

MANUAL DE RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON GRAN DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA



©2011 Consejería de Salud,

Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Unidad de Gestión

Clínica de Rehabilitación

Edita: Hospital Universitario Virgen del Rocío

Avda de Manuel Siurot s/n. 41013 Sevilla

<http://www.huvr.es/>

Coordinación: Ana Eva Granados Matute

Ilustraciones: Santiago Lardelli Picallos

I.S.B.N.: 978-84-694-1131-5

Nº Registro: 11/19611

**MANUAL DE RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES DE
PACIENTES CON GRAN DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA**

Autores:

- Arauz Carmona, Luisa M^a
- Barrera Chacón, Juana M^a
- Contreras Pascual, Pilar
- Galbarro Berberana, M^a Dolores
- Granados Matute, Ana Eva
- Hervás De la Torre, Agustina
- Lardelli Picallos, Santiago
- López Rodríguez, Luis
- Luque Moreno, Carlos
- Moreno Verdugo, Ana
- Notario Leal, M^a José
- Pérez Sáez, Carlos
- Picallos Conde, María
- Picón Garrote, Carmen
- Piqueras Gorbano, M^a Teresa
- Rodríguez Pappalardo, Fátima
- Romero Ruiz, Carmen
- Sánchez López, Cristina
- Zarco Perriñán, M^a José

Revisores:

Este manual ha sido revisado y aprobado por:

- Echevarría Ruiz de Vargas, Carmen
- Comisión Central de Calidad del H. U. Virgen del Rocío
- Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía

Índice

1. Breves nociones sobre enfermedad neurológica	13
2. Los cuidadores familiares.....	19
3. Higiene	31
4. Alimentación	41
5. Administración de medicamentos	49
6. Eliminación.....	57
7. Manejo de la vía respiratoria	65
8. Cambios posturales y movilización	71
9. ¿Cómo evitar lesiones en las transferencias?	79
10. Seguridad	89
- Prevención UPP.....	89
- Prevención de caídas	93
11. Apoyo Social	97
12. Algunas preguntas frecuentes	105
13. Glosario	109
14. Direcciones y páginas de interés	115



*Háblame y quizás lo olvide.
Enséñame y quizás recuerde.
Participame y aprenderé.*

Benjamín Franklin

Estimados cuidadores, con este manual pretendemos facilitar información de forma clara y sencilla a las familias que se enfrentan a una enfermedad incapacitante. Ha sido elaborado por un equipo multidisciplinar de profesionales que trabajan en la Unidad de Rehabilitación y que estaremos a su disposición en todo momento.

Somos conscientes de que cuando se recibe el diagnóstico de esta enfermedad aparecen sentimientos de impotencia, frustración y pérdida de control. Todas estas reacciones pueden ocurrir. Esperamos que ustedes sepan que no están solos. Muchas personas en su situación comparten los problemas y emociones que ustedes están experimentando.



Nuestra meta es hacer participe al cuidador en el tratamiento de rehabilitación teniendo siempre en cuenta su posible sobrecarga. La enseñanza de la familia en todos los cuidados básicos potenciará la autonomía del paciente. De esta manera se favorecerá la vuelta a su entorno habitual.

*Sólo una cosa convierte en imposible un sueño:
el miedo a fracasar.*

Paulo Coelho

1. BREVES NOCIONES SOBRE LA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA.

Autores: Piqueras Gorbano M^a Teresa; Barrera Chacón, Juana M^a; Zarco Perinián, M^a José.

Las enfermedades neurológicas son trastornos del cerebro, de la médula espinal y de los nervios de todo el cuerpo. En conjunto, esos órganos controlan todas las funciones del cuerpo. Cuando algo funciona mal en alguna parte del sistema nervioso, es posible tener dificultad para hablar, tragar, moverse, respirar... También puede haber problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.

Existen multitud de enfermedades neurológicas. Las enfermedades que valoramos y tratamos en la Unidad de Neuro Rehabilitación son: lesión medular aguda, traumatismo craneoencefálico y accidente cerebrovascular. En este manual trataremos sobre el traumatismo craneoencefálico.

El Traumatismo Craneoencefálico

En accidentes donde la cabeza se sacude repentina y violentamente (por ejemplo, en un accidente de tráfico o una caída), el cerebro se puede mover y golpearse contra el interior del cráneo.

Aunque el cerebro no toque el cráneo, el movimiento repentino del cerebro, puede causar una lesión por desgarro (es como si el tejido cerebral se desgarrara por dentro). Esto puede causar hematomas pequeños e inflamación.

Cuando el tejido cerebral se inflama, ejerce presión sobre el resto del cerebro, porque el cráneo no se expande. Si un objeto traspasa el cráneo, se produce una fractura ósea, que puede dar lugar a una infección llamada meningitis.



Cuando se produce un traumatismo craneoencefálico grave, el paciente es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permanece en estado de coma, es decir un estado de inconsciencia sin reacción a estímulos.

Tras la estabilización del paciente, éste es trasladado a la planta de Neuro Rehabilitación, donde puede evolucionar a:

- 1) Fase de despertar: Agitación, ansiedad, nerviosismo, inquietud...
- 2) Estado vegetativo: Los pacientes presentan los ojos abiertos pero no pueden comunicarse, alimentarse ni contener esfínteres. Los pacientes deben estar con una persona que se encargue de su cuidado personal.

Durante esta fase, los pacientes pueden evolucionar a:

- Estado vegetativo permanente.
- Estado de mínima conciencia: Los pacientes presentan los ojos abiertos y se comunican de forma verbal o por gestos, e inician movimientos voluntarios.

¿Qué secuelas pueden quedar?

- Alteraciones motoras: Ausencia de movilidad en las extremidades, espasticidad (rigidez muscular), osificaciones para-articulares (rigidez articular)...
- Alteraciones sensoriales: Oído (zumbidos en oídos), ojo (cambios en la visión, visión doble), tacto (dificultad para reconocer ciertos objetos, problemas de coordinación), olfato (pérdida del sentido del olfato), alteraciones del gusto.
- Alteraciones cognitivas: Problemas de concentración, atención, comunicación, memoria...
- Alteraciones en la personalidad: Conductas impulsivas, irritables, deprimidas, agitadas...

Bibliografía

1. Traumatismo cerebral y de cabeza. Julio 2009. En <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html>. Consultado el 7 de junio de 2010.
2. Traumatic Brain Injury: Hope Through Research. Mayo 2010. En: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/traumaticbraininjury.html>. Consultado el 7 de junio de 2010.
3. Traumatic Brain Injury: The Patient Education Institute, Inc. Junio 2009. En: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/traumaticbraininjuryspanish/nr2891s1.pdf>. Consultado el 7 de junio de 2010
4. Impacto Sociosanitario de las Enfermedades Neurológicas en España: Los traumatismos craneoencefálicos. Noviembre 2006. En: http://www.feeneurologia.com/html/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=66&limitstart=12. Consultado el 7 de junio de 2010.
5. Sales Llopis J, Botella C. Traumatismo craneoencefálico. Asunción. Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante. En: http://www.neurocirugia.com/wiki/doku.php?id=traumatismo_craneoencefalico. Consultado el 7 de junio de 2010.
6. Murillo Cabezas F, Muñoz Sánchez MA. Tratado de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Capítulo 11.2: Traumatismos Craneoencefálicos. En: <http://tratado.uninet.edu/c110202.html>. Consultado el 7 de junio de 2010.
7. Miranda Mayordomo JL. Rehabilitación Médica. Madrid: 2004.
8. Bascuñana Ambrós H, Bori de Fortuna I. Monográfico sobre la Rehabilitación en el Traumatismo Craneoencefálico. Barcelona. 1998

2. LOS CUIDADORES FAMILIARES.

Autores: Moreno Verdugo, Ana; Contreras Fariñas, Raquel; Luque Ortega, Yolanda; Torralba Albella, Juan.



Las personas que cuidan a personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico deben saber que:

El cuidado puede tener consecuencias físicas y emocionales negativas que dan lugar a sentimientos o emociones contrapuestos en la persona cuidadora. Es normal que durante las primeras fases de la enfermedad la persona que está cuidando sienta descontrol emocional, vergüenza, estrés, falta de información/ conocimientos o práctica, inseguridad y/o sensación de aislamiento. Conforme progresa la enfermedad y el tiempo de cuidados, también puede incrementarse el cansancio tanto físico como emocional, lo que puede afectar a su situación laboral, económica, familiar, de salud y social y ello puede interferir con la satisfacción de cuidar. Se pierde de vista rápidamente que el objetivo de una persona que está cuidando, es ayudar a otra pero no haciendo todo por ella, sino tratando de estimular, de guiar, de acompañar y de orientar los cuidados.

Lo primero que se suele perder es la atención del cuidado hacia uno mismo.

Tras realizar entrevistas a varias personas cuidadoras en nuestra Unidad podemos constatar que dejan de cuidarse y piensan sólo en su familiar, además se identifican ellos mismos como únicas personas cuidadoras posibles.

Cuando les preguntamos por otros miembros de la familia que compartan el cuidado nos contestan:

“Los niños cuando pueden, yo estoy aquí todo el día, voy cuatro ratos a casa..., ellos insisten en que me vaya, pero yo prefiero quedarme, porque yo sé que allí ni voy a dormir, voy a estar pendiente del teléfono. Si yo voy a ducharme me llevo el móvil al baño por si me llaman.

“Sería bueno repartir responsabilidades, pero yo no voy a hipotecar la vida de mis hijos..., ellos tienen que hacer su vida, y se casarán y se marcharán de casa...Ellos son los que tienen que decidir lo que quieren hacer respecto a su hermano, yo no se lo voy a imponer”.

¿Piensas en ti alguna vez?

“No me da tiempo..., no tengo tiempo. “

“Mi marido me comentaba el otro día que tengo que estar fuerte, que tengo que cuidar a mi hijo y a él...Yo hace 7 años que no piso la calle, no tengo ninguna vida social”.

¿Cuidas tu propia salud?

“¡Yo nunca estoy mala!....Lo único que he tenido en mi vida son las 5 veces que estuve en el hospital cuando tuve a mis hijos y cuando me hicieron la histerec-tomía..., y ya está”

“Yo sí. Cuidar mi salud es muy relativo. Bueno... yo pienso en mí, yo pienso, pero lo que pasa es que yo siempre digo mañana. Porque tengo que tener tiempo. Yo vivo por delante del tiempo que estoy viviendo”.

Por todo lo anterior mencionado las Personas Cuidadoras han de saber que para cuidar es necesario cuidarse, porque si no se encuentran bien, difícilmente van a poder cuidar de su familiar.

Las Personas Cuidadoras han de aceptar que:

- Cuidar a un familiar con un traumatismo craneoencefálico no es una tarea para una sola persona.
- Es recomendable para las cuidadoras contar con la ayuda de personas con las que puedan compartir las responsabilidades del cuidado, pudiendo así tener momentos de respiro y también períodos de descanso más prolongado o vacaciones.
- Pedir ayuda no es un signo de debilidad: Es una excelente forma de cuidar de su familiar y de sí mismo.
- La ayuda de los demás no siempre sale espontáneamente de éstos: en la mayoría de las ocasiones debe “pedirse”.

Sentimientos asociados al cuidado

Es importante que las personas cuidadoras aprendan a reconocer los sentimientos positivos y negativos:

- Todos los sentimientos son válidos.
- Lo deseable no es tener solamente sentimientos positivos, sino reconocer y aceptar las emociones y sentimientos negativos para aprender a manejarlos.

Sentimientos positivos:

- Ternura
- Creatividad ante lo cambiante
- La vivencia de nuevos roles en su vida
- La satisfacción por la superación de objetivos y metas cumplidos
- El sentido del humor como una herramienta para enfrentarse a las dificultades

Sentimientos negativos:

- Enfado y resentimiento.
- Tristeza y depresión.
- Culpa.
- Ansiedad, nerviosismo o miedo.
- Autocompasión.

Los sentimientos positivos potencian el bienestar de la persona cuidadora y repercuten positivamente en el cuidado. Los sentimientos negativos minan el bienestar de la cuidadora e interfieren en la forma de prestar los cuidados. Las cuidadoras, en general, tienden a reprimir y negar los sentimientos negativos, no sólo a los demás sino también ante sí mismas.

Estrategias para afrontar los sentimientos negativos:

- Analizar las situaciones, identificándolas y respondiendo a ellas.
- Ser tolerante con uno mismo.
- Mantener el sentido del humor.
- Mantener ¡Actividad!
- Buscar el lado positivo de las cosas.
- Buscar las relaciones sociales que nos agraden.
- Hacer ¡Ejercicio!

La autoestima

En nuestra relación con los demás, nos creamos imágenes positivas o negativas, de las personas que nos rodean basándonos en nuestros pensamientos, valores y creencias, actitudes y mensajes verbales y no verbales de nuestros padres, hijos, amigos u otros. Así comenzamos a generar determinadas creencias acerca de la vida, del mundo, de las personas, del bien y el mal, de lo que es correcto y de lo que no. Estas imágenes formadas por nuestra mente, son personales y por tanto, aunque las sintamos como ciertas, pueden corresponderse o no con la realidad.

De igual forma, actuamos con nosotros mismos lo que afecta directamente en nuestra Autoestima, entendiéndola como la valoración que hacemos de nosotros mismos en base a las sensaciones y experiencias que hemos acumulado, a nuestras capacidades, cualidades y formas de sentir. Todo esto configura nuestra “autoimagen” y nuestra manera de ser ante el mundo y de enfrentarnos a la vida en general.

Muchas veces no somos conscientes del diálogo que hay dentro de nosotros, de los mensajes diarios que nos damos, y de la relación que tienen estos automensajes con la fuerza o la debilidad con la que intentamos solucionar las situaciones de conflicto.

Las personas que tienen un buen concepto de sí mismos y de su valía, ganan en seguridad con las decisiones que toman y consiguen adaptarse más rápido a las situaciones adversas. Por el contrario, las personas con baja autoestima, son fácilmente vencidas por las circunstancias, desarrollan pensamientos negativos que no aportan soluciones a sus problemas y por tanto tienen menos posibilidades de progreso. Algunos de los pensamientos asociados a una baja autoestima son:

- Generalizaciones, si ya me ha pasado una vez, me pasará siempre.
- Polarizaciones, no hay términos medios, todo es blanco o negro.
- Filtrados, juzgamos una situación o persona por una pequeña parte de ella.
- Catastrofismos, lo más probable es lo peor.
- Autoacusación, uno se encuentra culpable de todo.
- Suposiciones, de lo que los demás piensan sobre mí sin tener una prueba real.

Este tipo de pensamientos son aún más contraproducentes cuando sobreviene una situación de enfermedad de forma brusca. En lo que respecta al entorno cuidador, son muchos los miedos y desafíos a los que se enfrenta, debido a la sensación de injusticia por el ser querido, la ruptura en nuestro equilibrio y ritmo vital y la inseguridad de si podremos desarrollar adecuadamente nuestra tarea de cuidar. Ansiedad, angustia y miedo son las reacciones emocionales normales y esperadas,

que se pueden dar en los primeros momentos, pero con el paso del tiempo deben dar paso a comportamientos que vayan adaptándonos a la situación.

Conseguir mantener nuestra autoestima como cuidadores ante la enfermedad, nos ayudará a asumir el desafío que la vida nos plantea y a buscar activamente soluciones a problemas concretos. Para ello podemos poner en práctica algunos de estos 9 consejos:

- **ACÉPTATE A TI MISMO**, ya que la culpa por cómo eres paraliza el resto de tus actividades.
- **VALÓRATE COMO MIEMBRO ÚNICO Y VALIOSO** que realiza una importante labor en su familia, y que elige asumir la tarea del cuidado por amor a la persona en situación de dependencia.
- **IDENTIFICA TUS PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y CONVIÉRTELOS EN POSITIVOS**, para que tu cerebro reciba autoinstrucciones que nos produzcan bienestar y no desasosiego.
- **NO GENERALICES**, y pienses que si fallas en alguna de tus tareas, fallarás en todo lo demás.
- **CÉNTRATE EN LOS ASPECTOS POSITIVOS**, ya que el desenvolverse en situaciones límite nos ofrece la posibilidad de descubrir nuevos valores y cualidades en uno mismo, como la fuerza, valentía y dedicación.
- **NO MENOSPRECIAS TUS LOGROS ANTERIORES**, porque te pueden recordar algunos recursos personales que te ayudaron en el pasado a solucionar un conflicto.
- **NO TE COMPARES CON NADIE**, porque no es necesario y porque tus características, cualidades y defectos son las que te caracterizan y te hacen ser única y especial para los que te rodean.
- **ESCUCHA Y ATIENDE TUS NECESIDADES**, sin sentirte culpable ni egoísta por ello.
- **UTILIZA “MENSAJES YO”**, existe un método de comunicación que consigue reforzar la autoestima y que deben aprender las personas cuidadoras para que los demás conozcan sus necesidades y opiniones : son los “**Mensajes yo**”. Se entiende por “mensajes yo” dar mensajes en primera persona. “Pienso que...”, “me gustaría que...”, “me siento...” Se trata de hablar desde uno mismo, sin imputar o atribuir a la otra persona tus pensamientos, sentimientos, opiniones o decisiones. Los “mensajes yo” no evalúan o reprochan la conducta de los demás, generan por tanto menos resistencias y obstáculos a la comunicación. Los “mensajes tú” suelen atribuir a los demás la causa de tus comportamientos u opiniones. Se suelen expresar ordenando, mandando, advirtiendo, regañando, moralizando, aconsejando, criticando, ridiculizando.

Las personas cuidadoras que afrontan el cuidado con más éxito son aquellas que se paran a pensar hasta qué punto puede ser necesario cuidarse más y aceptan el hecho de que el cuidado de sí mismas es tan importante y requiere el mismo cariño y esfuerzo, que la atención a su familiar.

Posibles señales de alerta.

Cuando se es cuidador/a pueden aparecer alteraciones en nuestro cuerpo, ya sean físicas como psíquicas, a las que debemos prestar atención para corregirlas lo antes posible y que no desencadenen en estados de salud no aceptables. Estas señales son:

- Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, demasiado sueño...)
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo...
- Aislamiento.
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco.
- Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblores de manos, molestias digestivas.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Actos rutinarios repetitivos como, por ejemplo, limpiar continuamente.
- Enfadarse fácilmente.
- Dar demasiada importancia a pequeños detalles.
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- Propensión a sufrir accidentes.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.
- Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

Si aparecen algunos de estos síntomas deben comentarlos con su médico o enfermera.

¿Cómo detectar que es necesario poner límites al cuidado?

A veces es necesario que las personas cuidadoras pongan límites al cuidado, ya que la persona cuidada se vuelve más exigente de lo que debiera. Por lo tanto es necesario poner límites en los siguientes casos:

Cuando la persona que recibe los cuidados culpa al cuidador por errores que éste comete de forma involuntaria.

- Finge síntomas para captar más atención.
- Hace reproches a las cuidadoras cuando estas ponen límites razonables a sus peticiones.
- Culpa a otros de problemas causados por ellos.
- Rechaza ayudas que facilitarían las tareas del cuidado (silla de ruedas...)
- Empuja o golpea a las cuidadoras.
- Origina un gasto económico injustificado a la familia (por ejemplo, en llamadas de teléfono...)
- Se niega a gastar su dinero en servicios necesarios (por ejemplo, contratar a una persona para que le cuide...)
- Pide más ayuda de la que necesita.

Una vez detectada la necesidad de poner límites, es recomendable aprender a decir No sin sentir incomodidad ni ofender a otras personas.

Algunas personas tienen dificultades para decir “No”. Esto puede llevar a que accedan a demandas y peticiones de otras personas, o bien ofrezcan excusas variadas cuando en realidad lo que desean es no hacer aquello que le piden. Por el contrario, hay personas que rechazan una petición pero de una manera hostil y agresiva.

En la situación de cuidar frecuentemente se producen demandas de la persona cuidada o de los familiares ante las cuales es importante saber “decir No”, si es lo que se desea.

¿Cómo decir No?

1. Decir No, dar alguna razón, pero no excusarse.
2. Asumir la responsabilidad de decir No.
3. Repetir el No ante la insistencia de los demás, de manera amable y cortés (disco rayado).
4. Si dudamos qué responder, solicitaremos más información y tiempo para pensar.

Derechos de las personas cuidadoras:

- El derecho de cuidar de sí mismas, dedicando tiempo y haciendo actividades simplemente para ellos sin sentimiento de culpa, de miedo y sin autocrítica.
- El derecho a mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuidan, justo como lo harían si esa persona estuviera sana.
- El derecho a experimentar sentimientos negativos (tristeza, rabia o enfado) por ver enfermo o estar perdiendo a un ser querido.
- El derecho a resolver por sí mismos aquello que sean capaces y el derecho a preguntar y pedir ayuda a otras personas para resolver aquello que no comprendan, reconociendo los límites de su propia resistencia y fuerza.
- El derecho de buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.
- El derecho a ser tratados con respeto por aquellos a quienes solicitan consejo y ayuda.
- El derecho a cometer errores y a ser disculpados por ello.
- El derecho a ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de su familia incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.
- El derecho a quererse a sí mismos y admitir que hacen lo humanamente posible.
- El derecho a recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona querida a quien cuidan.
- El derecho a aprender, y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo.
- El derecho a admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos.
- El derecho a decir “no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
- El derecho a seguir desarrollando su propia vida y disfrutar de ella.
- El derecho a liberarse de sentimientos y pensamientos negativos, destructivos e infundados, aprendiendo a manejarlos y controlarlos.
- El derecho a rechazar cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularle haciéndoles sentir culpables o deprimidos.
- El derecho a estar orgullosos por la labor que desempeñan y aplaudir el coraje que tienen que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona a la que cuidan.
- El derecho a esperar y demandar que así como se están haciendo nuevos esfuerzos en encontrar recursos para optimizar la atención a las personas discapacitadas físicas y mentalmente en nuestro país, se hagan los mismos esfuerzos para optimizar la ayuda y el soporte necesario a las personas cuidadoras.
- El derecho a ser uno mismo....

Bibliografía:

1. <http://www.conapam.go.cr/pdf/guáiparacuidadores> [consulta: 8 jul 2010]
2. http://www.matiaf.net/pdf/caste/familias/guia_para_cuidadores [consulta: 8 jul 2010]
3. http://www.colfisio.org/php/detalle_campanias.php?id_campania=1 [consulta: 8 jul 2010]
4. http://www.hpm.sas.juntaandalucia.es/descargas/enfermeria/guia_pacientes_cuidadores.pdf [consulta: 8 jul 2010]
5. http://www.amma.es/pdf/guia_mayores_casa_imsero.pdf [consulta: 8 jul 2010]
6. http://www.counselingamericas.org/pdf/libros/10_laenfermedaddealzheimerystornosrelacionadosguiaparacuidadores.pdf [consulta: 8 jul 2010]
7. <http://andarrat.free.fr/indice.htm> [consulta: 8 jul 2010]

3. HIGIENE

Autores: Arauz Carmona, Luisa; Galbarro Berberana, M^a Dolores; Camino Rodríguez, Rocío.

La higiene del paciente es un cuidado básico que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una importante medida de prevención contra las infecciones.

La piel es una de las primeras barreras del organismo para defenderse de las agresiones del medio. Mantenerla en unas condiciones adecuadas requiere una serie de cuidados entre los que se encuentra una correcta higiene personal.

El cuerpo humano se encuentra en constante contacto con diferentes microorganismos, muchos de ellos conviven con nosotros siendo necesarios para nuestro organismo por ejemplo la flora intestinal. Estos microorganismos son beneficiosos mientras exista un equilibrio con nuestras defensas, o mientras no sean introducidos en otras partes del cuerpo que no están preparadas para su acción.

Un aspecto importante para prevenir la infección es mantener las barreras naturales en perfecto estado: piel, vías respiratorias, vías urinaria y fecal, evitando en lo posible la modificación del equilibrio de la piel, así como el traslado de microorganismos de sus sitios habituales a otros diferentes.

La lucha contra las enfermedades infecciosas puede ser llevada a cabo desde muchas vertientes: higiene y precauciones adecuadas en determinados procedimientos, vacunas y antibióticos, siendo estos últimos los que sólo debemos utilizar cuando todo lo demás no haya sido suficiente y sólo cuando el médico nos los prescriba; nunca debemos automedicarnos.



La forma más efectiva para prevenir la infección es el cumplimiento de las normas higiénicas, siendo fundamental el **lavado de manos**.

La observación directa y diaria de la persona cuidadora al realizar las actividades de la higiene personal del estado de la piel, comunicando al profesional sanitario correspondiente cualquier lesión o duda al respecto, es uno de los pasos más importantes para prevenir las úlceras por presión o abordarlas en las primeras fases.

Cómo ya veremos más adelante, las llamadas úlceras por presión son lesiones isquémicas (por falta de sangre), producidas por compresión de los tejidos blandos cuando se encuentran comprimidos entre dos planos duros: superficie ósea y plano de apoyo sobre la cama o la silla.

El contacto de la piel con la humedad procedente de la orina, de las heces, del sudor, del exudado de las heridas, así como de una mala higiene, favorece su aparición.

Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- La higiene diaria hay que convertirla en una rutina, es una actividad ineludible y no negociable.
- Tener a mano todo lo que se necesite (peine, palangana, toallas, jabón, tijeras, crema hidratante...) para realizar la higiene.
- Adecuar la altura de la cama a aquellos que van a realizar la técnica del aseo con el objetivo de no dañar la espalda de la persona cuidadora.
- La temperatura ambiental adecuada debe estar entre 22-25°C, evitando corrientes de aire.
- La temperatura del agua debe ser templada o ligeramente caliente ya que el agua demasiado caliente origina un secado excesivo e innecesario de la piel, además debido a la falta de sensibilidad se pueden producir quemaduras.
- Usar jabón neutro o ligeramente ácido, salvo indicación contraria. La higiene con un producto desinfectante no está recomendada excepto en situaciones muy específicas como infecciones de la piel. Se recomienda la limpieza empezando por lo limpio y luego lo sucio, es preferible que se manejen dos palanganas de distintos colores e identificadas, una para sucio y otra para limpio. Conviene realizar tantos cambios de agua y de guantes como sean necesarios. El aseo con palangana puede convertirse en un baño contaminante para la piel si no se cambia el agua las veces necesarias, o bien, no se limpia de manera efectiva la palangana tras el aseo del paciente.
- El aclarado del jabón y champú se hará de forma minuciosa.
- El secado posterior es muy importante para evitar el reblandecimiento de la piel y el enfriamiento del paciente. La piel debe secarse con suavidad, mediante pequeños golpecitos, sin frotar y poniendo especial atención en

pliegues de ingles, axilas y pechos así como en los espacios entre los dedos, para evitar dejar zonas húmedas.

- Los productos hidratantes deben aplicarse sobre la piel intacta, en la dirección del crecimiento del vello, de forma suave con un ligero masaje que favorezca su absorción.
- Hay productos llamados barrera que se usan de forma habitual durante la higiene del paciente. Estos productos sirven para proteger la piel, y proporcionan un revestimiento impermeabilizante ante el exceso de humedad o la acción irritante de la orina, heces u otras sustancias con capacidad para comprometer la integridad de la piel. En nuestro medio existen diferentes tipos como: óxido de zinc (el más usado), cremas de silicona, películas barreras, apósitos adhesivos.
- Es necesario tomar las medidas adecuadas para evitar que se movilicen inadecuadamente catéteres, tubos, drenajes y demás equipos que estén siendo utilizados para la mejoría clínica del enfermo.
- Las manos son un importante vehículo de transmisión de infecciones. Hay que lavárselas con agua y jabón antes y después de tocar al paciente, antes de manipular alimentos, después de ir al wáter, y cuando se ha estado en contacto con posibles fuentes de contaminación (basura, tierra, productos tóxicos, etc.). Es muy importante el uso adecuado de guantes para realizar la higiene de éstos pacientes en el domicilio.
- **La ropa** deberá ser **amplia y de algodón**, evitando aquellas que llevan forro para que no se formen arrugas y sea más fácil de poner. Es conveniente que tenga elásticos en la cintura para evitar que presionen mucho en determinadas circunstancias. Aunque se puede llevar la ropa que anteriormente se llevaba, como podrían ser unos pantalones vaqueros, conviene no abusar de su utilización durante mucho tiempo debido a las costuras que tienen, recordando siempre que no sean muy ajustados.
- **El calzado** es recomendable que sea **un número o dos mayor** del que se utiliza habitualmente ya que el pie tiende a dilatarse y se puede producir presión en algunas zonas que pasarían inadvertidas al no tener sensibilidad.

¿Qué necesitamos?

- Guantes desechables.
- 2 palanganas de colores diferentes.
- Esponja.
- Jabón neutro
- Toalla
- Ácidos grasos hiperoxigenados. (Linovera, Mepentol).
- Sustancias emolientes: son sustancias que se utilizan exclusivamente para proteger la piel y combatir la sequedad.

- Productos barrera protegen la piel impermeabilizando la zona ante el exceso de humedad, entre otros tenemos: Cremas de silicona y los apósitos adhesivos.
- Crema hidratante.
- Ropa de cama.
- Bolsa para recoger la ropa sucia.
- Colonia.
- Peine.

¿Cómo realizar el aseo?

Antes de comenzar nos aseguraremos de garantizar la intimidad del paciente, intentando que se sienta respetado, y también su seguridad, no debemos dejarlo solo en el cuarto de baño, evitando el uso de cerrojos y que camine mojado.

Durante la realización del aseo aprovecharemos para fomentar su autonomía, animando al paciente a que lo haga por sí solo y pidiendo en todo momento su colaboración. Respetaremos sus gustos y preferencias siempre que sea posible.

Una vez reunido el material necesario para realizar el aseo, realizado el lavado de manos y puesto los guantes desechables procederemos a realizar el baño, se comenzará siempre por las partes más limpias dirigiéndonos hacia las partes más sucias:

- **Ojos:** Coja una toalla mojada por una esquina y limpie suavemente desde el ángulo interno hacia el ángulo externo del ojo. Es un buen momento para comprobar el estado de las conjuntivas (parte blanca del ojo), ya que un enrojecimiento podría ser un signo de infección.
- **Oídos:** Moje otra esquina y continúe por los oídos. Basta con limpiar bien el pabellón auricular. La oreja y el oído externo deben lavarse diariamente con agua y jabón, evitando que entre agua dentro del oído. Los bastoncillos de algodón deben utilizarse solo para limpiar los pliegues y la zona externa, pero no para la limpieza del oído, ya que pueden contribuir a la formación de tapones al empujar la cera hacia adentro. Huya de los sprays que anuncian en televisión.
- **Resto de la cara y cuello:** Pasaremos una toalla mojada por el resto de cara y por el cuello.
- **El cabello** se lavará cada dos días, utilizando champú suave. Para ello colocaremos bajo los hombros y cabeza una bolsa grande de plástico. Usaremos tapones de algodón para evitar que entre agua en los oídos. Desenredar el pelo y peinar, secar con secador, en caso de pelo largo, recogerlo.
- **Brazos, axilas y manos.** Para limpiar manos y uñas, las sumergiremos en una palangana. Las uñas deben cortarse en redondo, se recomienda un corte semanal. A continuación, mojaremos la esponja y limpiaremos, enjuagaremos y secaremos brazos y axilas. Es necesario prestar especial cuidado al secado de las axilas y aplicar desodorantes no alcohólicos.

- **Tórax y Abdomen**, secar bien los pliegues mamarios, ya que la humedad favorece la aparición de hongos e irritaciones.
- **Piernas y pies**, lavamos, enjuagamos y secamos las piernas, prestando especial cuidado en secar bien los espacios entre los dedos. Es conveniente observar el estado de la piel de los talones y otras prominencias óseas.
- **Las uñas** deben cortarse en línea recta en la parte superior y no demasiado cortas. Si son muy gruesas, deberá cortarlas el podólogo. Si la piel está reseca, aplicaremos crema hidratante. La uña encarnada se produce cuando el borde de la uña (generalmente de los dedos de los pies) se introduce dentro de la piel del dedo. La piel alrededor de la uña puede enrojecer e infectarse. Suele ocurrir con más frecuencia en el dedo gordo del pie y sus síntomas son: dolor, si existiese sensibilidad, enrojecimiento e inflamación alrededor de la uña del pie. Los pies deben mantenerse secos y limpios y nunca utilizar un calzado que presione la uña del pie.
- **Genitales**, son una parte del cuerpo que requiere especial atención. Tanto la vulva como el pene tienen una serie de pliegues que hay que separar para lavarlos.
 - **En la mujer** el lavado se hará separando los labios y lavando de delante hacia atrás.
 - **En el hombre** bajando la piel del prepucio para poder limpiar adecuadamente el glande subiendo de nuevo el prepucio una vez terminada la limpieza.
- **Parte posterior: cuello, espalda, glúteos, parte posterior de extremidades inferiores y región anal.** Para ello hay que movilizar al paciente a una postura que permita el aseo de la parte posterior del cuerpo y el cambio de la ropa de cama, siguiendo las prescripciones de limitación de movimientos si las hubiera, y teniendo en cuenta la patología del paciente y su estado. Una vez enjabonado, enjuagado y secado, nos cambiamos de guantes para administrar la crema hidratante y el aceite de ácidos grasos hiperoxigenados en puntos de presión; así evitaremos la aparición de infecciones. Por último acomodar al paciente en la postura más adecuada, asegurándonos de que no quedan arrugas en la cama.
- **Higiene bucal:** A la boca, que participa en numerosas actividades cotidianas y que es parte importante en las relaciones interpersonales, en ocasiones no se le presta la atención adecuada porque se considera un problema menor, pero los cuidados de la boca son fundamentales para el bienestar de cualquier persona y para prevenir infecciones, caries, etc. Por ello se debe realizar examen diario de la cavidad bucal, y una buena higiene oral 2/3 veces al día.

Los cuidados bucales deberán ser **adaptados a cada persona** y a la situación concreta de cada caso. En personas con bajo nivel de conciencia usaremos una torun-

da impregnada en solución antiséptica procurando no usar los dedos sobre todo en aquellas que están confusas.

Si la persona utiliza prótesis dental debe cepillarse los dientes como mínimo una vez al día y, cuando no se utiliza, es preciso mantenerla sumergida en una solución antiséptica.

El procedimiento de higiene bucal se realiza con suavidad para no producir lesiones en encías y mucosas, ya que la mucosa es particularmente susceptible al uso de los medicamentos, cambios del estado nutricional y eficacia del sistema inmunitario.

Debemos **orientar esta higiene bucal** a:

- Conservar la salud bucal.
- Prevenir la aparición de otros problemas, tales como mal aliento, dolor e infecciones. Nos centraremos sobretodo en los cuidados de la boca seca, porque es un problema muy frecuente y aunque sus causas son múltiples, pueden ir acompañadas de mal aliento, alteración en el gusto, dolor, quemazón y dificultad para masticar y deglutir; también puede llevar a una boca sucia y favorecer la infección.

Mantener los labios y la mucosa oral limpia, suave e intacta dentro de lo posible y con la humedad adecuada, para ello se realizará una observación minuciosa, tanto del contorno como del interior de la boca. Prestaremos atención a la existencia de heridas, secreciones, sequedad, cortes o sangrado en los labios. Ayudándonos con un depresor y una linterna examinaremos todas las estructuras de la boca, detectando cambios en el aspecto, forma y textura normal de los tejidos así como del estado de dientes y prótesis dental. Los labios deben estar hidratados por lo que habrá que utilizar bálsamo labial siempre que sea necesario.

Técnica para el afeitado correcto en el varón:

Después del aseo es el mejor momento para llevar a cabo el afeitado, ya que el efecto del agua tibia provoca la apertura de los poros faciales, produciendo que el vello se ablande y surjan menos heridas.

Aplicar el gel o la espuma, dejarlo reposar un par de minutos para que actúe de manera deslizante, empezar siempre afeitando los pómulos, después las patillas y el cuello y finalizar por el mentón y los alrededores de la boca, que son las regiones más complicadas. Se aconseja afeitar siempre en la misma dirección de los pelos.

Usar cuchillas con dos hojas o más ya que reducen la irritación porque hay que hacer menos pasadas que con cuchillas de una sola hoja,. Esta cuchillas suelen

durar cuatro o cinco afeitados, en el momento que notes que estén desgastadas y no están afiladas, se deben sustituir sustitúyelas.

Cuando se termine el afeitado, echar agua fría sobre la cara y una vez seca aplicar un after shave, preferiblemente sin alcohol, para calmar la irritación. Usar un bálsamo hidratante y calmante para complementar los cuidados todos los días.

Consejos de higiene de la cama y el entorno:

Si la cama no está bien hecha, provocaremos un malestar y, en ocasiones, puede ser la causa de llagas e irritaciones en la piel. Debe hacerse la cama dos veces al día para evitar arrugas en las sábanas.

Si la persona se puede levantar de la cama, pídaselo para que así también se mueva, y que colabore en todo lo que pueda. Si existe incontinencia podemos utilizar protectores de colchón o travesaños, de ropa o de papel, para evitar que se estropee el colchón y evitar malos olores.

Abra las ventanas para que se renueve el aire de la habitación.

Deje a mano todo lo que pueda necesitar la persona: gafas, el periódico, la papetera, los pañuelos, un vaso de agua, etc.

Recuerde que:

- Fomentar la autonomía del paciente es muy importante.
- La piel debe secarse con suavidad, mediante pequeños golpecitos, sin frotar y poniendo especial atención en pliegues cutáneos y espacios entre los dedos.
- Si la cama no está bien hecha, provocaremos un malestar pudiendo ser la causa de llagas e irritaciones en la piel.
- La forma más efectiva para prevenir la transmisión de la infección es el lavado de manos.
- La ropa deberá ser amplia y de algodón, evitando las que llevan forro para que no se formen arrugas y sea más fácil de quitar y poner.
- El calzado será un número o dos mayor del que se usa habitualmente ya que el pie tiende a dilatarse y puede producir presión en zonas que pasarían inadvertidas al no tener sensibilidad.
- Los cuidados serán adaptados a cada persona.

Bibliografía:

1. Guía de Cuidados. Hospital Nacional de Paraplégicos. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). 2005. En: http://www.cermiaragon.org/es/index.php?mod=archive_document_detail&fil_id_category=5&id=254 Consultado el 21 de Mayo de 2010.
2. Guía de atención al cuidador. Fundación Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. En: http://www.fundaciohospital.org/pdf/formacio/04_cuidador_es.pdf. Consultado el 21 de Mayo de 2010.
3. Gálvez González, M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas, 2008. En: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0363.php>. Consultado el 21 de Mayo de 2010.
4. Guía Para Personas Cuidadoras. Fundación Jorge Queralto. Consejería para la Igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. 2006. En: <http://www.fundacionjorgequeralto.es/actividades/GUIA-QUERALTO.pdf> Consultado el 21 de Mayo de 2010.

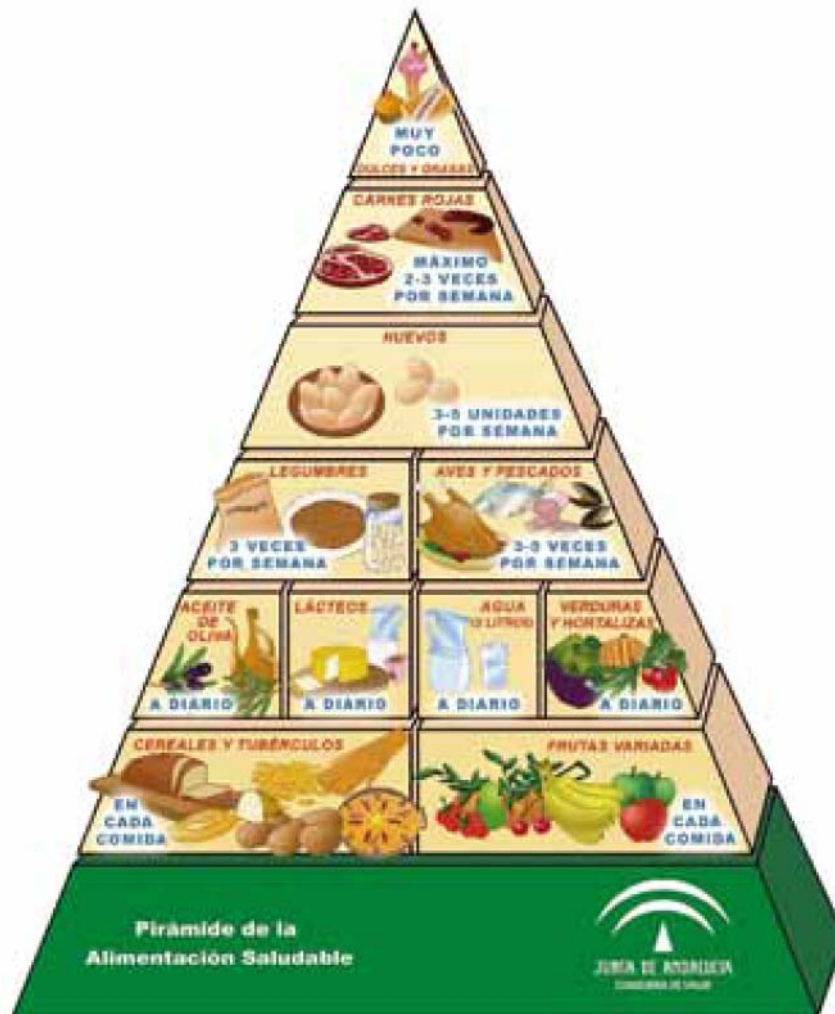
4. ALIMENTACIÓN

Autores: Rodríguez Pappalardo, Fátima, Notario Leal, M^a José, Durán Rodríguez, Carmen.

Introducción:

La alimentación es la ingesta de alimentos con la finalidad de obtener de ellos los nutrientes que nuestro cuerpo necesita para conservar la salud.

Una alimentación saludable se obtiene con una dieta equilibrada, es decir, que tenga alimentos de todos los grupos.



Nuestro objetivo debe ser mantener un buen estado nutricional mediante el aporte de energía y nutrientes por vía oral.

Los tipos de alimentación que podemos encontrar son:

- Alimentación oral.
- Alimentación por Sonda nasogástrica.
- Alimentación por Sonda abocada al estómago.

Para realizar de forma correcta la alimentación de aquellos pacientes que no puedan comer por sí mismos debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

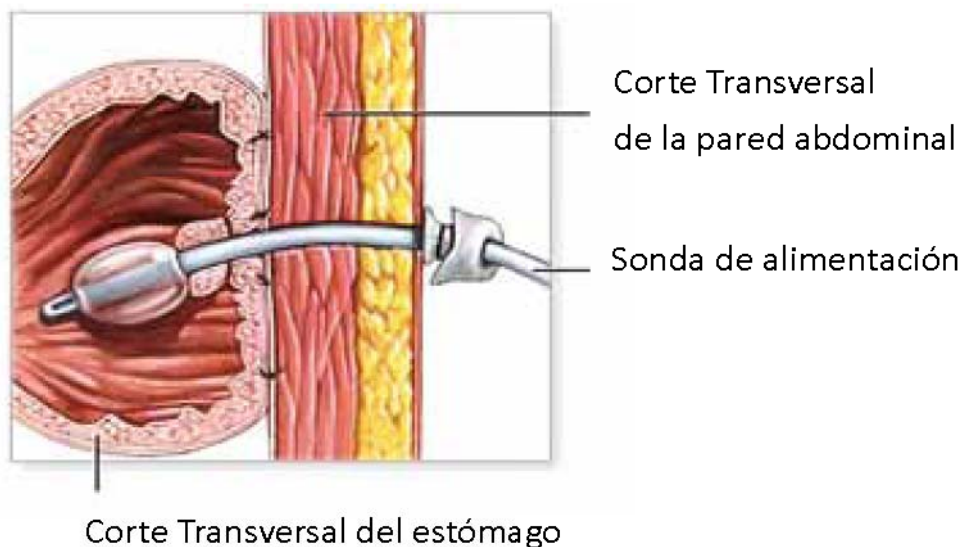
- Adaptar el tipo de dieta a las condiciones físicas del paciente (dieta blanda, triturada, preparados farmacéuticos, etc...)
- Procurar dar alimentos de fácil masticación, blandos, homogéneos y lubricados (salsas, aceites,....).
- Controlar la temperatura de alimentos y bebidas (ni demasiado fríos ni demasiado calientes).
- Colocar al paciente en posición recta (lo más cercano posible a 90º), se recomienda, siempre que sea posible, comer sentado.
- En caso de parálisis facial o hemiparesia, colocar los alimentos en el lado sano de la boca
- En el momento de tragar, sobre todo si hay riesgo de atragantamiento, se aconseja mantener la cabeza flexionada con la barbilla hacia abajo.
- En caso de gran dificultad para tragar líquidos, usar polvos espesantes instantáneos.
- Realizar la alimentación sin prisas, lentamente, en un entorno tranquilo, relajado y sin distracciones.
- Facilitar la higiene bucal después de la ingesta.
- Siempre que sea posible es aconsejable seguir una dieta variada con alimentos de todos los grupos nutricionales (proteínas, vitaminas, hidratos de carbonos, minerales y grasas).

Cuidados de la Sonda Nasogástrica:

- Revisar el esparadrapo de fijación de la sonda para evitar la extracción accidental de la misma.
- Realizar pequeños movimientos giratorios de la sonda cada día con el fin de evitar heridas o úlceras.
- Realizar limpieza diaria de las fosas nasales con suero fisiológico y de la boca con algún colutorio, finalmente poner vaselina en los labios para mantener la hidratación.
- En el informe de enfermería al alta se indica que el paciente es portador de una sonda para alimentación, su enfermera de Atención Primaria la revisará y la cambiará según protocolo. Ante cualquier problema con la sonda (extracción accidental, obstrucción, etc...) debe dirigirse a ella.

Cuando el paciente tiene una sonda abocada al estómago:

Este tipo de sonda es más conocida por PEG, la traducción de estas siglas inglesas es Gastrostomía Percutánea Endoscópica. Al paciente le han realizado una intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago.



¿Qué tenemos que tener en cuenta?

- Realizar la higiene diaria de la sonda y la zona donde está insertada usando agua y jabón neutro o suero fisiológico.
- Secar la zona y aplicar solución antiséptica, colocar una gasa estéril (se cambiará diariamente) entre la piel y el soporte para evitar la maceración o irritación de la piel.
- Observar la presencia de dolor, enrojecimiento o calor en la zona.
- Mantener la sonda permeable aportando una o dos jeringas de agua, después de cada administración de alimento o medicación.
- Si se obstruye la sonda, intentar desobstruir con agua templada y aspirar suavemente, si no se consigue, contactar con el Centro de Salud. Igualmente en caso de salida accidental de ésta.
- Girar la sonda diariamente para evitar que la misma se adhiera a la piel perioral, si no gira consultar al médico.
- La placa de la sonda debe estar pegada a la piel sin comprimir para que ésta no entre y salga mucho, así evitaremos que se forme un acumulo de tejido alrededor de la sonda que puede ir acompañado de pequeñas pérdidas de sangre. Si esto ocurre debe consultar con el médico.
- Fijar la parte exterior de la sonda sobre la pared abdominal con esparadrapo, aprovechando la curvatura natural que hace la sonda al salir del estómago.
- Vigilar la aparición de fiebre, náuseas, vómitos, estreñimiento (más de 5 días), diarrea o dolor abdominal.

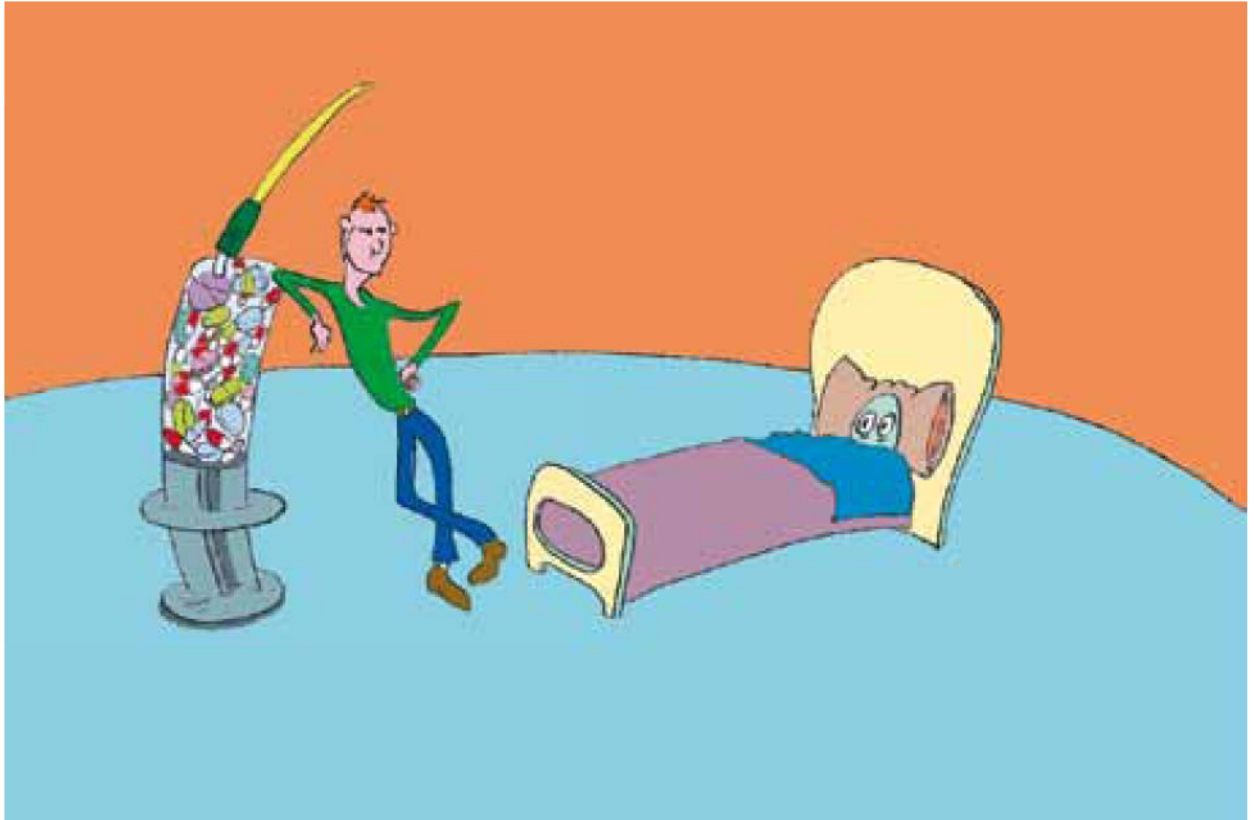
Bibliografía:

1. Manual de intervenciones enfermeras. Protocolo de procedimientos enfermeros. Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez (2009).
2. León M. Nutrición Enteral en: Manual de actuaciones, evidencia científica en soporte nutricional especializado. Ed. IMeC (Madrid, 2006).
3. Martínez C., Et al. Soporte Nutricional basado en la evidencia. Endocrinol. Nutr. 2005; 52 (Supl. 2): 41-46.
4. Consejería de Salud. Proceso de soporte nutrición clínica y dietética (2006).
5. Muñoz A., Ortega J. Seguimiento del paciente con nutrición enteral y complicaciones asociadas. En: Manual de nutrición clínica y dietética. 2ª edición. Ed. Díaz de Santos (2007)
6. Remón Castillo, N.; Marqués Cornago, L. Cuidados de enfermería en el paciente con nutrición enteral. Revista Pulso (Octubre 2009)

5. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Autores: Picallos Conde, M^a José; Picón Garrote, Carmen; Lardelli Picallos, Santiago.

Conocer la manera de administrar correctamente la medicación a la persona cuidada es otra de las tareas importantes de la persona cuidadora.



El paciente debe tomar las dosis de medicación prescritas por su médico.

Administración de pastillas y cápsulas.

Cuando el paciente no pueda tragar por algún motivo, y tenga colocada una sonda nasogástrica, o una abocada al estómago, la medicación vía oral (comprimidos, jarabes, etc.) también se puede administrar a través de dichas sondas.

Para esto necesita:

- Medicación.
- Bolsa pequeña para triturar los medicamentos, o sobres como los de los hospitales, de venta en estancos y papelerías.
- Algo contundente para triturar la medicación. (también existen trituradores de pastillas de venta en las farmacias).
- Jeringa de alimentación de 50cc.
- Vaso.
- Agua.

¿Cómo se administra?:

- Antes de comenzar a preparar la medicación debe lavarse las manos.
- Colocar al paciente con la cabecera de la cama elevada.
- Llenar medio vaso de agua.
- Introducir el medicamento a triturar en una pequeña bolsa y golpear suavemente con algún objeto contundente, hasta lograr su pulverización, cuidando de no romper la bolsa, o bien hacerlo con el triturador de pastillas.
- Echar la medicación triturada en el vaso de agua.
- Si la medicación a administrar es una cápsula, abrirla y echar la medicación que contiene en el vaso de agua.
- Con ayuda de una cuchara o con la misma jeringa de alimentación ayudar a la medicación a disolverse en el agua.
- Cuando ya esté disuelta, aspirar el contenido del vaso con la jeringa.
- Administrar lentamente el contenido conectando la jeringa a la sonda nasogástrica.
- Una vez administrada toda la medicación volver a llenar la jeringa con 50cc de agua y administrar para lavar la sonda.
- Dejar la jeringa limpia para la próxima administración.

Debe saber que:

Existen algunos medicamentos como el Omeprazol cuyo contenido son microgránulos y no es posible administrarlo por sonda ya que ésta podría obstruirse.

Pregunte a su enfermera al alta, si la medicación que tiene prescrita se puede administrar por sonda, con especial énfasis en el Omeprazol para que se cambie por otro protector gástrico.

Administración de medicación vía subcutánea.

Las medicaciones de administración subcutánea que más se van a utilizar una vez que se haya trasladado a su domicilio son: la heparina y la insulina.

Administración de insulina.

Existen dos tipos de dispositivos para la administración de insulina:

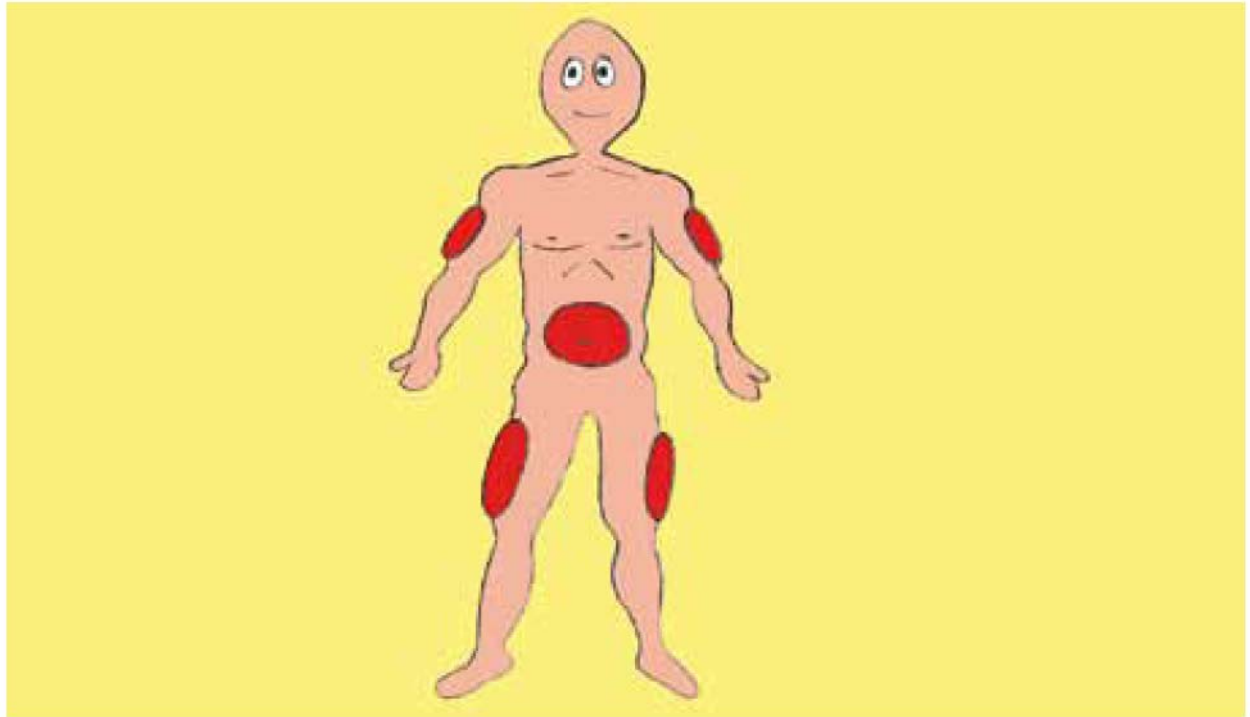
- Jeringuillas: Desechables y de un sólo uso.
- Plumas de insulina: Son del tamaño de un bolígrafo y se cargan con un cartucho de insulina que sirve para varios pinchazos.

¿Dónde inyectar la insulina?

Debe inyectarse en la grasa que está debajo de la piel y no en el músculo.

Los sitios recomendados son:

- Muslos.- Zona anterior y latero-externa.
- Brazos.- Zona externa-superior de los brazos.
- Abdomen.



¿Cómo inyectar la insulina?

Inyección con jeringa:

- Lavarse las manos.
- Aspirar del frasco, la dosis correspondiente de insulina.
- Limpiar la zona donde se vaya a inyectar con algodón y alcohol.
- Coger la jeringa con una mano y con la otra coger un pellizco superficial de la zona donde se vaya a inyectar la insulina.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 45º-90º.
- Inyectar el fármaco lentamente.
- Soltar el pellizco.
- Esperar 5 segundos antes de extraer la aguja y aplicar ligera presión con algodón sobre la zona sin presionar.

Inyección con pluma:

- Lavarse las manos.
- Limpiar la zona donde se vaya a inyectar con algodón y alcohol.
- Cargar la pluma con la dosis de insulina que se ha de administrar.

- Coger la pluma en una mano y con la otra coger un pellizco superficial de la zona donde se vaya a inyectar la insulina.
- Introducir la aguja con un ángulo de 90º.
- Inyectar el fármaco lentamente.
- Soltar el pellizco.
- Esperar 5 segundos antes de extraer la aguja y aplicar ligera presión con algodón sobre la zona sin presionar.

En muchos casos antes de administrar la insulina es necesario realizar un test de control de glucemia capilar (azúcar), porque dependiendo del resultado de ese test, se tendrá que administrar una dosis u otra de insulina.

¿Cómo realizar un test de glucemia capilar?

La glucemia capilar se define como la punción en la yema del dedo, con el fin de conocer los niveles de glucosa sanguínea en el paciente

Se necesita:

- Algodón.
- Alcohol.
- Tira reactiva.
- Aparato medidor.
- Lanceta desechable de un solo uso.

¿Cómo se hace?:

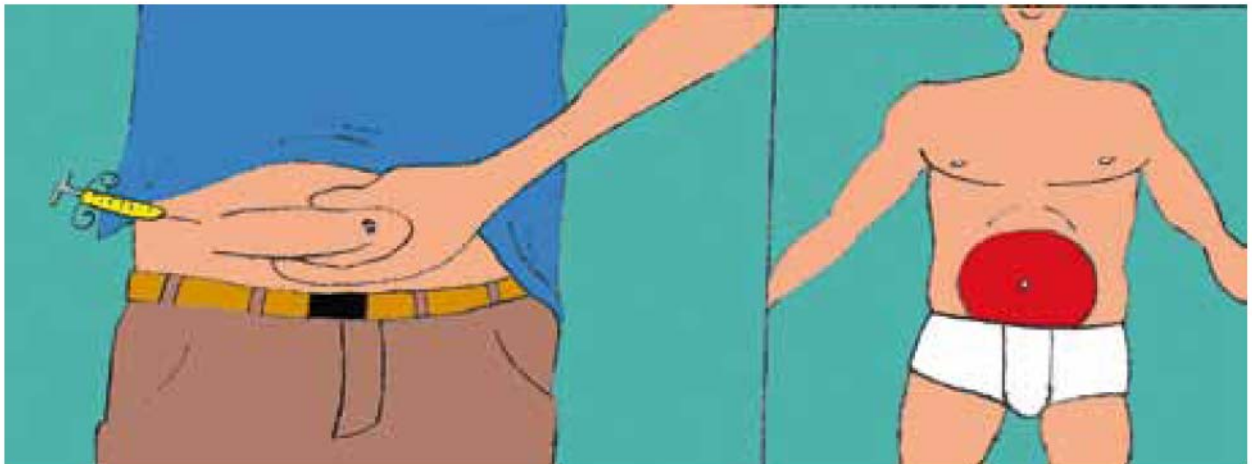
- Lavarse y secarse las manos.
- Retirar la tira reactiva de la envoltura de aluminio.
- Insertar la tira reactiva en el aparato medidor.
- Limpiar la yema del dedo que se va a pinchar con algodón mojado con alcohol y esperar que se seque.
- Pinchar en la parte exterior de la yema del dedo.
- Aplicar la gota de sangre a la tira reactiva.
- La tira reactiva absorberá la sangre.
- Colocar un poco de algodón seco en el sitio donde se ha pinchado.
- Esperar a que el aparato medidor indique el resultado de la medición.
- Retirar la tira reactiva del aparato medidor.
- Desechar el algodón mojado, la tira reactiva usada y la lanceta usada.

Administración de heparina vía subcutánea.

La heparina para administrar por vía subcutánea se presenta en jeringas precargadas, desechables y de un solo uso preparadas para su administración.

¿Dónde inyectar la heparina?

Debe inyectarse en la zona abdominal alternando ambos lados y preferentemente alrededor del ombligo.



¿Cómo inyectar la heparina?

- Lavarse las manos.
- Limpiar la zona donde se vaya a inyectar con algodón y alcohol.
- Coger la jeringa con una mano y con la otra coger un pellizco superficial de la zona donde se vaya a inyectar la heparina (en caso de que la persona sea delgada). Si la persona es obesa no coger pellizco.
- No expulse la burbuja de aire de la jeringa previamente a la inyección.
- Introducir la aguja con un ángulo de 90°.
- Inyectar el fármaco lentamente.
- Soltar el pellizco.
- Esperar 5 segundos antes de extraer la aguja y aplicar ligera presión con algodón sobre la zona sin frotar.

Nota: es recomendable que el familiar cuidador esté adiestrado en la técnica de administración de insulinas o heparinas (en caso que el paciente lo requiera), antes de irse a su domicilio. No olvide preguntar a su enfermero cualquier duda que tenga al respecto.

Bibliografía:

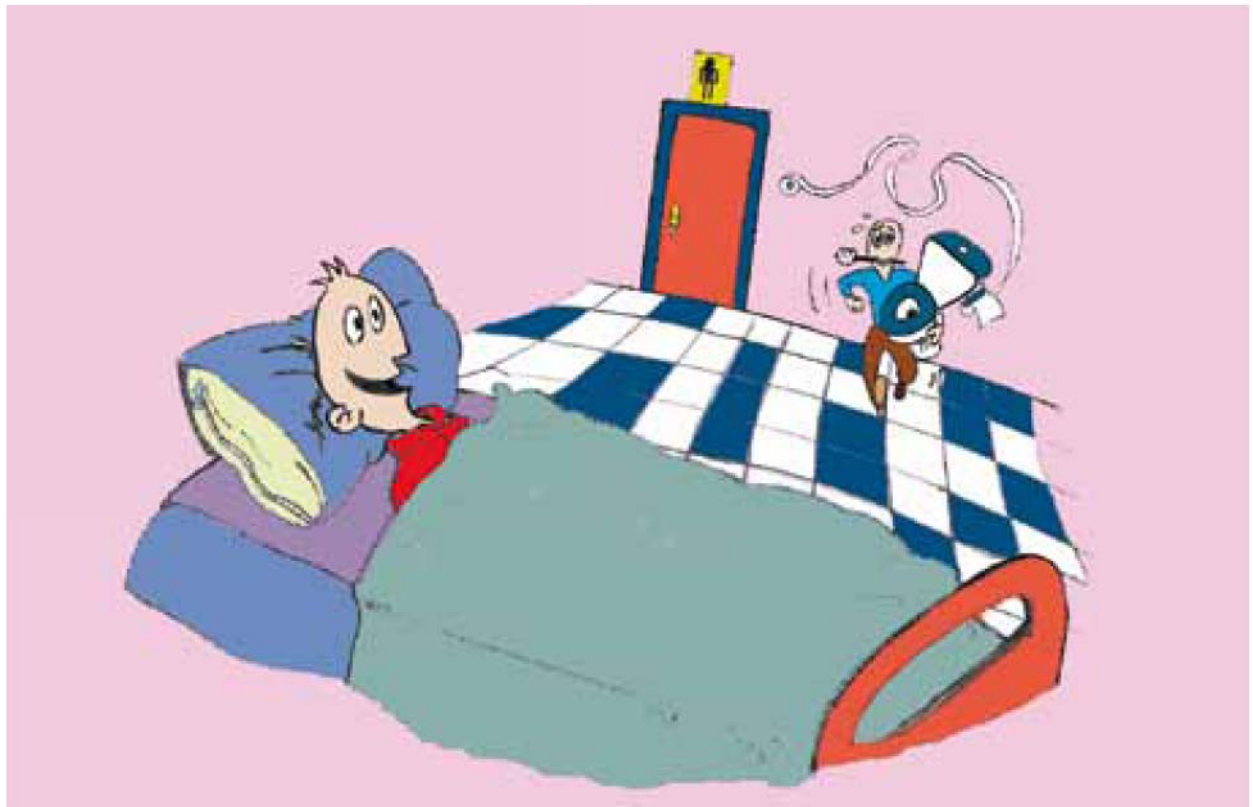
1. http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/la_diabetes/inyectando_insulina.htm
2. <http://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/12/glucemia-capilar.html>
3. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6203-administracion2.htm>
4. http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/47_48_18.pdf
5. http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/src/prods/34170.htm
6. <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/subcutanea.asp>
7. <http://www.novonordisk.com.ar/Images/Productos/NovoRapid%20%20FlexPen%203%20ml.pdf>
8. <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=62471&formato=pdf&formulario=PROSPECTOS>
9. Manual de Procedimientos HHUU Virgen Del Rocío. Administración de medicación vía subcutánea.
10. Manual de Procedimientos HHUU Virgen Del Rocío. Administración de medicación por SNG.
11. www.diabetesmedisense.com
12. http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/47_48_18.pdf

6. ELIMINACIÓN

Autores: Contreras Pascual, Pilar; Pérez Sáez, Carlos; Mármol Navarro, Pilar.

El ser humano, al igual que todos los seres vivos, para un buen funcionamiento de su organismo, debe eliminar todas aquellas sustancias nocivas e inútiles que resultan del metabolismo.

La eliminación se produce por vía urinaria y fecal.



Eliminación Urinaria

Un adulto promedio, suele eliminar de 1 litro a litro y medio de orina en 24 horas, aunque esta cifra depende de la cantidad de agua y líquidos que tome en el día.

El patrón de micción o número de veces que una persona orina durante el día y la cantidad eliminada cada vez, es individual. Se podría establecer como patrón normal, de 5 ó más veces al día.

La orina normal es transparente y de color paja o ámbar claro, con olor característico suave.

Entre las alteraciones más frecuentes en los pacientes neurológicos podemos destacar:

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, provocando al paciente un problema higiénico. Además la humedad continua provoca maceración de la piel factor íntimamente relacionado con el riesgo de aparición de Úlceras por Presión.

Cuando esto sucede habrá que hacer uso de los pañales. Además de elegirlos según la forma y tamaño más adecuados, es conveniente seguir unas recomendaciones:

- Revisarlos con frecuencia.
- Cambiar el pañal cuando sea preciso, para eso los pañales están provistos de un indicador de humedad en la parte exterior que son unas bandas que cambian de claro a oscuro, a medida que se van saturando de orina.
- Comprobar en cada cambio que no hay enrojecimiento o irritación de la piel.
- Prevenir la formación de úlceras en el sacro, nalgas y órganos genitales, hidratando bien la piel diariamente, mediante cremas protectoras y un buen aporte de líquidos.
- Mantener al paciente limpio y seco. El contacto prolongado de la orina con la piel aumenta el riesgo de infecciones y favorece la irritación y la aparición de lesiones y úlceras.
- Utilizar un vestuario cómodo con ropas flojas y fáciles de abrir y manejar.

Existen al menos dos tipos de pañales, de dispensación financiada por el Sistema Público de Salud, uno es el normal y otro el que llaman de noche que es de alta capacidad de absorción y se emplea para no tener que cambiar el pañal durante más tiempo. Resultan realmente útiles en pacientes dependientes encamados.

Póngase en contacto con el personal de su Centro de Salud que llevará a cabo dicha prescripción.

¿Cómo se coloca un pañal?

- Poner al paciente de lado.
- Colocar la parte posterior del pañal a la altura de la cintura.
- Girar al paciente y colocarlo boca arriba.
- Ajustarlo en la entrepierna.
- Despegar los adhesivos de la parte posterior y pegarlos sobre la parte anterior ajustándolo a la cintura.

Para los hombres, existe un dispositivo tipo condón, llamado colector, que se ajusta al pene y va conectado a una bolsa para la recogida de la orina. Esta se puede ajustar a la pierna para mayor comodidad del paciente o engancharla en el lateral

de la cama si está encamado. Se recomienda su uso siempre que sea posible en vez de los pañales por sus beneficios para el paciente y la familia

¿Cómo se coloca un colector?

- Colocar al paciente boca arriba.
- Limpiar los genitales con agua y jabón y secar cuidadosamente.
- Sujetar el pene con la mano no dominante realizando una ligera presión.
- Con la mano dominante, colocar la base del colector sobre el glande y deslizar hacia el extremo.
- Fijar el colector mediante esparadrapo de papel alrededor de la base.
- Conectar la bolsa de recogida de orina en el extremo opuesto del colector y comprobar que no hay acodamiento en el sistema de conexión.
- Cambiar el colector y observar el estado del pene cada 24 horas y cada vez que presenten fugas.

La retención urinaria es la imposibilidad para llevar orinar y en consecuencia llevar a cabo el vaciamiento de la vejiga. Esto provoca en el paciente angustia, agitación y gran intranquilidad. A la palpación se notará un agrandamiento de la vejiga en forma de globo y dolor.

En este caso debe ponerse en contacto con la Enfermera de su Centro de Salud ya que posiblemente realice un sondaje del paciente.

¿Cómo cuidamos a un paciente con sonda en casa?

Habrán que adoptar una serie de medidas para evitar la infección de las vías urinarias y mantener el drenaje de la sonda. Tales como:

- Lavado de manos antes y después de tocar el sistema.
- Lavar la zona genital y el orificio por donde sale la orina como mínimo dos veces al día.
- Observar la orina drenada, como mínimo cada ocho horas por si ha cambiado de aspecto.
- Vaciar o cambiar la bolsa cuando esté llena en sus $\frac{3}{4}$ partes.
- Si hay que desconectar la sonda hacerlo de una forma aséptica, procurando que no rocen con nada las conexiones.
- Pinzar la sonda al movilizar al paciente.
- Intentar no levantar la bolsa por encima del nivel de la vejiga.
- Cambiar el lugar de fijación de la sonda para evitar posibles úlceras.
- Dar un aporte adecuado de líquidos para asegurar una buena diuresis.

Eliminación intestinal

Es esencial para la salud la eliminación de los productos de desecho de la digestión. Estos productos excretados, se conocen como heces.

La frecuencia es muy variable de unas personas a otras, pudiendo oscilar entre varias veces al día a tres veces por semana.

La cantidad también puede variar de 100 a 400gr. al día.

El color va del amarillo al marrón, la consideraremos anormal, cuando sea blanca, verde, negra, roja, etc. Debe estar exenta de elementos extraños como moco, pus, sangre, etc.

Alteraciones posibles:

- Estreñimiento: Es una disminución en la frecuencia y eliminación de heces.
- Fecaloma: Presencia de heces duras dentro del intestino grueso que cuesta trabajo expulsar y pueden dar lugar a estreñimiento en un primer momento o diarreas, más tarde, por rebosamiento del tapón que forman.
- Diarrea: Aumento en la frecuencia y eliminación de heces siendo estas de consistencia fluidas, comparadas con el patrón normal.

Recuerde que:

- Es recomendable llevar a cabo un programa de reeducación de los hábitos intestinales hasta establecer un ritmo aceptable en las deposiciones.
- Ingerir abundantes líquidos.
- Seguir una dieta rica en fibras vegetales que incrementen los residuos intestinales.
- Continuar con actividad física pasiva, según la situación del paciente.
- Responder al deseo de defecar sin tardanza.
- Iniciar una rutina de intentar defecar a diario, a ser posible a una hora fija.
- Si estas medidas no fueran suficientes, se iniciaría una pauta de laxantes vía rectal hasta conseguir regularizar el tránsito intestinal.
- Si a los dos días de la pauta instaurada no realiza ninguna deposición, habrá que administrar por vía rectal dos canuletas de Dulco-Laxo.
- Si a las 48h no es efectiva la pauta anterior, habrá que administrar enema de limpieza.

¿Cómo se administra un enema de limpieza?

Material:

- Solución rectal
 - Guantes
 - Lubricante
 - Empapadera
 - Pañal
- ☐ Explicaremos al paciente el procedimiento
 - ☐ Colocaremos al paciente hacia el lado izquierdo con las rodillas flexionadas.
 - ☐ Comprobar que el enema esté a temperatura ambiente
 - ☐ Introducir la cánula previamente lubricada por el orificio anal, suavemente, presionando de forma continua hasta terminar la solución, indicando al paciente (si está consciente) que respire por la boca y retenga la defecación durante 5 ó 10 minutos.
 - ☐ A continuación retirar la cánula y ajustar el pañal.

Bibliografía:

1. Amaro, P. Apuntes de Enfermería Médica 2010. En: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1929/1/Eliminacion-urinaria-Recuerdo-anatomico-y-fisiologico-Insuficiencia-renal-Enfermeria-Medica-Apuntes-de-Enfermeria.html>. Consultado el 9 de junio de 2010.
2. Gomez Garcia, M. Apuntes de Enfermería. Médica. 2007. En: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/408/2/Movilizacion-de-pacientes.-Posiciones-de-exploracion.-Eliminacion.-Enfermeria-medica.-Apuntes-de-enfermeria>. Consultado el 9 de junio de 2010.
3. Riopelle L; Grondin L; Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. McGraw-Hill-Interamericana. 1993.

7. MANEJO DE LA VÍA RESPIRATORIA

Autores: Uceda Moya, Florencia; Díaz Gutiérrez, Fernando; Romero Ruiz, Carmen; Ruiz Álvarez, Áurea.



La respiración consiste en la entrada de aire con oxígeno en los pulmones (inspiración) y la salida del aire con anhídrido carbónico (expiración).

En los pacientes que han sufrido traumatismos craneo encefálicos, debido a su estado de salud, encamamiento prolongado, nivel de conciencia o medicación administrada pueden tener dificultad para que este proceso se realice de forma eficaz. Esto puede provocar que se acumulen secreciones, y con ello el riesgo de infección o que la saturación de oxígeno (nivel de oxígeno en sangre) no sea óptimo.

Para facilitar la expulsión de las secreciones, fortalecer la musculatura respiratoria y tener una óptima saturación usaremos unas sencillas técnicas de FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.

Como norma general diremos que éstas técnicas deben ser indoloras, sin fatigar al paciente realizarlas antes de las principales comidas o pasadas 2 horas después de la ingesta.

Se realizarán 2 veces al día en periodos estables y cuando aumenten la cantidad de secreciones se puede incrementar dicha frecuencia.

Debemos diferenciar las técnicas activas en las que el propio paciente las realiza, y las pasivas, en las que el paciente no colabora.

En pacientes que tengan pulsioxímetro en su domicilio (fig. 1) debemos saber que los valores deben mantenerse por encima del 90%. Durante las movilizaciones (aseo, fisioterapia....) dicho valor puede descender y activarse la alarma. Esto es debido a la interferencia con el sensor situado en el pie o la mano y no supone riesgo alguno para el paciente.

Fig.1 Pulsioxímetro



Drenaje postural

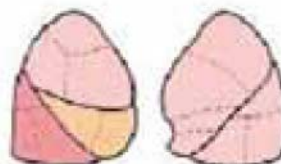
Consiste en el uso de posiciones específicas para que la fuerza de la gravedad facilite la movilización de las secreciones desde las zonas mas alejadas hasta las vías altas para posteriormente expulsarlas con la tos.



Fig.2



Fig.3



Pulmón Derecho Pulmón Izquierdo



Fig.4



Fig.5

Antes de la realización de estas posturas es recomendable la administración de broncodilatadores y/o fluidificantes del moco para facilitar la movilización de éste.

Las posiciones más aconsejadas dependen de la localización del moco en las distintas zonas del pulmón. Consulte a su médico o fisioterapeuta donde tiene mayor acumulo para incidir en la postura mas adecuada en su caso. Como norma general nos colocaremos sentados, boca abajo (fig.2), boca arriba (fig.3) y de lado izquierdo y derecho (fig 4 y 5) con una inclinación de unos 15 grados. Cuando el paciente no tolera el drenaje postural aparecen signos como cianosis (color azulado piel y mucosas) y disnea (una evidente dificultad respiratoria), en estos casos debemos suspender esta técnica.

Vibraciones torácicas

Técnica pasiva que consiste en aplicar movimientos oscilatorios manuales (fig.6) o con ayudas de aparatos (fig. 7) sobre la pared torácica. El objetivo es desprender las secreciones de las paredes pulmonares. Está indicada en aquellas personas con bajo nivel de conciencia o poco colaboradores teniendo siempre en cuenta que su efectividad es menor que las técnicas activas.



Fig.6 Vibraciones manuales.



Fig.7 Vibrador mecánico.

El número de veces que se repite el ciclo depende de la tolerancia de la persona y la cantidad de secreciones.

Respiración abdomino diafragmática

Es la respiración con la que mayor oxigenación obtenemos, la que más secreciones moviliza y la que se realiza con menor esfuerzo para el paciente. El paciente se colocará en las posiciones de drenaje anteriormente descritas y con las piernas siempre flexionadas para la musculatura abdominal esté relajada.

Indicaciones para el aprendizaje:

- El paciente coloca una mano sobre el estómago y la otra en la porción media del tórax.
- Inspire (coger aire) de manera lenta y profunda por la nariz, llenando a la vez el abdomen.
- Espire (soltar aire) con los labios fruncidos al tiempo que desciende el abdomen apretando los músculos abdominales.
- Se repite estos pasos durante 10 veces y después realizamos 3 espiraciones con los labios fruncidos, de forma suave, lenta y lo más prolongada posible hasta provocar la tos. Esta tos expulsará las secreciones que previamente hemos movilizado con las respiraciones abdominales. Si no se provoca una tos involuntaria, el paciente debe toser de forma voluntaria.

Respiración con ayuda de inspirómetro de incentivo.

Consiste en realizar la respiración abdomino diafragmática con la ayuda de un aparato llamado inspirómetro de incentivo (Fig.8). Éste nos ayuda a ver la fuerza con la que estamos respirando.

Instrucciones para el aprendizaje:

- Cuando realizamos la inspiración (subiendo la barriga) el indicador (bola) del inspirómetro sube y cuando soltamos el aire y desciende la barriga la bola cae. Cuanto mas tiempo mantenemos la bola en la zona superior más eficaz resulta.
- Al igual que la anterior técnica, después de 10 respiraciones realizaremos 3 espiraciones de forma lenta, suave y lo más prolongada posible hasta que nos provoque tos.
- El inspirómetro de incentivo tiene un regulador de flujo (fuerza con la que inspiramos) que se pondrá en la posición que su fisioterapeuta le indicara y en caso de duda en la posición cero.



Fig.8 Inspirómetro de incentivo

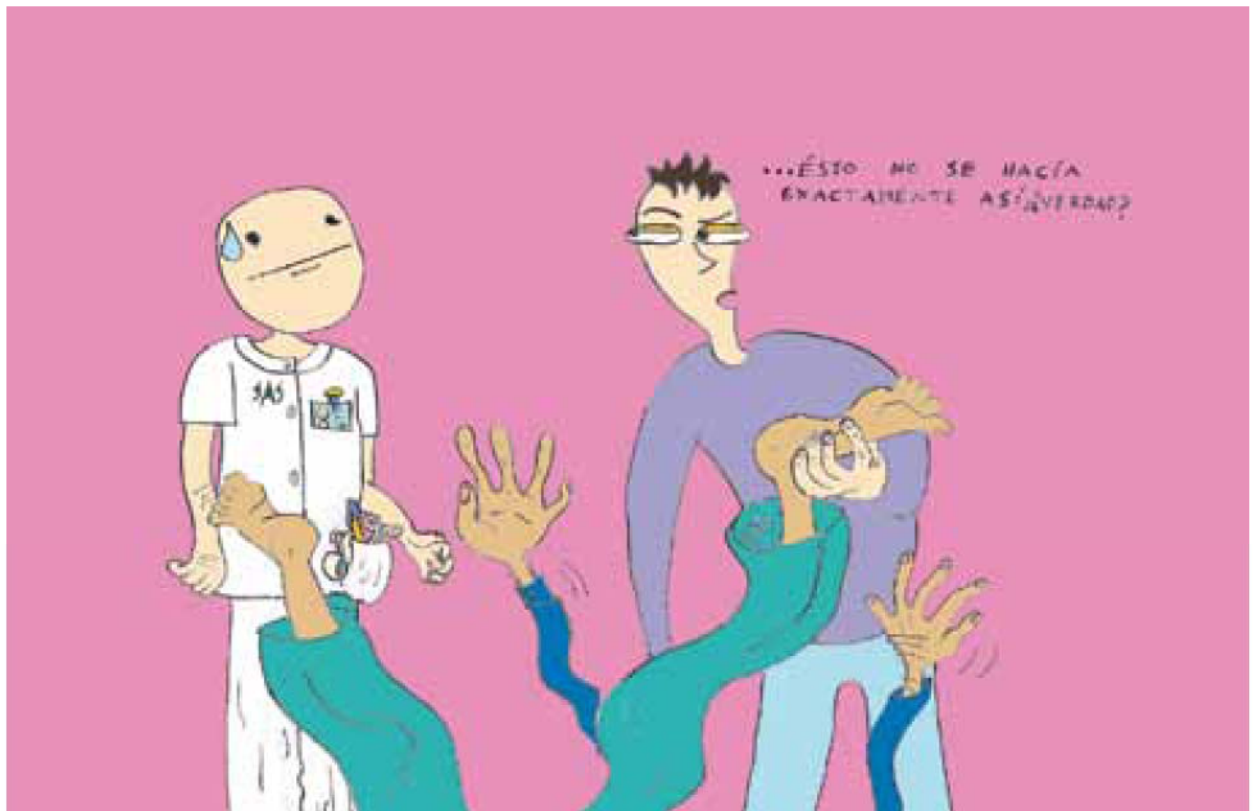
Bibliografía:

1. Mercado M. Manual de fisioterapia respiratoria. Ed. Ergon 2002.
2. S. C. Smeltzer; B. G. Bare. Enfermería médico quirúrgica. Interamericana McGraw-Hill. 1998

8. CAMBIOS POSTURALES Y MOVILIZACIÓN

Autores: Luque Moreno, Carlos; Peña Salinas, Marta; Rodríguez Pappalardo, Fátima.

La movilización precoz ayuda a prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad (como neumonías, úlceras por presión y contracturas). Para evitar estos efectos negativos es conveniente tomar una serie de medidas, siendo fundamental evitar las posiciones mantenidas en el tiempo mediante la realización de cambios posturales.

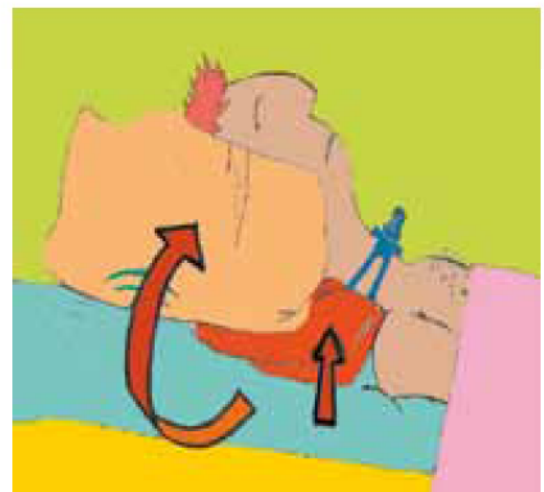


Sería conveniente cambiar al paciente de postura aproximadamente cada 4 horas, desde la posición de tumbado boca arriba, hasta la posición lateral (hacia ambos lados), alternando esto con sentar al paciente en un sillón siempre que sea posible.

Las siguientes imágenes reflejan la correcta colocación de cada una de las articulaciones.

Paciente boca arriba:

Cabeza: Es importante observar si existe una tendencia mayor del paciente a girar y/o inclinar la cabeza hacia un lado para prevenir que se fije esta postura. Para ello colocaremos un rodillo (sábana enrollada, etc.) que mantenga girada la cabeza hacia el lado contrario, tal como se muestra en la imagen.



Hombro: Es una articulación que está muy reforzada por la musculatura, pero en estos pacientes la alta debilidad muscular crea una inestabilidad a nivel de esta articulación que puede derivar en una luxación de la misma. Así pues, es importante no realizar maniobras bruscas, ni tracciones violentas a este nivel, como también no dejar que el brazo cuelgue libremente fuera de la cama ya que el peso del mismo sería una tracción mantenida. Colocaremos una almohada bajo los brazos de forma que queden elevados para favorecer el retorno venoso, así como un rodillo bajo la mano que deje la muñeca en ligera extensión como muestra la imagen (evitando el uso de pelotas o material en el caso de que la mano esté rígida y tienda a cerrarse, caso en el que se utilizarán férulas posturales).



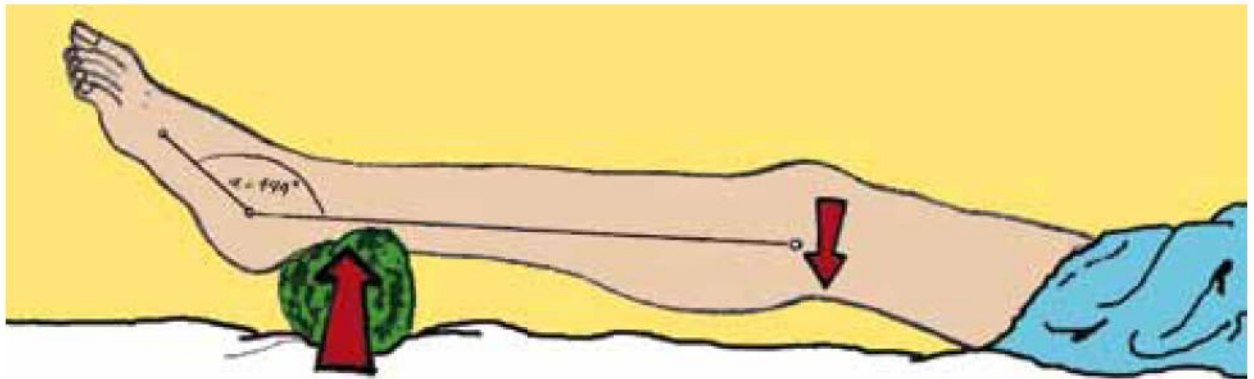
Si no presenta mucha rigidez, se debe alternar la posición de la mano con la palma mirando hacia arriba y posteriormente hacia abajo (ver imagen).

Cadera: Sería necesario corregir la tendencia a la rotación externa que favorece la posición boca arriba (la pierna rota hacia fuera favorecida por el peso de la misma).

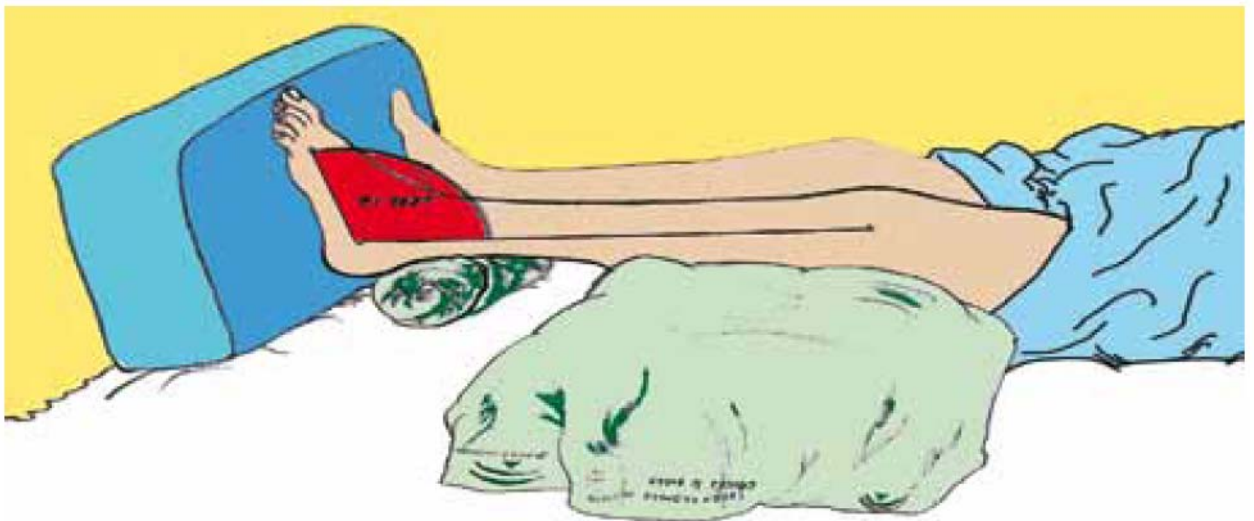
Podemos utilizar un rodillo hecho con una sábana o toalla apuntalando el muslo izquierdo en su parte externa con la cadera corregida en posición neutra (no serviría colocar el rodillo lateralmente al muslo, porque de este modo no tendría ese efecto corrector, por ello tiene que hacer un efecto cuña), tal como muestra la imagen



Para evitar las úlceras a nivel del talón se puede colocar una almohada bajo la pantorrilla, teniendo en cuenta que la almohada debe estar próxima a la rodilla para evitar que ésta caiga en vilo a favor de la gravedad (hiperextensión) provocando lesiones (ver imagen)



Pie: El pie tiende a caer hacia abajo por su propio peso, por ello se debe evitar un peso extra colocando excesivas mantas, etc; así como corregir la posición del pie mediante una almohada, gomaespuma dura o férula antiequino (teniendo en cuenta que si la rigidez es grande a este nivel no podemos colocar un material demasiado rígido como una tabla de madera en contacto directo con el pie porque aumentaría dicha rigidez). (ver imagen)



Paciente lateral

En contra de lo que se podría pensar, la posición del paciente acostado sobre un lado es muy beneficiosa, siempre que las articulaciones permanezcan colocadas en posición semiflexionadas, sin llevarlas a grados extremos y distribuyendo el peso de forma armónica en la parte del cuerpo sobre la que recae el apoyo.

En cuanto al brazo que queda arriba, colocaremos una almohada bajo el mismo que llegue hasta la axila para evitar que termine en una mala posición, ya que si

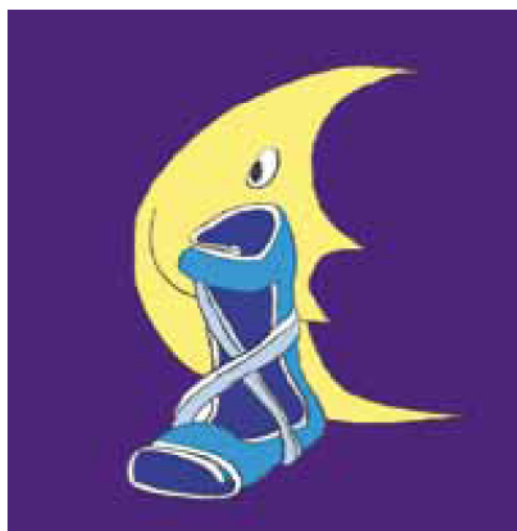
el paciente se mueve espontáneamente, podría quedar en una posición extrema difícil de corregir por el propio paciente por la falta de sensibilidad a este nivel. El miembro inferior que queda arriba, se coloca con la cadera y rodilla flexionadas sobre una almohada, mientras el miembro inferior de abajo se mantiene con la cadera extendida. Se podría colocar una almohada en la espalda que le ayudase a mantener la posición lateral, para evitar que la gravedad le llevase poco a poco hacia la posición tendido boca arriba, si el paciente está consciente y colabora



podemos invitarle a que sea él mismo el que mantenga la posición. Es importante colocar una almohada bajo la cabeza, ya que el paciente tiende a inclinarla demasiado. Añadir que esta posición debe alternarse con la posición contraria (apoyado sobre el otro lado), en la que se actuaría del mismo modo (ver imagen).

Posición sentado

En la medida de lo posible y siempre que su estado lo permita, se recomienda sentar al paciente lo antes posible. Si no fuera capaz de controlar cabeza, tronco y extremidades, será esencial un buen posicionamiento que garantice el adecuado control postural a lo largo del día, ayudándose con almohadas para contener mejor al paciente y/o una silla adaptada con refuerzos que eviten la hiperextensión de la cabeza (una postura perjudicial que no sólo provocaría retracciones musculares, sino que empeoraría la alimentación del paciente; evitar la hiperextensión de cuello bajando ligeramente la barbilla). Del mismo modo, es importante colocar una almohada bajo el antebrazo (apoyando el codo evitamos que el peso del brazo tire del hombro, luxándolo).



En estos pacientes es muy frecuente la prescripción de férulas que permiten un buen posicionamiento de las articulaciones y el estiramiento lento de los músculos más espásticos durante períodos prolongados (sobre todo a nivel de tobillo y mano). Es importante que conozcáis la forma correcta de colocar la férula, (en imagen) así como la necesidad de retirarla cada cierto tiempo, normalmente serán de colocación nocturna, de forma que sea posible la realización de movimientos varias veces a lo largo del día.

Como consecuencia del daño cerebral, aparece espasticidad (rigidez), que consiste en un aumento del tono muscular que depende de la velocidad del movimiento. Debe tenerse en cuenta que si no se trata puede aparecer dolor, limitación en la movilidad y funcionalidad, disminuyendo así la calidad de vida del paciente, siendo en muchas ocasiones causa de depresión.

Para evitar que esto ocurra es fundamental realizar movilizaciones articulares a un ritmo lento. Además, el movilizar con rapidez puede hacer que se aumente la espasticidad y que aparezcan contracciones musculares involuntarias a modo de temblores.

Bibliografía:

1. Davies P. Steps to Follow. The Comprehensive Treatment of Patients with Hemiplegia. Segunda edición. Berlin: Springer-Verlag, 2000.
2. García Pais MJ, Rigueiro Veloso MT, Portero Vázquez A, Rivas Bande MJ, Martínez Vázquez F, Casariego Vales E. Rehabilitación del ictus. Guías clínicas Fisterra. 2004; 4 (54): 1-7.
3. Mirallas JA. Sistemas de gestión. Consejo terapéutico en rehabilitación. Rehabilitación 1999; 33: 145-146.
4. Paeth Rohls, B. Experiencias con el concepto Bobath: fundamentos-tratamiento-casos. Segunda edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006.

9. ¿CÓMO EVITAR LESIONES EN LAS TRANSFERENCIAS?

Autores: Luque Moreno, Carlos; Peña Salinas, Marta.

Por transferencias entendemos la ayuda al paciente en los traslados desde la posición tumbado en la cama hasta la posición sentado en la silla de ruedas, así como otros traslados necesarios en su vida diaria, por ejemplo el paso de la silla de ruedas al WC, automóvil, etc.



En función del grado de colaboración en la realización de la misma por parte del paciente, distinguimos tres tipos de transferencias:

- 1.- Transferencia activa. La que el paciente realiza de forma independiente.
- 2.- Transferencia semiactiva. La que el paciente realizará con la colaboración de una persona asistente.
- 3.- Transferencia pasiva. Aquella que requiere de la ayuda de dos personas por la imposibilidad de colaboración del paciente.

El paciente debe ser lo más activo posible en la transferencia, en la medida de sus posibilidades, esto beneficiará a la persona cuidadora y a él mismo. Si dirigimos al paciente para que la transferencia se realice siempre según una secuencia establecida, el paciente terminará aprendiendo por repetición de dicha secuencia y ganará en autonomía.

Se trata de que cada cuidador valore con exactitud cada situación, dirigir convenientemente el desplazamiento del paciente y hacerse ayudar por él o por terceras personas. Entonces será cuando todos estarán protegidos de esfuerzos innecesarios y de riesgos evitables. Por este motivo, resulta interesante conocer algunos principios básicos de mecánica corporal que nos puedan proporcionar pautas para que nuestra intervención se realice con el mínimo esfuerzo posible y con la máxima garantía de ausencia de riesgos, tanto para el enfermo como para el cuidador.

Principios básicos de mecánica corporal

1. Los músculos grandes se fatigan con menor rapidez que los pequeños. Evitar usar músculos pequeños que rodean la columna vertebral, a favor del uso de músculos grandes como los de los muslos. Por ejemplo, al levantar un objeto pesado mejor hacerlo flexionando las rodillas en lugar de flexionarse por la cintura.
2. Los músculos siempre están en ligera contracción, lo que se llama tono muscular. Es importante aumentar este tono previamente a realizar un esfuerzo. Por ejemplo, podrá levantar mejor un objeto si contrae primero los músculos del abdomen, pelvis y glúteos.
3. La estabilidad de un objeto siempre es mayor cuando tiene una base amplia de apoyo. Para aumentar esta base se dejará una separación entre ambos pies, se flexionarán las rodillas bajando el peso y se intentará que dicho peso a moverse caiga dentro de ese círculo imaginario que sería nuestra base de apoyo.
4. El grado de esfuerzo para mover un cuerpo depende de su resistencia y de la fuerza de la gravedad. Usando la gravedad en lugar de luchar en contra de ella, la persona cuidadora puede reducir el esfuerzo necesario en el movimiento. Usando el propio peso para contrarrestar el del paciente se necesita menos energía para moverlo.
5. Los cambios de actividad y posición ayudan a conservar el tono muscular y evitan la fatiga. Por ejemplo, cada vez que la persona cuidadora realiza un cambio postural en el paciente, lo hará cambiando su posición con respecto a la cama, interviniendo a veces desde el lado derecho y otras desde el izquierdo, permitiendo así que actúen músculos distintos.
6. La fricción entre un objeto y la superficie en que se mueve influye en la cantidad de trabajo necesaria para moverlo, pues la fricción es una fuerza que se opone al movimiento. Las superficies muy lisas producen el mínimo de fricción, por lo que se necesita menos energía para mover objetos en estas superficies. Debemos utilizar un colchón que no sea excesivamente blando para evitar que el paciente se hunda en él, así como usar una sábana extra bajo el tronco del paciente que nos sirva para arrastrar el peso sin tener que elevarlo.

¿Cómo pasar de la posición boca arriba a la posición lateral?

Para asistir al paciente en el paso de la posición boca arriba a la posición sentado en el borde de la cama:

Primero pedir al paciente que si puede solo, se voltee de lado.

- Lo giraremos hacia el lado que tenga más activo, para conseguir más ayuda por su parte en la próxima secuencia.
- La persona cuidadora se colocará del lado de la cama hacia el que se volteará el paciente;
- La persona cuidadora colocará su brazo más alejado sobre el pecho y la pierna de ese lado la colocará flexionada por encima de la que se apoya (que quedará en extensión para que pueda girar y no haga de freno).

Se puede poner una almohada detrás de la espalda para impedir que se vuelva a colocar boca arriba, en el caso en que el paciente preste poca colaboración. Es importante no tirar de los brazos porque podríamos provocar lesiones en los hombros, para ello intentaremos colocar las manos a nivel de la escápula movilizándolo en bloque todo el cuerpo.

¿Cómo pasar de la posición lateral a la posición sentado en el borde de la cama?

- Una vez en posición lateral, se le invita o se le ayuda a que flexione rodillas y cadera hasta que las piernas queden fuera de la camilla.
- El paciente tiene que ir despegando la parte del tronco que está apoyada, ayudándose si es posible del apoyo del codo para secuenciar más el desplazamiento y permitirle que ayude, e incluso que descanse en esta posición para evitar mareos que pueden producirse por una elevación demasiado brusca.
- Si no es posible que el paciente ayude, se intentará realizar esta maniobra de forma que la persona que lo levante evite lesionarse, para ello tendremos que acoplar nuestro propio movimiento a la movilización del paciente, despegando el costado del paciente de la cama a la vez que trasladamos nuestro peso desde la pierna más próxima a la cabeza del paciente hasta la pierna que está más cercana a los pies, transmitiendo así el peso a las piernas y evitando aumentar la tensión en la zona lumbar.

¿Cómo pasar de sentado en el borde de la cama a sentado en la silla de ruedas?

Transferencia activa: la podrán realizar los pacientes que tengan un buen control de tronco (es decir, que mantengan el equilibrio sentados sin apoyo en la espalda).

A. Antes de la transferencia.

- 1.- Comprobar que la silla de ruedas está aproximadamente a la misma altura que la cama.
- 2.- Comprobar que la silla de ruedas tiene el freno echado antes de iniciar la movilización.
- 3.- Retirar los apoyabrazos y reposapiés de la silla del lado hacia el que va a realizar el desplazamiento.
- 4.- Si el paciente tiene un lado del cuerpo menos afectado sobre el que le resulta más fácil apoyarse, la silla se colocará más cercana a este lado.

B. Para la transferencia.

- 1.- El paciente colocará la mano del lado hacia el que gira en el apoyabrazos más lejano, inclinando el tronco hacia delante.
- 2.- Dejará así caer progresivamente el peso sobre los pies despegando los muslos de la cama.
- 3.- El paciente girará sobre sus pies, dirigiéndose en sucesivos pasos hacia la silla de ruedas (despegando los muslos y volviéndolos a apoyar un poco más cerca de la silla, así cuantas veces fuese necesario).

Si la rueda de la silla supusiese un obstáculo, se puede colocar una almohada para hacer la superficie más uniforme entre la cama y la silla.

Transferencia semiactiva: Si el paciente necesita asistencia.

- 1.- El cuidador se colocará de frente al paciente con las piernas flexionadas para evitar sobrecargar la zona de la espalda; debe colocar una pierna delante y la otra detrás para ir desplazando el peso de la pierna delantera a la trasera a la vez que dirige el peso del paciente desde los muslos a los pies.
- 2.- El peso que se quita de los muslos del paciente recae sobre sus propios pies y no es mantenido por el cuidador.
- 3.- El paciente inclinará bien el tronco hacia delante, de forma que el cuidador lo pueda frenar con su propio cuerpo colocando las manos en los glúteos del paciente. La rodilla más adelantada del cuidador puede estabilizar la rodilla más débil del paciente (para evitar que ceda en flexión).

Transferencia pasiva:

Si es imposible que el paciente nos ayude o existiese algún problema para apoyar los pies (fractura a nivel de la pierna que impida la carga por ejemplo), podremos recurrir a la asistencia de otras personas (sirviendo de refuerzo colocándose detrás y lateral al paciente) o usar dispositivos de apoyo como la grúa.

Consejos generales para cuidadores

Como evitar dolores de espalda

- 1- Evitar posiciones mantenidas durante tiempo prolongado (como estar de pie, tener la cabeza girada, etc.).
- 2- Evitar las corrientes de aire frío.
- 3- Si hay que permanecer sentado, la espalda debe reposar en el respaldo de la silla por completo, evitando siempre que se pueda, los sofás y asientos bajos.
- 4- Es aconsejable caminar diariamente alrededor de una hora, a ritmo tranquilo y sin cargas, descansando cuando sea necesario.
- 5- Evite las posturas prolongadas, moviendo el cuello y hombros de vez en cuando, e incluso levantarse y caminar un minuto cada hora.
- 6- Si tuviera que estar de pie mucho rato, descargar el peso sobre una y otra pierna alternativamente. En todo caso, es preferible caminar a estar quieto.
- 7- Si tiene que estar de pie e inclinado hacia delante, mantener las rodillas flexionadas y apoyado sobre sus muslos.
- 8- Al dormir: La almohada debe tener la altura de la persona que la utilice para rellenar el hueco cervical, manteniendo la alineación de la cabeza con el tronco. Una almohada bajo las rodillas puede ayudar a mantener cómodamente la posición. Si duerme de costado, la altura de la almohada debe rellenar el espacio del hombro, para que la cabeza repose alineada con la columna vertebral.

Cómo realizar las tareas cotidianas

Prevenir dolores de espalda al cargar peso:

1. Al agacharse, flexione las rodillas, con la espalda recta, los pies ligeramente separados y lo más cerca posible del objeto a trasladar. Levantar el peso estirando las piernas con la espalda recta y manteniendo el peso lo más cerca posible del cuerpo.

2. Si lleva bolso, colóquelo en bandolera. Si opta por mochila, debe ir centrada en la espalda y con las dos asas puestas.
3. Si transporta bolsas o paquetes, repártalos entre los dos brazos y procure que el peso no supere los 2 kgs. en cada uno.
4. Si es preciso transportar mucho peso, es conveniente llevarlo en un carro de ruedas y empujarlo con las dos manos.
5. Procure no levantar los objetos por encima de la altura del pecho. Si tuviera que colocarlos más arriba, utilice una escalera.
6. No flexione ni gire de forma brusca el tronco.
7. Evite subir-bajar escaleras, caminar por terrenos desiguales, llevar zapatos de tacón demasiado altos, arrodillarse y acucillarse.
8. No duerma boca abajo.
9. Intente reposar varias veces al día con las piernas flexionadas.

Planchar

Es aconsejable no acumular grandes cantidades de ropa para planchar. Es preferible hacerlo sentado o de pie, colocando un pie alternativamente encima de un banquito de una altura aproximada a un escalón. Independientemente de la colocación elegida, la tabla de planchar debe estar a la altura de la cadera.

Lavarse los dientes

Mejor hacerlo con una ligera flexión de rodillas y apoyados en el lavabo.

Barrer

Mantener la espalda lo más recta posible. Para ello es importante que el palo de la escoba tenga la altura de la persona que lo utilice.

Limpiar cristales

Evite estirarse en posición forzada o de puntillas. Para alcanzar zonas altas, es mejor hacerlo subido a una escalera.

Hacer la cama

Debe flexionar las piernas y mantener la espalda recta. En caso de camas que estén pegadas a la pared, es preferible separar la cama que estirarse con el peligro de producirse un tirón muscular.

Ejercicios para realizar en casa y en el hospital

A continuación describimos una serie de ejercicios fáciles para realizar estando sentado, que ayudan a relajar la zona del cuello, parte alta de la espalda y hombros.

- Todos han de ser realizados sin forzar, con suavidad y sin dolor.
- Se debe repetir el ejercicio entre diez a quince veces.
- Si es posible, hacerlos por la mañana tras levantarse y antes de acostarse por la noche.

Acompañar todos los ejercicios con la respiración, cogiendo aire por la nariz y soltándolo suavemente por la boca.

1. Mantener la espalda apoyada y los pies en el suelo. Bajar la cabeza y volver lentamente, hasta mirar de nuevo al frente.
2. Girar la cabeza hacia la izquierda y derecha.
3. Inclinar la cabeza acercando la oreja hacia el hombro del mismo lado.
4. Realizar círculos con los hombros, de delante hacia atrás.
5. Levantar los brazos estirando bien los dedos de las manos

Bibliografía:

1. La prevención del dolor de espalda en el cuidado de enfermos. Dern, J; Josa, R M . Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, 2001.
2. Guía de Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid: "Tus actividades diarias influyen en tu salud".
3. Guía de Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. Comisión de Sanidad Pública del ICPFCM. "Ejercicios para una vida sana".
4. Prevención del dolor de espalda en el cuidado de enfermos. UGT Madrid. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente. Consejería de Empleo y Mujer. Comunidad de Madrid.
5. Guía para la realización de transferencias. Servicio de daño cerebral. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Hospital Aita Menni ospitalea.

Escuela de espalda. Colección Rehabilita. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Consorci Hospital General Universitari de Valencia.

10. SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y CAIDAS

Autores: Granados Matute, Ana Eva; Rodríguez Pappalardo, Fátima; Arauz Carmona, Luisa.

La seguridad queda definida como la ausencia de riesgo. La inmovilidad prolongada a la que se ven sometidos este tipo de pacientes produce riesgo de padecer dos complicaciones que debemos intentar prevenir. Nos referimos a las úlceras por presión y las caídas.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión, también llamadas escaras, son lesiones producidas en la piel que pueden afectar a sus planos más profundos (grasa, músculo e incluso hueso).



Se producen por la falta de riego sanguíneo a los tejidos como consecuencia del aplastamiento entre dos planos duros, uno de ellos perteneciente al paciente (cualquier saliente óseo) y otro externo al paciente (la cama, la silla, el zapato etc.).

PRESION + TIEMPO = ULCERA

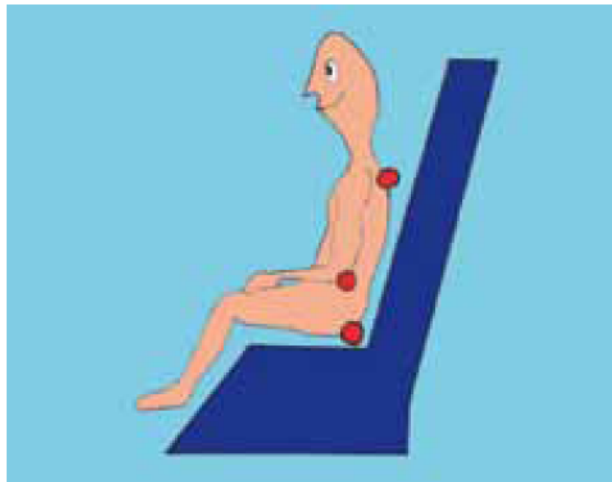
En su aparición pueden actuar los siguientes factores:

- Debidos a las condiciones del paciente:
 - Pérdida de sensibilidad que impide sentir dolor a la presión prolongada.
 - Parálisis que dificulta los cambios de posición.
 - Delgadez extrema.
 - Edad avanzada
 - Anemia, desnutrición y deshidratación.
 - Deformidades y limitaciones articulares.
 - Alteración del estado de conciencia: coma, estupor, confusión.
 - Trastornos Inmunológicos: cáncer, infecciones.
- Ajenos al paciente:
 - Presión directa mantenida, como consecuencia de la inmovilidad: los tejidos blandos: la piel, el músculo, la grasa.... se encuentran comprimidos por el peso del cuerpo sobre un plano duro que puede ser el hueso y la superficie donde se apoyan-

- Roce o fricción: la espasticidad puede producir un roce constante que puede originar una lesión. También podemos producirlas cuando arrastramos a la persona sobre la cama para desplazarla.
- Maceramiento o reblandecimiento de la piel: Una zona constantemente húmeda puede dar lugar a lesión de la piel por lo que debemos realizar una buena higiene y vigilancia de la piel del paciente. La humedad reblandece la piel y la rompe.
- Arrugas en ropa de cama, pijamas, objetos que produzcan roces.

¿Cuáles son las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión?

1. Sentado: Al estar sentado la presión se concentra en las nalgas, codos y paletillas.
2. Boca arriba: Las zonas de mayor riesgo son: codos, talones, sacro, occipital y escápulas.
3. Boca abajo: Vigilar rodillas, dedos gordos del pie, crestas ilíacas y tibiales.



4. De lado: Orejas, hombros, caderas y cara externa de rodillas y tobillos.

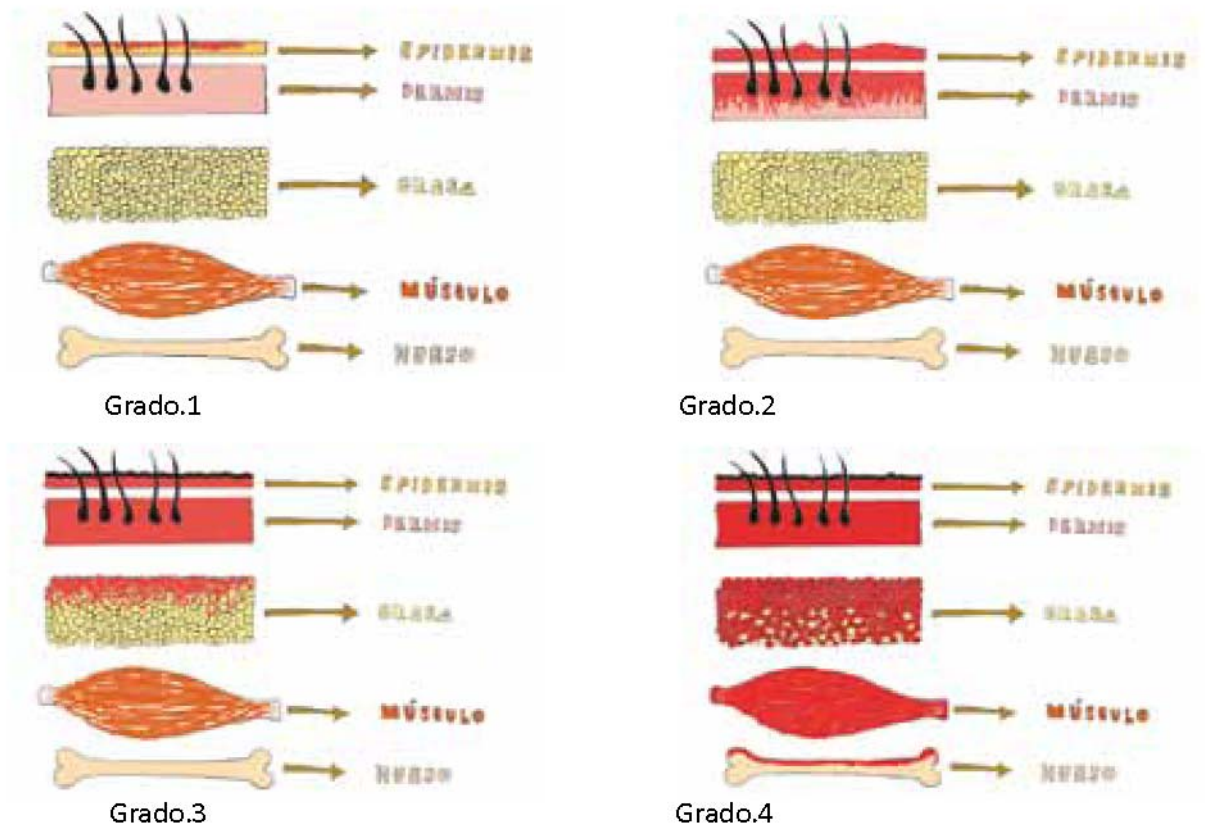


¿Todas las úlceras son iguales?

Dependiendo de su profundidad y extensión se han clasificado en 4 grados:

- Grado I: Se trata de la existencia de una zona enrojecida que al retirar la presión, recupera su aspecto normal. La piel aún está intacta. Es fundamental detectar la lesión en esta fase para evitar su progresión. Habrá que proteger la zona y eliminar el apoyo sobre ella.
- Grado II: La piel se encuentra ligeramente erosionada. Pueden aparecer ampollas.
- Grado III: La lesión ha progresado a planos más profundos. Aparece una placa necrótica de color negruzco lo que indica existencia de tejido muerto.

- Grado IV: Existe pérdida de sustancia. Destrucción de tejido subcutáneo, músculo e incluso hueso. Pueden complicarse con infecciones graves.



¿Cómo prevenirlas?

Para evitar la aparición de úlceras por presión habrá que tener en cuenta:

A. Cuidados y vigilancia de la piel:

- Examine la piel a diario para comprobar que no existen zonas enrojecidas.
- Mantenga la piel limpia, seca e hidratada en todo momento, en caso de incontinencia preste mayor atención a las zonas más expuestas a humedad o suciedad. (Ver capítulo higiene y eliminación)
- Evite presiones innecesarias sobre el cuerpo, producidas por: la ropa apretada, pliegues en las sábanas, restos de comida...

B. Eliminar o reducir la presión:

- Debemos eliminar por completo la presión sobre las zonas de riesgo utilizando para ello cojines, almohadas, goma espuma.
- Realizaremos cambios posturales cada 3 o 4 horas. Podemos establecer un sistema de rotación de forma que alternemos todas las posturas. Podría ser de boca arriba a lado derecho, boca abajo, lado izquierdo y de nuevo boca arriba. Sería mejor anotarlo para que no se nos olvide. Si la posición del paciente lo permite podemos alternar con períodos en el sillón o en la silla de ruedas. La experiencia, la concienciación y la responsabilidad de las per-

sonas encargadas de su cuidado son imprescindibles para asegurar la continuidad y la correcta realización de los cambios posturales en el domicilio.

- Realizar una correcta movilización de las articulaciones. (Ver capítulo movilizaciones)

C.Cuidados generales:

- Mantener una dieta equilibrada asegurando un aporte de proteínas suficiente. Realizar comidas frecuentes al día y no muy abundantes. Se pueden añadir piezas de fruta en medio de las comidas.
- Aumentar la ingesta de líquidos. Es importante para mantener una buena hidratación externa e interna.
- Activar la circulación con masajes de forma sistemática y en sentido circular y ascendente para favorecer el retorno venoso.
- Si el paciente es diabético habrá que controlar los niveles de glucemia y si están alterados consultar con su médico.

Y si existen úlceras ¿qué debemos vigilar?

En caso de que ya exista una úlcera:

- Se pueden utilizar apósitos especiales, en aquellas zonas donde exista una úlcera incipiente. Consulte con la enfermera de su Centro de Salud.
- Vigilaremos signos de infección: Mal olor, exudado con mal aspecto, enrojecimiento e hinchazón de la zona, fiebre.

Bibliografía:

- Manual de atención domiciliaria. Sociedad Catalana de Medicina. Barcelona 2003.
- Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Obra Social. Fundación “La Caixa” 2009.

Las caídas

Según la Organización Mundial de la Salud: “La caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Tienen consecuencias de inmediato como heridas, fracturas e incluso lesiones graves.

¿Cómo prevenirlas?

Ante un paciente con riesgo de caída lo más importante es que ésta no ocurra para ello una vez en casa tendremos en cuenta:

- Si el paciente está encamado trataremos de acondicionar el dormitorio proporcionando un mobiliario adecuado para la comodidad y seguridad del paciente, evitando obstáculos que favorezcan el riesgo de caídas, tales como:
 - Si se trata de una cama articulada, asegurar que tenga puestos los frenos.
 - Colocar barandillas, cuando nos alejemos de la cama dejar estas levantadas.
 - Si está algo agitado realizar sujeción del cuerpo con una sábana a la altura del tórax, atada por ambos extremos a las barandillas. Evitando lesionar al paciente.
 - Esta misma sujeción podemos realizarla si lo levantamos al sillón, amarrando la sábana en la espalda del asiento.
 - Evitar en lo posible dejarlo solo.
- Si el paciente está comenzando a caminar, ante todo prestarle ayuda:
 - Asegurar que el suelo esté seco y retirar las alfombras.
 - Vigilar el calzado, debe ser sujeto y con suela antideslizante.
 - Comprobar que no hay objetos por el suelo que le puedan hacer tropezar.
 - Retirar espejos o cosas frágiles de su recorrido.
 - Procurar una buena iluminación de la estancia.

¿Cómo actuar ante una caída?

- Ante todo no perder la calma.
- Tranquilizar al paciente y pedir ayuda.
- Avisar al Servicio de urgencias de su Centro de salud.
- Trasladarlo a la cama con precaución, comprobando previamente que no existen lesiones que desaconsejen su movilización tras consultar con el Servicio de urgencias.
- En caso de que existan lesiones graves, llame al servicio de emergencias 112 y explique lo ocurrido

Bibliografía:

- Cuidar y cuidarse. Guía para personas cuidadoras. Escuela Andaluza de salud Pública. En: www.escueladepacientes.es. Consultado el 5 de julio de 2010.

11. LA INTERVENCIÓN SOCIAL SANITARIA Y EL APOYO SOCIAL.

Autores: Hervás de la Torre, Agustina; Villegas Espinosa, Ana.

Como se ha comentado en capítulos anteriores, la enfermedad es un proceso vital que representa una pérdida en el equilibrio de la persona que la padece y de su entorno más cercano, en definitiva produce una crisis. En estos momentos el paciente y su familia necesitan reorganizar todos los apoyos sociales que les permitan volver a una nueva situación de equilibrio.

En esta situación los afectados se enfrentan a un cambio, con respuestas y tareas que no siempre pueden abordar por ellos mismos. Habrá que movilizar las capacidades y recursos propios y las de su red social, de manera que se pueda retomar la situación de equilibrio.



Para ayudar en esta tarea también contamos en el entorno comunitario con la intervención del Trabajador Social Sanitario. Localizado en su Centro de Salud le ayudará y acompañará en el proceso de toma de decisiones sobre la conveniencia o no, de utilización de unos apoyos sociales u otros, y la utilización y fomento de las propias capacidades familiares.

Reacciones familiares ante la enfermedad

Una familia en la que alguno de sus miembros ha sido diagnosticado de una enfermedad con secuelas de dependencia para la vida autónoma, pasa por diferentes situaciones hasta la aceptación de la nueva situación. Todas estas situaciones son normales, forman parte del proceso de adaptación.

¿Qué puede ocurrir en la familia?

- Que uno de los miembros se identifique como cuidador principal e interrumpa la realización de sus funciones habituales.
- Que se produzcan alianzas entre el paciente y ese cuidador y se aíslen del resto.
- Que se sobreproteja al paciente y no se le facilite expresar sus capacidades.
- Que otro miembro de la familia realice las funciones propias del paciente y cree conflicto entre el resto de la familia.

- Que la familia se aíse del resto de su red social y sus relaciones queden reducidas a los profesionales.
- Que el proceso de crecimiento normalizado de la familia se altere.
- Que se produzcan sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento e impotencia entre los miembros, que no son fáciles de expresar.
- Que no se diga la verdad de la situación a otros miembros de la familia, provocando situaciones de culpabilidad entre ellos.
- Que no se asuma la pérdida de las funciones, objetivos y expectativas que la familia no podrá realizar debido a la nueva situación.

¿Cómo puede reaccionar la familia?

- Uniéndose por un interés común.
- Adaptándose, mediante el cambio de sus normas y reglas de comportamiento.
- Rompiéndose, cada miembro actúa por su cuenta.
- Claudicando, la familia manifiesta su pérdida de capacidad para dar una respuesta adecuada a la situación.

¿Cómo podemos ayudar al paciente y su familia en la comunidad?

Mediante la utilización de los apoyos sociales, con ello pretendemos evitar que las situaciones descritas deriven en procesos no saludables para la familia. Lo ideal es que la familia se adapte favorablemente a la nueva situación, los profesionales de la intervención social forman parte de los apoyos sociales necesarios para esta adaptación, a la vez que trabajan con dichos apoyos.

El trabajador/a social de su centro de salud de referencia realizará el seguimiento de los apoyos sociales y la red de cuidadores familiares que se han consensuado durante la estancia hospitalaria mediante:

- El fomento de la red de cuidadores familiares en la comunidad con el fin de facilitar momentos de descanso para todos los miembros y evitar la sobrecarga de unos. Utilizando técnicas de mediación familiar, redefiniendo roles y responsabilidades.
- Proporcionando los momentos de desahogo emocional individual que cada miembro de la familia necesita para afrontar y asumir la nueva situación, evitando con ello la angustia.
- Potenciando las habilidades sociales y de comunicación entre todos los miembros de la familia, evitando así el miedo a compartir los sentimientos para no herir a los demás.
- Ayudando a afrontar el cambio que produce en la vida de las personas la enfermedad de un familiar
- Enseñando a los familiares estrategias sobre el uso y planificación del tiempo para mantener y potenciar la red social familiar.

- Ayudando a la familia a potenciar las capacidades (físicas o psíquicas) que pueda conservar el paciente.
- Entrenando a los familiares en el manejo de situaciones que puedan dificultar la reorganización familiar, educando en el fomento de actitudes adecuadas, saber decir no, saber pedir ayuda.
- Gestionando los apoyos que puedan necesitar otros miembros de la familia que están en el domicilio (niños, ancianos, otros miembros dependientes).
- Definiendo las situaciones laborales, tanto del paciente como de los familiares, para informar y gestionar las diferentes ayudas a las que puedan acceder en función de la legislación vigente, permitiendo con ello mantener la actividad laboral de los diferentes miembros de la familia (situaciones de invalidez transitoria, compatibilidad de vida laboral y cuidados, etc).
- Informando y apoyando a la familia en la tramitación de ayudas que puedan ser necesarias, como valoración de minusvalía o de dependencia.
- Identificando la situación de la vivienda, revisando la adecuación de las instalaciones y las posibles adaptaciones que hayan sido necesarias para la vuelta a casa.
- Contactando con los servicios comunitarios que puedan ser necesarios para el mantenimiento en la comunidad. (Asociaciones comunitarias, grupos de voluntariado, recursos comunitarios, etc)
- Gestionando la intervención de otros profesionales en caso necesario.
- Realizando el seguimiento de las actuaciones programadas, valorando los cambios producidos en el tiempo y consensuando nuevas estrategias de actuación en función de la evolución familiar.

Otros apoyos y ayudas sociales en la comunidad.

- Teleasistencia: Dirigido a personas que pasan un número de horas solas en su domicilio. Mediante un sistema de alarma instalado en el domicilio permite dar respuesta telefónica rápida ante una necesidad surgida.
- Ayuda a domicilio: Permite prestar atención para actividades del hogar y de higiene a las personas que no pueden realizarlas por ellas mismas.
- Unidades de Estancias Diurnas: Posibilita la estancia de la persona afectada, en horario de mañana y tarde, ayudando a los cuidadores a que retomen sus actividades habituales.
- Centros residenciales: Para pacientes gravemente afectados.

Estos apoyos pueden ser de carácter privado o público. En el caso de los apoyos públicos el acceso a los mismos se realiza tras la resolución dictaminada por la Ley de Autonomía Personal.

- Ayudas para adecuación y rehabilitación de la vivienda: Permite la adaptación de la vivienda (baños, puertas, barreras arquitectónicas en el edificio y en el hogar) de personas discapacitadas.

- Ayudas para la Conciliación de la vida laboral y la vida familiar: Mediante la aplicación de diferentes normativas se trata de compatibilizar la vida laboral de los cuidadores, con la atención a la persona enferma, por ejemplo reducción de la jornada laboral.
- Ayudas establecidas en las diferentes medidas de apoyo a las familias. Son medidas establecidas por diferentes consejerías, es necesario consultarlas en función de cada situación familiar planteada.
- Ayudas Individuales Anuales: Permiten adquirir o renovar aparatos ortoprotésicos y otras ayudas técnicas como audífonos, gafas, etc. Son ayudas individuales, que se tienen que solicitar una a una, cuando sale la normativa de la consejería cada año, en función del cumplimiento de los requisitos exigidos.
- Certificado de Minusvalía: Documento otorgado por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, mediante el cual se puede tener acceso a diferentes ayudas y servicios sociales como: exenciones fiscales en IRPF, Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, IVA, Impuesto sobre vehículos de tracción mecánica, tarjetas de aparcamiento, etc.
- Ayudas sobre prestaciones contributivas de seguridad social (pensión de invalidez, prestación por hijo a cargo y subsidios).
- Ayudas previstas en la Ley de Integración Social de Minusválidos de 1982, sobre las prestaciones económicas para personas con discapacidad.

Para la mejor utilización y acceso a las diferentes modalidades de apoyo, es conveniente consultar con el/la Trabajador/a Social Sanitaria de su centro de salud. Este profesional tras la valoración socio familiar, le ayudará y orientará sobre la modalidad de apoyo mas adecuada en función de sus características, sus necesidades y la normativa vigente en el momento.

Sobre la Incapacidad legal

Se define Incapaz a aquella persona que no tiene autogobierno. La Incapacitación judicial de una persona supone privarla total o parcialmente de su capacidad de obrar.

Las causas de la incapacitación judicial son las enfermedades o deficiencias persistentes, físicas o psíquicas, que impiden a la persona gobernarse por sí misma.

El proceso de incapacidad judicial de una persona lo puede iniciar el cónyuge o descendientes, en su defecto los ascendientes o hermanos, y el ministerio fiscal a instancias de los profesionales u otras personas. La incapacidad siempre se considera reversible.

Se encuentra regulada en el Código Civil Art. 199 al 214, y en la Ley 13/1983 de 24 de octubre de la reforma de tutela.

Habrá que tener en cuenta que la finalidad de la incapacitación judicial es proteger a la persona y su patrimonio. Una persona solo puede ser declarada incapaz por sentencia judicial.

Existen dos tipos de incapacidades:

- Incapacidad Total. La persona queda Incapacitada para cualquier decisión sobre su vida.
- Incapacidad Parcial. La persona queda Incapacitada sólo para la administración de sus bienes.

La incapacidad sólo puede otorgarla el juez y queda registrada en el registro civil. El juez nombrar  un tutor, que será un familiar, en caso de no existir puede ocuparse una fundación tutelar.

Obligaciones del tutor:

- Realizar inventario integro del patrimonio del tutelado, junto con el ministerio fiscal, antes de iniciar la tutela.
- Rendir cuentas periódicamente ante el juez sobre las operaciones realizadas sobre el patrimonio.
- Representar y proteger al tutelado, así como administrar sus bienes con diligencia.

El tutor necesita autorización judicial para:

- Internar al tutelado.
- Enajenar o gravar bienes de cualquier tipo (p.ej. constituir hipotecas).
- Hacer gastos extraordinarios de los bienes.
- Entablar demandas en nombre del tutelado.
- Ceder bienes en arrendamiento.
- Dar y tomar dinero a préstamo.
- Disponer a título gratuito de bienes.
- Renunciar a derechos del tutelado.

 C mo acceder a la Unidad de Trabajo Social Sanitario?

- A través del personal médico o de enfermería de su Centro de Salud
- Mediante el Informe del trabajador social sanitario del hospital que se le entrega al alta.
- Solicitando cita directamente en la Unidad de Trabajo Social Sanitaria de su Centro de Salud de referencia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. COLOM, D. (1997): "La atención sociosanitaria del futuro. Nuevas realidades nuevas soluciones". Mira editores. Zaragoza.
2. COLOM, D. (2000): "La planificación del alta hospitalaria". Mira Editores. Zaragoza.
3. FERNANDEZ, RM. (2004): "Trabajo Social: Entre la vulnerabilidad y la resiliencia". Revista Trabajo Social y Salud nº 49. 327-335. Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
4. GARCIA SANCHEZ, S. (1993): "Movilización de Apoyo social". Revista Trabajo Social y Salud nº 14.
5. GETINO MELIAN, M.A., HERRERA HERNANDEZ, J.M.(2001): "El apoyo social y la calidad de vida en pacientes en tratamiento sustitutivo". Revista de Trabajo Social y Salud 2001, nº 40.
6. GONZALEZ, R. (2006): "El apoyo social como elemento facilitador de los procesos de duelo". Revista de Trabajo Social y Salud nº 53, 181-197. Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
7. GRACIA FUSTER, E. "El apoyo social en la intervención comunitaria". Paidós Trabajo Social 1.
8. QUINTERO, A. (2004): "La resiliencia: Un reto para el Trabajo Social". Margen. Desde el fondo, cuadernillo temático nº 21.
9. ROCA, F., VILLALVI, J.R. (1993): "Trabajo social y salud: Prestando apoyo a los grupos de ayuda mutua". Revista Trabajo Social y Salud nº 14.
10. VILLALBA, C. (2000): "Dimensiones individuales y comunitarias de las redes sociales". Tercer Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, 269-280. Mira editores. Zaragoza.

ALGUNAS PREGUNTAS FRECUENTES

Autores : Picallos Conde, M^a José; Picón Garrote, Carmen; Lardelli Picallos, Santiago.



A continuación respondemos las dudas más frecuentes que los cuidadores nos plantean durante su estancia en nuestra unidad.

¿Qué secuelas puede producir la lesión que padece?

Los déficits que se producen en el Daño Cerebral Adquirido no son necesariamente permanentes.

Las secuelas más habituales son las siguientes:

- Trastornos motores: Parálisis, alteraciones del equilibrio, alteraciones musculares, problemas para tragar, problemas para hablar, etc.
- Trastornos sensoriales: visual, auditivo, olfativo, sensibilidad.
- Trastornos cognitivos: memoria, lenguaje, atención, orientación, comprensión.
- Trastornos de comportamiento: agresividad, desinhibición.
- Trastornos emocionales: depresión, ansiedad.

¿Cuánto tiempo va a durar la rehabilitación?

La rehabilitación se adapta a las características individuales de cada paciente, por tanto, no hay una duración establecida. Se valorarán en sucesivas revisiones, los progresos conseguidos. Se establecerán objetivos en función de la evolución del paciente.

¿Cuánto tiempo se tarda en notar los progresos?

Influyen muchos factores: localización y gravedad de la lesión, tiempo en coma, edad, tiempo de evolución, recaídas, historial previo a la lesión, participación y grado de implicación del paciente y su familia en la rehabilitación.

Tras la fase aguda, la mejoría más evidente se da en el plazo de unos seis meses. A partir de ese momento siguen apareciendo progresos aunque menos significativos.

Tiene un comportamiento extraño ¿a qué puede ser debido?

En muchos casos, después de la fase aguda, puede mostrarse desinhibido o irritable.

Las causas pueden ser múltiples: Localización de la lesión, frustración, trastorno de personalidad, etc.

Debemos tener paciencia.

Los profesionales valorarán el origen de dicho comportamiento, asesorarán a la familia y marcarán las pautas más adecuadas a seguir.

Su recuperación se ha estancado. ¿No va a mejorar más?

A veces se producen estancamientos e incluso pequeños retrocesos, pero si no ha habido cambios importantes que interfieran en la rehabilitación, lo normal es que siga evolucionando favorablemente. Si no fuera así, habría que realizar una nueva evaluación del paciente y ver qué está afectando a su evolución.

No descansa bien por las noches. ¿Qué puedo hacer para que descanse mejor?

Para que el paciente adquiriera un buen hábito de sueño, sería recomendable:

1. Evitar bebidas y comidas abundantes en la cena, procurando dejar el tiempo suficiente para la digestión antes de acostarlo o prepararlo para dormir.
2. No darle alimentos que contengan chocolate, cacao ni bebidas gaseosa ya que dificultan el sueño.

3. Es importante saber si alguno de los medicamentos que toma tiene en su composición cafeína, ya que ésta puede permanecer en el cuerpo hasta 14 horas después de haberla ingerido.
4. La actividad moderada cotidiana, en la medida de sus posibilidades, tanto física como mental ayudan a conciliar el sueño (salir de paseo, ejercicios activos o pasivos, etc.). Estas actividades se deben reducir a medida que se aproxime la hora de dormir.
5. Adquirir una rutina previa que vaya preparando al cuerpo y a la mente para dormir. Por ejemplo bañarlo antes de dormir, darle un vaso de leche caliente, ponerle música relajante, leerle algo que le guste, darle un breve masaje, etc.
6. Acostarlo o prepararlo para dormir siempre a la misma hora, lo mismo para despertarlo por la mañana, es muy importante que adquiera esta rutina diaria.
7. Si ha pasado una mala noche, no permitirle largos periodos de sueño durante el día ya que eso trastocará todo su ritmo.
8. Controlar la temperatura, la luz, la ventilación y el ruido de la habitación para que resulte lo más agradable posible.
9. La siesta es importante para ellos, pero se debe de procurar que sea breve y si tiene serios problemas para dormir de noche incluso suprimirla, siempre teniendo en cuenta que un excesivo cansancio puede conllevar una mayor dificultad para dormir.
10. Si tiene despertares nocturnos, o si precisa atención para cambiarlo o darle medicación, intentar variar lo menos posible las condiciones de luz, ruido, etc., para que le resulte más fácil volver a dormir.

Me han comentado que debo estimularle. ¿Cómo puedo hacerlo?

Es cierto que la estimulación es favorable para su evolución.

Podemos conseguir estimularle a través de su música preferida, poniéndole la TV, hablándole con frecuencia siempre en tono normal (no hablarle como si fuera un bebé).

Es importante tener en cuenta que las horas de sueño y descanso hay que respetarlas y dejarle descansar.

El retorno a casa, donde se volverá a reencontrar con sus cosas, sus amigos, su familia, etc. será el mayor estímulo que podamos aportarle.

No consigo relajarme. ¿Cómo lo consigo?

Existen algunas técnicas de relajación que le pueden ayudar

- Técnica de la relajación mediante el suspiro.-

Es una de las formas que existen para poder rebajar la ansiedad en un momento determinado de forma rápida.

El suspiro se suele acompañar de la sensación de que algo no anda bien (sentimiento de tristeza, preocupación, agitación).

No obstante podemos utilizarlo voluntariamente para liberar algo de tensión y puede practicarse como medio de relajación.

Los pasos a seguir son:

- Escoja una posición que le resulte agradable.
- Tome el máximo de aire de manera que note que no cabe más aire en su abdomen.
- Suspire profundamente emitiendo a medida que el aire va saliendo de sus pulmones un sonido de profundo alivio.

- Ejercicio para tranquilizarse.-

Le aclarará la mente cuando esté cansado o haya trabajado demasiado, y si lo hace por la noche le ayudará a dormir. No fuerce la respiración.

1. Aspire por la nariz, contando lentamente hasta cuatro. Contenga la respiración durante otros cuatro, seis u ocho segundos.
2. Sin mover su cuerpo comience a espirar y cuente lentamente hasta cuatro, seis u ocho. Expulse todo el aire.

Cuando llegue al último número recomience el ejercicio.

- Relajación muscular.-

Mediante la tensión de alguna parte específica del cuerpo, durante unos segundos, involucrando desde la cabeza hasta los pies y posteriormente se libera la tensión muscular.

GLOSARIO:

- **ABSORBENTE:** término general con el que asignamos los pañales o empaperas.
- **ANATOMIA:** ciencia que estudia la estructura morfológica del organismo.
- **ANTISÉPTICO:** producto desinfectante.
- **APARATO URINARIO:** conjunto de órganos que participan en la formación y expulsión de orina del organismo.
- **APÓSITO:** material con el que se cubren zonas de piel dañadas, bien para su protección contra infecciones o roces, o bien como tratamiento para su recuperación.
- **AUTONOMÍA:** ser independiente, poder realizar las cosas por uno mismo
- **CANULA (LARÍNGEA):** tubo hueco, rígido y curvo, normalmente de plástico aunque también pueden ser de plata, que ponen en contacto las vías aéreas con el exterior, a través de una incisión o corte realizado a nivel del cuello (traqueostomía).
- **CATÉTER:** tubo hueco flexible utilizado con fines diagnósticos o terapéuticos mediante su introducción en una cavidad o conducto del organismo.
- **CRÁNEO:** grupo de huesos unidos que albergan y protegen al cerebro, son los responsables de la forma redondeada y dura de nuestra cabeza.
- **CEREBRO:** órgano del sistema nervioso que se localiza en el interior de los huesos del cráneo, en la cabeza, responsable de nuestro pensamiento y coordinación de las distintas funciones de nuestro cuerpo.
- **COMA:** estado severo de pérdida de conciencia, donde existe un fuerte trastorno de las funciones del cerebro.
- **CIANÓTICO:** coloración azulada de la piel, mucosas y lecho de las uñas, normalmente debida a la falta de oxígeno en sangre.
- **CONFUSIÓN:** referida a la pérdida de orientación (habilidad para ubicar correctamente cosas como el tiempo, lugar e identidad personal) y de la memoria (habilidad para recordar correctamente eventos previos o aprender nuevo material)
- **DEFENSAS/ SISTEMA INMUNITARIO:** mecanismos existente en el cuerpo humano que nos protege contra las infecciones
- **DEPOSICIÓN:** excreción de heces
- **DESGARRO:** lesión producida por un estiramiento excesivo
- **DETRITUS:** residuos que provienen de la descomposición de fuentes orgánicas. Es materia muerta
- **DILATACIÓN:** aumento de tamaño
- **DISNEA:** dificultad para respirar.
- **DIURESIS:** volumen de orina expulsada

- **DRENAJES:** procedimiento para asegurar la salida de líquidos de órganos, cavidades o tejidos corporales como heridas o zonas infectadas
- **EDEMA/HINCHAZÓN:** acumulación de líquido fuera de los vasos sanguíneos, en el tejido.
- **ENCÍAS:** tejido mucoso que rodea los dientes, normalmente, de color rosa pálido.
- **ENTORNO:** todo aquello que nos rodea.
- **ESPACIOS INTERDIGITALES:** espacio situado entre los dedos de pies y manos.
- **ESPASTICIDAD:** refleja un trastorno motor del sistema nervioso, que hace que algunos músculos se mantengan permanentemente contraídos. Dicha contracción provoca la rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere sus distintos movimientos y funciones: deambulación, equilibrio, habla, deglución, etc.
- **ESTADO DE CONCIENCIA:** existen tres estados normales de conciencia: la vigilia (cuando estoy despierto y soy capaz de responder a estímulos), el sueño superficial y el sueño profundo, estado natural y necesario, por el que pasamos todas las personas a lo largo del día.
- **ESTADO NUTRICIONAL:** situación en la que se encuentra una persona en relación con su alimentación y asimilación de los nutrientes en su organismo.
- **ESTOMA:** orificio que se realiza a través de la piel, donde se insertará un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones en el caso de una traqueostomía, o para la administración de alimentos a nivel del estómago, cuando la persona no puede tragar, denominándose gastroestoma.
- **ESTUPOR:** estado en el que una persona está despierta pero no puede responder a estímulos externos. Existe una desconexión con el mundo externo lo que se le suma una pérdida del movimiento voluntario, pudiendo reaccionar ante ciertos estímulos. De vez en cuando los pacientes pueden decir frases sin sentido, o repetir lo que el médico dice. También realizan repeticiones de movimientos estereotipados (tics).
- **EXCRETAR:** expulsar los residuos metabólicos, como orina, heces, anhídrido carbónico de la respiración.
- **EXUDADO:** conjunto de elementos que se origina en un proceso inflamatorio, que se depositan entre los tejidos o en cavidades del organismo.
- **FERULAS:** dispositivo o estructura de plástico o tela que se aplica con fines terapéuticos, normalmente como tratamiento ortopédico.
- **FISIOLOGÍA:** ciencia que estudia el funcionamiento de los seres, o parte de ellos.
- **FOMENTAR:** estimular, motivar
- **FRICCIÓN:** fuerza de rozamiento entre dos superficies de contacto
- **HEMATOMA:** acumulación de sangre en un tejido, órgano, o espacio de forma anormal.

- **HOMOGÉNEOS:** mezcla de distintos elementos que no se distinguen entre sí.
- **HONGOS:** microorganismos que viven en la piel, el pelo o las uñas y que pueden ser causante de enfermedades infecciosas en momentos de debilidad del sistema inmunitario.
- **INCIPIENTE:** que se está iniciando.
- **INGESTIÓN:** introducción del alimento al aparato digestivo
- **INFECCIÓN:** implantación y desarrollo en el organismo de un ser vivo (microorganismo) con la subsiguiente aparición de una enfermedad
- **INMOVILIDAD:** incapacidad para moverse.
- **JERINGA DE ALIMENTACIÓN:** jeringa de 50 cc.
- **LAXANTES:** sustancias que favorecen la evacuación intestinal, pueden ser de administración oral o rectal.
- **MACERACIÓN:** ablandamiento de un tejido anormal por traumatismos repetidos o imbibición en agua o en otros líquidos.
- **MEATO:** conducto final del aparato urinario a través del cual expulsamos la orina al exterior.
- **MANIOBRAS:** conjunto de movimientos concretos para conseguir una finalidad.
- **MÉDULA:** cordón de tejido nervioso, que se sitúa dentro de la columna vertebral y que conecta al cerebro con el resto de nuestro cuerpo, es la autopista por la que viaja la información que recibimos de los nervios.
- **METABOLISMO:** conjunto de reacciones que se producen con los nutrientes en las células.
- **MICCIÓN:** expulsión de la orina
- **MICROORGANISMO:** planta o animal microscópico, microbio.
- **MICROORGANISMO OPORTUNISTA:** microbio que no es oportunista en condiciones normales de sus mecanismos defensivos específicos o inespecíficos del cuerpo humano, pero que se comporta a veces como patógeno (causante de infección) en individuos con mecanismos defensivos disminuidos.
- **MUCOSA:** tipo de tejido que recubre las paredes internas de aquellos órganos que están en comunicación con el exterior del cuerpo. Suelen estar asociada a numerosas glándulas secretoras de moco. En general, presentan funciones de secreción, protección y absorción.
- **NERVIOS:** son las prolongaciones o raíces que nacen de la médula e inervan todo el cuerpo, siendo estos los responsables de captar la información de nuestro cuerpo o entorno, enviar la información, así como una vez recibida en el cerebro o la médula espinal, mandar la respuesta para actuar con nuestro cuerpo.
- **NUTRICIÓN:** proceso involuntario a través del cual el organismo absorbe, digiere y pasa a la sangre los nutrientes.

- **NUTRIENTES:** componentes de los alimentos que el organismo aprovecha para obtener la energía necesaria para su funcionamiento, así como para la construcción de sus tejidos.
- **PABELLÓN AURICULAR:** parte externa del oído (oreja).
- **PATOLOGÍA:** todo aquello relacionado con la enfermedad.
- **PLACA NECRÓTICA:** conjunto de tejido muerto, endurecido y de color morado-negro, que encontramos en estadios altos de úlceras en la piel.
- **PLIEGUES CUTÁNEOS:** ingles, axilas, línea inferior de las mamas, pliegues abdominales existentes en personas con sobrepeso
- **POSICIÓN ANATÓMICA:** postura neutra donde el cuerpo adquiere la posición más natural y adecuada. Tipos: supina (boca-arriba) prono (boca-abajo) y lateral (izq. – dch)
- **POSTURAS ERGONÓMICAS:** actitud o posición correcta del cuerpo para manipular cargas o colocar el cuerpo
- **PROTOCOLO:** pautas establecidas para la realización de una acción o actividad.
- **PRURITO:** picor.
- **REFLUJO:** consiste en la vuelta de un producto de excreción a su lugar de origen, por un aumento de presiones. Puede existir el reflujo gastro-esofágico (del estómago al esófago) o el reflujo vesículo-uretral (de los uréteres/ vejiga al riñón).
- **ROL:** función que alguien o algo cumple. Conducta atribuida a quien ocupa una posición dada en una unidad social.
- **ROTAR:** girar
- **RUBOR:** enrojecimiento.
- **SACRO:** zona anatómica del cuerpo situada debajo de la cintura y por encima de los glúteos, es una prominencia ósea, con un alto riesgo de desarrollo de Úlceras por presión.
- **SECRECIÓN:** proceso por el que una célula o un ser vivo vierte al exterior sustancias de cualquier clase. También se llama secreción a la sustancia liberada. El acto de verter una secreción se llama secretar
- **SÍNTOMA:** manifestación de cada uno de los signos de una enfermedad.
- **SONDA:** instrumento largo, flexible y delgado que se introduce por conductos y cavidades del cuerpo humano con fines de exploración, limpieza o drenaje. TIPOS: PERMANENTE: tras realizar el sondaje permanece un tiempo indefinido el catéter. INTERMITENTE tras realizar el sondaje, se retira el catéter.
- **SUSTANCIAS NOCIVAS:** sustancias perjudiciales, malas para la salud del individuo.

- **ULCERAS POR PRESIÓN / LLAGAS:** lesión producida por la falta de riego sanguíneo, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (prominencias óseas: sacro, talones, caderas, escápulas,....) y otro externo a él (colchón, silla, arrugas de las sábanas.....) Puede ir de un simple enrojecimiento permanente a una pérdida de la continuidad de la piel con afectación de otros tejidos más internos.
- **URETRA:** conducto que comunica la vejiga con el exterior, a través del cual se expulsa la orina al exterior.
- **VEJIGA URINARIA:** parte del aparato urinario, donde se almacena la orina que se produce en los riñones, para posteriormente ser expulsada al exterior (micción).

DIRECCIONES Y PÁGINAS DE INTERÉS

FEDERACIÓN ANDALUZA DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO FANDACE.

C/ Arqueología 22
Parque Empresarial Nuevo Torneo
41015 Sevilla
Tel. 954 67 18 81
info@fandace.org

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DAÑO CEREBRAL

Edificio Iberia Mart I
c/ Pedro Teixeira 8 planta 10
28020 Madrid
Tel. 91 417 89 05
info@fedace.org

ASOCIACION SEVILLANA DE DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

Carretera de Miraflores s/n
Apdo. de correos 16024
41080 Sevilla
Tel. 954 43 40 40
dace@fandace.org

ADCA Integración

Avd. Republica de China 28, local 234
41020 Sevilla
Telf. 954 07 45 50
adcaintegracion@gmail.com

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL, DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Avenida Hytasa, 14. 41071, Sevilla.
Tlf. 955 04 80 00. Fax 955 04 82 34
www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial
e-mail: dgpm.cibs@juntadeandalucia.es

COMITÉ ESPAÑOL DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CERMI ANDALUCÍA).

C/ Leonardo da Vinci, s/n. Pabellón ONCE
Isla de la Cartuja. 41092, Sevilla.
Tlf. 954 46 11 92. Fax 954 46 28 11
e-mail: cermi@cermi.es

CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA. (CANF-COCEMFE ANDALUCÍA).

C/ Alfarería, 126-A. 41010, Sevilla.
Tlf. 954 33 03 11. Fax 954 33 02 10
e-mail: central@camf.org

NOTAS

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features approximately 28 evenly spaced horizontal orange lines across the entire page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no margins, text, or other markings present.

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features evenly spaced, horizontal orange lines across the entire surface, providing a guide for letter height and placement. The background is a solid off-white color. There are no margins, text, or other markings present.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen del Rocío