimentación que se proporciona al usuario son preparados comerciales de laboratorios nutricionales y farmacéuticos que contemplan los aportes y requerimientos que necesita la persona, y presentan las condiciones idóneas en relación a consistencia y viscosidad. Aunque también hay prescripciones de preparados caseros triturados tipo túrmix, en estos casos debemos valorar que el tipo, la consistencia y viscosidad del preparado se adecue al tipo y a la luz de la sonda.

En los casos de utilizar sistemas de alimentación nos podemos encontrar con que se administre la solución con bomba de infusión, donde se graduará la cantidad y velocidad de la solución a administrar, aunque lo más común en nuestro ámbito de trabajo son los sistemas de alimentación por caída libre donde se regula la alimentación de forma intermitente.

Debemos valorar la situación de la sonda enteral mediante, las marcas de seguridad o la insuflación de aire y auscultación con el fonendoscopio.

En la alimentación con jeringa tipo bolus la administración es intermitente, para lo que se utilizaran jeringas de 50 cc.

Los tipos de dieta

Como hemos visto hasta aquí, el proceso de alimentación de una persona con DCA suele ser complejo y se ha visto alterado en gran medida por los síntomas derivados de su patología previa, por lo cual no raramente nos vamos a encontrar con usuarios que tengan grandes problemas relacionados con su estado nutricional como la pérdida de apetito y de peso, las dificultades de masticación o deglución, los problemas digestivos, las dificultades motóricas que limitan la actividad, las alteraciones neuropsicológicas y las patologías asociadas (HTA, diabetes mellitus y otras) y en definitiva la dependencia en mayor o menor medida de otra persona para la actividad, va a condicionar mucho la calidad de vida de estos usuarios.

En los momentos de elaborar un tipo de dieta adecuada a una persona con DCA van a influir muchos factores que llevarán a que esa dieta sea aceptada por la persona o que por el contrario sea rechazada, generando una serie de inconvenientes que no son menos importantes a la hora de establecer nuestros cuidados.

En la práctica nos encontramos con dietas adaptadas que procuran cubrir las necesidades nutricionales de los usuarios, que van desde los que aun teniendo problemas de deglución inician un proceso de reeducación de la misma con el fin de ir generando autonomía y seguridad en este proceso, hasta los que son capaces de deglutir vía oral y pueden presentar o no, alteraciones relacionadas con la masticación, o aspectos relativos a la fatigabilidad o alteraciones de origen conductual o cognitivo.

El éxito o no dependerá de lo capaces que seamos de establecer dietas que se adapten a las necesidades de los usuarios y contemplen "el comer" como un factor cultural y social muy arraigado en la sociedad, en modo de placer, y que todas las estrategias del proceso de nutrición/ alimentación sean consensuadas con los factores trasdisciplinares que intervienen en el mismo.

4.6 La capacidad para moverse de forma autónoma

Una de las secuelas más evidentes y que generan más compromiso y expectativas en las personas que han sufrido un DCA, es la pérdida de la capacidad para moverse por sí solos. Esta va a producir una situación de dependencia de otra persona, que el usuario va a percibir con verdadera frustración, y vendrá condicionada por alteraciones de origen neurológico que repercuten sobre los sistemas musculoesqueléticos, generando limitaciones como pueden ser la disminución de la fuerza muscular, el aumento o disminución del tono muscular, la incapacidad funcional para cambiar de posturas, pasar de un lugar a otro, levantarse, andar, correr, rotar, levantar y manipular objetos, transferir el propio cuerpo entre otras muchas limitaciones.

La movilidad

La movilidad es una necesidad que se ve alterada en gran parte de las personas que han sufrido un DCA. Es muy importante saber el modo más adecuado de desplazamiento de la persona (silla de ruedas, andador, sistemas de apoyo).

Debemos organizar el espacio y/o distribuirlo en función del medio de desplazamiento de la persona, si se desplaza en silla de ruedas es importante tener en cuenta que para poder girar se necesita un espacio de un metro y medio de diámetro.

Si la persona puede caminar debemos facilitar la tarea y favorecer su movilidad de forma autónoma, eliminando cualquier obstáculo de sus áreas de paso para evitar las caídas.

Medidas como:

- Evitar alfombra, suelos deslizantes y mojados.
- Una iluminación adecuada.
- Accesos accesibles a baños.
- Colocación de pasamanos en pasillos y escaleras.
- Acceso a una luz eléctrica que la persona pueda encender.
- Luces nocturnas para evitar la desorientación.
- Colocación organizada de sus objetos personales y material de trabajo.
- Mobiliario ergonómico que favorezca la autonomía de la persona.

Debemos también valorar el ritmo de actividad y reposo durante el día y la tolerancia del mismo.

Se favorecerá la autonomía de la persona y reducirán los riesgos de caídas.

En los periodos nocturnos o reposos prolongados en cama o en silla de ruedas, se deben establecer ritmos de cambios posturales y estimular en la medida de lo posible la independencia de la persona respecto a estas actividades, ejercitando sus funciones a través de ejercicios de fácil aprendizaje para que mueva en la medida de sus posibilidades las extremidades.

El espacio donde se desarrolle la vida, debe ser lo más confortable posible, procurando que sea amplio y luminoso. Es importante potenciar la iluminación natural para que la persona mantenga una percepción clara del día, la tarde, la noche ya que de esta manera se contribuirá de forma positiva en su orientación.

A continuación haremos un análisis de esta necesidad afectada, marcaremos unos objetivos a conseguir y plantearemos una serie de pautas y cuidados que podemos aplicar en cada caso y pueden aplicar tanto en instituciones como en el domicilio de la persona.

Déficit para moverse por sí solo relacionado con	Objetivos a conseguir	Cuidados y/o pautas de manejo
<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones funcionales por deterioro de la fuerza muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar un adecuado posicionamiento y alineación del cuerpo. Potenciar la autonomía del usuario en relación al movimiento. Potenciar el uso y manejo con las extremidades inferiores y superiores. Realizar las transferencias en condiciones de seguridad. Prevenir complicaciones resultantes de la falta de movilidad. Asegurar desplazamientos en condiciones de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener el cuerpo con una alineación correcta. Estimular al usuario en las actividades que pueda realizar por sí solo (llevar, mover, levantar objetos). Conocer el grado de independencia del usuario en relación a las transferencias y utilizar los tipos de ayuda establecidos. Realizar los cambios posturales, movilizaciones y vigilancia de la piel y del estado nutricional del usuario. Estimular la deambulación (si es posible) utilizando sistemas de ayuda a nuestro alcance (bastones, andadores). Establecer sistemas dispositivos de movilidad (sillas de ruedas) acordes a las necesidades del usuario y en caso que proceda estimular a la autonomía en su manejo.

4.7 Riesgos de una persona con alteraciones de la movilidad

Existen varios riesgos que están vinculados a la falta de movilidad de las personas, alteraciones musculoesqueléticas, de la integridad de la piel, aumento del riesgo de caídas entre otras.

Las problemas de movilidad en el DCA van acompañadas generalmente por disminución de la fuerza muscular, alteraciones del tono, inmovilidad física y limitaciones funcionales que van a potenciar que la persona sea propensa a sufrir alteraciones de la integridad cutánea, si a esto sumamos un inadecuado estado nutricional, alteraciones de esfínteres que conlleven uso de absorbentes que potencien la humedad de piel

y alteraciones sensitivas, nos podemos encontrar con un potencial usuario de sufrir úlceras por presión.

Nuestras actuaciones desde el punto de vista de enfermería deben de ir dirigidos a mantener la integridad de la piel de la persona. Los cuidados que adoptaremos irán encaminados en primer lugar a la prevención mediante la protección de zonas de presión y prominencias óseas, la hidratación de la piel y la vigilancia del adecuado estado nutricional del usuario, en los casos que el compromiso de su movilidad lo requiera usar sistemas de prevención como el colchón antiescaras y sobre todo potenciar la autonomía de la persona para intentar cambiar de postura con frecuencia facilitándole las ayudas necesarias para este fin.

4.8 La higiene y el estado de la piel

Es muy importante en las personas con DCA mantener la higiene diaria y el cuidado de la piel. Muchos problemas y molestias pueden derivarse de una inadecuada higiene personal. Un gran problema que sufre la persona es la pérdida de capacidad para mantener por ella misma un adecuado control de su autocuidado y autoimagen. Procurar un lavado diario de la piel, es mejor utilizar la ducha que la bañera y siempre con la persona sentada. La higiene diaria debe incluir el cuidado de la limpieza de la boca.

La ropa de uso personal debe de ser cómoda, pero sobre todo debe adaptarse al gusto de la persona de esta forma sentirá reforzada su imagen personal y contribuirá de forma positiva en su estado psicológico prestando atención al cambio de ropa de uso personal y de cama.

La piel debe de ser hidratada intensamente y sometida a inspección en cada lavado, incidiendo en zonas expuestas a presión de prominencias óseas y pliegues cutáneos no debemos olvidar que una de sus funciones principales es la "Función de Barrera" con ello reduciríamos la aparición de sequedad, úlceras, infecciones por hongos y bacterias, etc.

4.9 Riesgos de caídas

Las caídas en personas con DCA suelen ser un riesgo muy presente que influye de manera negativa en la evolución del usuario, ya que las lesiones resultantes pueden enlentecer o retrasar el proceso de rehabilitación, y generan en los usuarios sensación de inseguridad y miedo, están vinculadas por lo general a afectaciones de movilidad, disminución de la fuerza muscular y alteraciones de origen cognoscitivos que impiden al usuario ser consciente de sus limitaciones, aunque también se pueden dar por no tener en cuenta los medidas y criterios de accesibilidad adecuados en los entornos.

Para que las personas con diversos déficits se puedan mover con total seguridad, es muy importante dentro de las medidas de actuación preventivas valorar al inicio de tratamiento que usuario puede presentar riesgos de caídas, establecer medidas de prevención, seguridad y realizar registros de caídas donde figure la causa, los mecanismos o factores de producción y la acciones que se tomaron.

Ejemplo de REGISTRO DE CAÍDAS

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL USUARIO

Apellidos y Nombre:

Equipo:

Edad:

Sexo:

Fecha Ingreso:

Régimen:

Habitación:

FECHA Y LUGAR DEL ACCIDENTE

Fecha: Hora:

Identificación del lugar del accidente:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

A/ ACTIVIDAD QUE REALIZABA:

B/ MECANISMO Y PRODUCCIÓN:

C/ INSPECCIÓN Y DETECCIÓN:

D/ FACTORES EXTRINSECOS-AMBIENTALES:

E/ MEDIDAS DE SUJECCION MECANICA EXISTENTES EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

F/ TESTIGOS PRESENCIALES (ESPECIFICAR IDENTIDAD):

VALORACIÓN INICIAL DEL USUARIO

Sin lesiones aparentes:

Pautar Medidas de Observación:

Con Lesiones:

Herida: Sangrado: Deformidad: Impotencia Funcional:

P. Arterial:

F. Cardíaca:

Ritmo:

Glucosa:

INTERVENCIÓN TRAS LA CAÍDA

Derivación al hospital:

Atención en el Centro: Si

Cura Herida: Puntos de Sutura:

Otra Atención Prestada:

Diagnostico:

Tratamiento:

FIRMA DE/LOS PROFESIONALES QUE ATENDIÓ/ATENDIERON AL USUARIO:

Nombre de los Profesionales:

Aviso Familiar: - Vía: -

Familiar con el que se contacto: -

Apunte Realizado por :

NOMBRE DEL DUE [N^o DE COLEGIADO][Enfermería] .

[FECHA Y HORA].

ANÁLISIS - CONCLUSIONES

Leído: - Fecha leído: Leído por: NOMBRE MEDICO DE REFERENCIA [N^o COLEGIADO] [Medico]

[Medico]

Necesita Actuación derivada: Previsión/Cumplimiento Pautas:

Mecanismo: Localización:

Observaciones:

ACTUACIONES DERIVADAS

4.10 La capacidad para comunicarnos y hacernos entender

Si hay un síntoma de DCA que genera en la persona un verdadero estado de frustración y aislamiento, es la dificultad para hablar, poder expresar lo que está sintiendo, transmitir sus pensamientos y hacerse entender mediante el lenguaje hablado. En ocasiones no son capaces de comprender el significado de las palabras o son incapaces de emitirlos.

Estos trastornos vienen ocasionados por lesiones en las áreas del procesamiento del lenguaje motórico y sensitivo y como resultantes de ellas tenemos a un usuario con incapacidad para hablar, dificultades para expresarse, comprender o para formar palabras, es lo conocemos como afasia.

En el momento inicial de la toma de contacto con el usuario, debemos valorar su estado cognoscitivo y capacidad para expresarse y comprender lo que le decimos, esto es fundamental en este período del proceso de recuperación de la persona, ya que los planes de cuidados requieren de mucha colaboración del usuario.

Podemos adoptar una serie de medidas para intentar que la comunicación usuario-profesional y viceversa sea lo mas efectiva posible, como pueden ser, la reducción de estímulos distractores (radios, televisiones, etc.), establecer un contacto visual directo con la persona mientras hablamos con ella, aportar gestos al diálogo para hacernos comprender mejor, emplear preguntas que requieran respuestas cortas con monosílabos, hablar de forma pausada y dejar un tiempo para que el usuario nos responda. Es importante asegurarnos de que el usuario nos ha entendido y si nosotros entendimos lo que él nos quería decir.

Por lo general este tipo de usuarios estará inmerso en un proceso de rehabilitación de su lenguaje. En ocasiones podemos recurrir también a otros recursos que potenciarán que la comunicación sea efectiva como pizarras, tableros o iconografía.

5. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): El autocuidado

Las personas que sufren DCA presentan en un alto grado distintos tipos de alteraciones funcionales, en las cuales, se pierde de forma parcial o total la autonomía para llevar a cabo por sí mismas las ABVD. Estas limitaciones como hemos visto afectan al propio cuidado personal (autocuidado), la vida en familia, en el hogar y las relaciones con su entorno.

Las situaciones tienen una gran variedad y hay muchos factores que las determinan, pero todas tienen en común que generan dependencia.

Los cuidados básicos de una persona con DCA no deben orientarse solamente al mantenimiento de su salud y a cubrir sus necesidades, sino que deben ir estrechamente vinculados a la promoción de la autonomía personal.

La persona debe hacer todo lo que sea posible por sí misma, en las actividades que requiera apoyo hay que intentar potenciar que participe en lo posible y se deje ayudar sólo en lo imprescindible, teniendo en cuenta la seguridad, sin que ésta sea un factor limitante que nos impida evolucionar en la autonomía del usuario, para esto nos apoyaremos en técnicas y productos de apoyo que facilitan la autonomía personal y nos permiten la realización de las tareas con total seguridad.

5.1 El déficit en el autocuidado

Los procesos de rehabilitación de las personas con DCA van a centrar estrategias muy concretas en el entrenamiento de las funciones alteradas en relación al autocuidado (vestido, desvestido, baño, higiene y uso de WC). Esto viene dado por las dificultades y/o incapacidades que presentan los usuarios para realizar de forma independiente estas actividades.

En los planes de cuidados que se planteen tenemos que potenciar las habilidades en la realización de las mismas por parte del propio usuario y su familia, además de establecer el grado de autonomía que presenta el usuario para realizar las actividades de autocuidado: lavarse, secarse, ducharse, el cuidado de las partes del cuerpo, la higiene personal relacionada con la eliminación, el tipo de ayuda que necesita y las pautas de manejo en el momento de intervención relacionadas con el vestirse, ponerse y quitarse la ropa y el calzado y planificar la secuencia de la tarea.

Estas actividades requieren por nuestra parte una especial sensibilidad ya que intervenimos en aspecto de la esfera íntima de la persona, con lo cual el planteamiento de intervención debe realizarse desde el más profundo respeto, planteado desde la colaboración con la persona usuaria, respetando sus gustos y preferencias, con un manejo adecuado del ámbito privado y teniendo en cuenta la protección de su intimidad en todo momento.

Como toda actividad que conlleva un nuevo aprendizaje y entrenamiento no está exenta de riesgos por lo que a continuación expondremos una serie de consejos a tener en cuenta:

- El baño y la higiene personal de la persona usuaria, si se puede desplazar, es conveniente hacerlo en el cuarto de baño, adaptándolo con los sistemas de accesibilidad y productos de apoyo necesarios para dar mayor seguridad, evitar caídas y manteniendo su privacidad en todo momento.
- Las superficies deben disponer de sistemas antideslizantes e instalar pasamanos o barandillas en ambos lados del WC y la ducha y sistemas de alarma accesibles para casos de caídas.
- Disponer de los productos de apoyo más adecuados para realizar la actividad, banquetas, sillas de ducha o tablas de transferencias para que pueda sentarse. Preferiblemente utilizaremos el tipo de ducha manual.
- Verificar siempre la temperatura del agua, para evitar quemaduras, las secuelas derivadas del DCA pueden comprender alteraciones sensitivas.
- Secar bien y evitar la humedad de la piel, sobre todo en los pliegues (axilas, ingles).
- Proteger y cuidar la piel con cremas hidratantes extremando el cuidado de las prominencias óseas y las expuestas al roce por férulas o absorbentes.
- Usar maquinilla eléctrica, para el afeitado por seguridad
- Usar cepillos de mango largo y engrosado para la higiene bucal.
- Extremar el cuidados de las uñas, con precaución en el corte ya que pueden presentar alteraciones a nivel sensitivo, de circulación y alteraciones de coagulación o cicatrización.

- Comenzar a realizar de forma autónoma las actividades relacionadas con su autocuidado, si puede, aunque esto suponga una dificultad, así tomara conciencia de su déficit potenciando el trabajar con la parte del cuerpo afectada.
- Ayudar en caso necesario en la ejecución de la actividad, cronometrando el tiempo que necesita para realizarla, secuenciando los pasos a seguir y reforzando aquello que vaya consolidando.

Todo ello nos ayudara al evidenciar los déficits y plantear los pasos y estrategias a seguir, vinculando la necesidad del autocuidado con la de promoción de autonomía respecto a dicha actividad.

- Es aconsejable ejercer un grado de supervisión determinado en función de la autonomía que tenga la persona para ejecutarla, para evitar posibles accidentes.

En relación con el vestido y el desvestido:

- Empezar a vestirse primero por el hemicuerpo afecto y desvestirse al revés.
- Potenciar el uso de prendas de vestir prácticas y holgadas, zapatillas con velcro, ropa sin botones (cremalleras, etc.), pero siempre consensuado como la persona usuaria.
- Utilizar calzado cómodo y cerrado para que el pie esté sujeto. Un calzador de mango largo le ayudará a calzarse.
- Para vestirse y desvestirse es mejor estar sentado.

Hoja de ABV

Datos Personales
Dni - Nombre del usuario
Equipo: Fecha de nacimiento [xx años]
Sexo:
Habitación:
Provincia: Comunidad Aut.:
Familiar Contacto:
Tel. Familiares:

En relación a la actividad que se está entrenando debemos potenciar la autonomía del usuario en relación a:

- Preparar la ropa que quiere usar el día siguiente según sus gustos y preferencias.
- Organizar y ayudar a secuenciar la actividad. ¿Qué me pongo primero? o ¿por donde empiezo a vestirme?
- El tiempo de ejecución de la actividad y el grado de dificultad para ejecutarla.

5.2 Los trastornos relacionados con la eliminación

Los problemas resultantes de alteraciones con la eliminación y trastornos del control de esfínteres suelen ser uno de los mayores déficits que arrastra la persona durante todo el proceso de su enfermedad. Desde las fases iniciales hasta las más tardías, incluso ya inmersos en procesos de rehabilitación, con mucha frecuencia nos encontramos con profesionales o familiares que sin necesidad justificada recurren a los sistemas de incontinencia como método preventivo o de comodidad, sin que verdaderamente la persona presente un déficit a nivel de esfínteres que conlleve el uso de ellos.

Los procesos de reeducación de esfínteres están vinculados directamente al proceso de promoción de autonomía personal. La eliminación comprende una necesidad básica y sus posibles

alteraciones generan en esta población una serie de síntomas que influirán de forma determinante en su evolución.

Partimos de personas que por lo general necesitan ayuda de otra para cubrir esta necesidad y viven este déficit como algo verdaderamente limitante en su evolución, ya que no pueden realizar su vida con suficiente autonomía y en ocasiones presentan temor a realizar o a cometer acciones de forma autónoma por el riesgo que esto supone (fugas, micciones involuntarias o no control total de la situación o temor al rechazo por usar pañales, etc.).

En el DCA, generalmente estos trastornos pueden darse por alteraciones del proceso cognitivo y/o alteraciones sensitivas y sus manifestaciones causan incontinencia, retención o un no control de la urgencia y nuestros objetivos deben de ir dirigidos hacia una reorientación del control de los esfínteres a través de seguimientos y pautas concretas de actuación.

ACTIVIDADES EN LA VIDA DIARIA

Acompañamiento Presencial: Si / NO

Tipo de acompañamiento: Continuo / SUPERVISIÓN

Desplazamiento

Deambulante: No deambulante Escaleras: No

Silla de Ruedas: Manual no autopropulsada Tipo de Silla: Manual

Origen de la Silla: Propia

Desplazamientos con Auxiliar: Si

Pautas:

Salida Exteriores

Permiso salida independiente: No Salida Acompañado: -

Acompañado familiar: -

Transferencias

Transferencias: Ayuda Física 3ra. persona Grúa: Si Tipo de Grúa:

De Bipedestación

Nº de OAEs para ejecutar la actividad: 2

Observaciones:

Cuidados Personales

Lavar cara y manos: Ayuda Física x persona Lavar los dientes:

Ayuda Física x persona

Afeitado: Ayuda Física x persona Peinado: -

Baño/ducha: Ayuda Física x personas en: SILLA DE DUCHA

RECLINABLE

Observaciones:

Vestido

Parte superior: Ayuda Física x personas Parte inferior: Ayuda

Física x personas

Calcetines: Ayuda Física x personas Calzado: Ayuda Física x

personas

Observaciones:

Desvestido

Parte superior: Ayuda Física x personas Parte inferior: Ayuda

Física x personas

Calcetines: Ayuda Física x personas Calzado: Ayuda Física x

persona

Observaciones:

Alimentación

Alimentación: Ayuda Física x persona

Ayudas Técnicas:

Observaciones:

Uso de WC

Uso del WC: Ayuda Física x personas

Seguimiento

5.3 Cuidados en la eliminación urinaria

Las incontinencias son alteraciones en el reflejo vesical producto del déficit de los procesos cognitivos y nuestros cuidados deben orientar sus objetivos hacia la recuperación del patrón de eliminación urinaria, la disminución del uso de sistemas de incontinencias (absorbentes, colectores) y a proporcionar confort al usuario.

Existen una serie de consejos que debemos tener en cuenta a la hora de planificar nuestra actuación:

- Recoger datos y evaluación del patrón miccional de la persona, y establecer controles de esfínteres horarios con el objeto de planificar un seguimiento del mismo.
- Proporcionar un horario para reeducar esta función alterada, facilitando el acceso al WC (es aconsejable un elevador de baño) u ofreciendo la cuña o botella cada 2/3 horas, por ejemplo, al menos durante el día.
- Estimular el consumo de líquidos de la persona usuaria principalmente en horario diurno, disminuir su consumo en la noche.
- Establecer en los planes de reeducación de esfínteres la implicación de la familia en estos procesos.
- No abusar de los sistemas de control de incontinencias y hacer un uso adecuado de estos, para así reducir el estrés que esto supone para la persona usuaria.
- Los trastornos de esfínteres tienen una connotación negativa a nivel social por lo que debemos respetar el ámbito privado de la persona y no hacer comentarios en público sobre esto, ya que la persona puede afectar negativamente a la autoestima, y como resultante de esto puede negar el problema o limitar la ayuda.

- En caso de no poder atender la necesidad del usuario de forma inmediata se le dará una explicación y en todo caso intentaremos priorizarla.
- Realizar una higiene local adecuada siempre que sea necesaria, evitar la humedad, malos olores y proteger la piel.
- Estar alerta a las señales que indican la necesidad de orinar, si el usuario no es capaz de comunicarse.

Cuando sea posible se debe animar al usuario para que haga el desplazamiento al aseo o cuarto de baño a cubrir la necesidad.

Durante la noche debemos establecer medidas de seguridad para evitar accidentes y caídas.

Antes de acostarse, es conveniente intentar una micción para dejar vacía la vejiga y dejar a disposición del usuario un sistema para que pueda avisar.

En los casos en los que no se logra un control de la micción o no tenga control, se deben valorar otros sistemas de eliminación como sondajes vesicales (permanentes o intermitentes) sistemas absorbentes, colectores y en los casos que corresponda maniobras de estimulación.

Sondaje vesical permanente: aunque es más común en el ámbito hospitalario, nos podemos encontrar con usuarios que sean portadores de sonda vesical permanente, con ella nos aseguramos un vaciado permanente de la orina de la vejiga. Este sistema conlleva una serie de contraindicaciones cuando la persona está sometida a periodos de constante actividad como pueden ser programas intensivos de rehabilitación, ya que supone un cuerpo extraño dentro de la vejiga.

Genera alteraciones a nivel funcional y orgánicas de estructuras como la uretra, el meato y con el tiempo ocasiona una disminución de la capacidad vesical y posibles traumatismos, ya que en su extremo lleva un balón inflable que evita su salida de la vejiga y ante situaciones traumáticas (tirones, estiramientos) puede causar desgarros a nivel del esfínter vesical y las demás estructuras adyacentes, sin contar con que generalmente van conectadas a bolsas recolectoras de diuresis que aumentan ese riesgo y generan en la persona que la porta sensaciones negativas, además de las posibles infecciones de orina.

Cateterismo intermitente: si las condiciones funcionales lo permiten es la técnica más adecuada a tener en cuenta, ya que le proporciona al usuario autonomía y le reduce los riesgos de traumatismos, mantiene la actividad funcional de la vejiga y sus ciclos de llenado y evacuación. El procedimiento es complejo, consiste en la introducción de una sonda vesical en la vejiga de forma intermitente con el objetivo de vaciar su contenido de orina y se programa en ciclos determinados con una frecuencia horaria, cuando el usuario está sometido a programas de reeducación vesical estos ciclos van aumentando su frecuencia con el objeto de estimular la micción voluntaria.

Esta técnica no está exenta de riesgos para el usuario, con lo cual hay que extremar la higiene de los genitales, realizarla de forma estéril e intentar no forzar la introducción de la misma.

En los casos en los que proceda, se les educará para que el propio usuario o familiar asuma el cateterismo, así proporcionará más autonomía a la persona y le reducirá la dependencia.

Colectores de orina: son sistemas de recolección de orina que generalmente se utilizan con mayor frecuencia en usuarios varones, aunque ya empezamos a ver en el mercado este tipo de sistemas de recolección para mujeres. Existen diferentes modelos y básicamente hay que tener en cuenta el diámetro idóneo y el sistema de sujeción adecuado.

En nuestro caso recomendamos su uso en descansos nocturnos, para así evitar el absorbente, ya que durante el día limitan autonomía a la persona que está realizando rehabilitación. Conllevan una serie de precauciones a tener en cuenta relacionadas principalmente con lesiones a nivel de la piel en la base del pene, tipo irritaciones o ulceraciones, casi siempre relacionadas con los sistemas de fijación (tiras adhesivas o autoadhesivas). Estos sistemas deben ser de un solo uso, siendo necesario extremar la higiene de la zona, incluyendo el rasurado del vello púbico si fuese necesario y realizando un examen en busca de posibles reacciones alérgicas, lesiones de la piel o inflamación de la zona.

Los riesgos por infecciones de orina: es uno de los riesgos que con mayor frecuencia se da en los usuarios portadores de sondas sometidos a cateterismos vesicales, por lo cual uno de los mecanismos a que irá dirigida nuestra actuación es la prevención.

Debemos asegurar un adecuado aporte hídrico de la persona, potenciar las medidas de higiene, intentar reducir la manipulación de la orina y realizar la técnicas de sondaje y cateterismo extremando las medidas de asepsia y antisepsia, asegurarnos de un vaciado total de la vejiga y comprobar las características de la orina (color, olor, presencia de sedimentos etc.).

5.4 Cuidados en la eliminación intestinal

Los déficits en los ciclos de eliminación y/o deposición del contenido intestinal suelen aparecer con bastante frecuencia en usuarios que han sufrido un DCA, pueden estar producidos por alteraciones relacionadas con mecanismos cognitivos o neuropáticos que hacen que la persona pierda el control de esta función.

Ante este problema lo primero es valorar la causa, establecer planes de reeducación de esfínter, con mecanismos que potencien la toma de conciencia de la persona usuaria hacia este problema mediante la pautas de frecuencias horarias y control de una dieta adecuada, donde se potencie el consumo de fibra, el aporte de líquidos y la reducción de aquellos alimentos que actúen de forma negativa respecto a la función intestinal, la realización de maniobras y ejercicios de estimulación, y el control de las deposiciones para evitar retenciones y potenciar el control voluntario.

Es difícil asumir que necesitamos ayuda para algo que normalmente realizábamos de forma autónoma, con total privacidad y que comprende la intervención de otra persona en zonas muy íntimas de nuestro cuerpo, por eso debemos manejar la ayuda que ofrecemos al usuario de una forma natural, con discreción, respetando sus momentos de intimidad y evitando realizar comentarios que puedan herir de alguna manera su susceptibilidad. Culturalmente nos educamos para evitar hablar de estos temas en público y que permanezcan en nuestra parcela de intimidad y como tal nosotros los profesionales hemos de respetarlo.

5.5 El uso de absorbentes

Siempre que hay alteraciones relacionadas con el control de los esfínteres la tendencia es a pausar el uso de absorbentes como primer método de contención, si bien como medida preventiva nos va a ayudar en los primeros momentos, son sistemas que no están exentos de riesgos para la persona, por lo cual debemos tener determinadas precauciones y orientar nuestros objetivos hacia un uso eficaz y eficiente de los mismos.

El absorbente es un producto sanitario de un único uso, que cumple la función de absorber y retener la orina en su interior con el objeto de mantener la piel seca, en el momento de elegir qué tipo de absorbente es el más adecuado, debemos valorar su eficacia, la tolerancia de la persona a su uso, que sea fácil de colocar, que no limite la autonomía de la persona para hacer su vida diaria y que se pueda llevar con comodidad y discreción.

Nos podemos encontrar con gran variedad de tipos de absorbentes o pañales en función de sus formas, dimensiones, tallas, sistemas de sujeción etc. Siempre basaremos nuestra selección en función del grado de incontinencia del usuario y de su capacidad en relación a la movilidad física.

Precauciones a tener en cuenta:

- Elegir un producto acorde con las necesidades del usuario.
- Mantener una adecuada higiene e hidratación de la zona expuesta.
- Realizar el cambio de absorbentes siempre que sea necesario.
- Revisar los absorbentes con frecuencia.
- Realizar una revisión de la piel comprobando que haya enrojecimientos o irritaciones a nivel cutáneo siempre que se cambie un absorbente.
- Controlar la eliminación de las heces y hacer revisiones y cambios mas frecuentes en usuarios con incontinencia doble.
- Potenciar los cambios posturales en usuarios con movilidad reducida.

6. Conclusiones

A través de esta guía se ha realizado una revisión bibliográfica en materia de DCA vinculándola a los cuidados y al entorno de prestación de los mismos "el espacio sociosanitario", queriendo abordar la necesidad del cuidado en todas las etapas de recuperación de la persona que ha sufrido un DCA y las repercusiones que ha tenido en los aspectos de su vida y el necesario acompañamiento del mismo en todo el proceso asistencial. Nuestra experiencia como cuidadores ha sido fundamental para transmitir pautas y consejos que puedan llevar a afrontar a profesionales y familiares los cuidados desde otra perspectiva, la de promoción de su autonomía personal.

El DCA es complejo y requiere un planteamiento muy personalizado del usuario, su patología y su entorno, por lo que los cuidados ineludiblemente irán orientados en esa dirección y el éxito en el cumplimiento de los mismos, dependerá de lo capaces que seamos de individualizarlos y adaptarlos a sus necesidades, replanteando los objetivos en función de esas variables.

La necesidad de recibir cuidados de una persona que ha padecido un DCA, no termina en las primeras etapas de su patología, sino que le acompañará en muchos casos durante el resto de su vida, con lo cual tenemos que buscar la manera de ejecutarlos de forma práctica y dinámica.

El día a día nos irá condicionando y nos hará replantear y buscar nuevas formulas para cuidar.

7. Bibliografía

- Tratado de Enfermería Neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados. 3ª Edición. Sociedad Española de enfermería neurológica. Varios autores.
- Diagnostico e intervención nutricional dela disfagia orofaringea : Aspectos Prácticos. Editorial: Glosa, SL 2ª Edición Varios Autores.
- Guía de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Versión abreviada.
- La Enfermería en Neurorehabilitación . Editado Fundació Guttmann.
- Modelo de Atención a las Personas con Daño Cerebral. Colección Documentos Técnicos. IMSERSO.
- Daño cerebral adquirido. Evaluación, diagnóstico y rehabilitación. Begoña González. Madrid. Síntesis. 2012.

