

**“ LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO DEL
Auxiliar de Enfermería
EN LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS
CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO ”**

Autores:

Silvia Martínez Rabancho

Paloma Nieves Sánchez

Ana María Villalobos

.....

Edita:

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Secretaría General de Política Social y Consumo.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Avda. de la Ilustración, s/n.con vuelta Ginzo de Limia 58 – 28029 Madrid

Tel. 91 703 39 35 – Fax 91 703 38 80

E-mail:publicaciones@imserso.es

www.imserso.es

copyright: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

1º Edición

Nipo:

866-11-027-3 (Cdrom) / 866-11-026-8 (En Línea)

Índice

Capítulo 1 Resumen	4
Capítulo 2 Introducción	5
Capítulo 3 Método	7
Capítulo 4 Realización de las AVDS	9
Capítulo 5 Trabajo con el fisioterapeuta	12
Capítulo 6 Controles de esfínteres	14
Capítulo 7 Problemas cognitivos	15
Capítulo 8 Conclusión	18
Capítulo 9 Bibliografía	19

1

Contenido

Este trabajo describe las funciones del auxiliar de enfermería en su relación directa con la rehabilitación en personas con daño cerebral adquirido.

Abarcando tanto el aspecto físico como el cognitivo de la persona, se explican de forma sencilla y breve la actuación en la realización de las actividades de la vida diaria (AVDS) (aseo, vestido y alimentación), rehabilitación física (trabajo con el fisioterapeuta, transferencias, traslados), reeducación vesical (controles de esfínteres) y rehabilitación cognitiva (agresividad, desinhibición, depresión, desmotivación, problemas de memoria, desorientación, problemas de comunicación).

Extendiéndonos más en la rehabilitación de la disfagia, (es un tema de gran complejidad y las consecuencias de una mala actuación pueden ser muy negativas); y en los trastornos del lenguaje porque aíslan mucho a la persona y desencadenan situaciones de frustración, depresión o incluso reacciones violentas por parte del usuario (cuando quiere algo que es incapaz de explicar y nosotros no se lo damos porque no le entendemos).



2

Introducción

El CEADAC es un centro estatal de atención al daño cerebral dedicado a la rehabilitación integral e intensiva de personas con daño cerebral adquirido, que fue inaugurado el 13 de junio del 2002.

Los profesionales auxiliares de enfermería que trabajamos en el CEADAC tenemos que apoyarnos en la experiencia que han adquirido los distintos profesionales del centro a lo largo de estos años, ya que hasta ahora, sólo contábamos desde el 2008 con una guía respecto al nivel cognitivo de pacientes con daño cerebral adquirido.



La rehabilitación abarca dos aspectos del individuo, el físico y el cognitivo, esto encierra cierta complejidad puesto que estos dos ámbitos, no se pueden rehabilitar el uno sin el otro, los déficit cognitivos dificultan mucho el avance en la rehabilitación física y viceversa, por tanto

es muy importante que el auxiliar de enfermería tenga una formación específica que le va a facilitar mucho su trabajo, y va a ser necesario para que los pacientes con daño cerebral tengan en la persona que pasa más tiempo con ellos un referente y un apoyo.

Los problemas con los que nos vamos a encontrar son físicos, sensoriales, de comunicación y cognitivos. A lo largo de este trabajo intentaremos profundizar en cada uno de ellos.

Hay varios factores que facilitan mucho nuestra labor, por un lado el entorno en el que trabajamos y que rodea al usuario, una arquitectura adaptada, bien señalizada, ordenada, sin demasiado ruido, etc.; y por el otro el contacto directo con el usuario y el conocimiento individualizado de la persona (los hábitos de vida anteriores a producirse el daño cerebral, su entorno familiar, sus motivaciones, sus costumbres, sus gustos, sus preocupaciones, etc.),

Este último factor nos ayudara a observar cualquier cambio en la persona, el porqué de una reacción determinada, las distintas situaciones que puedan afectar a su estado de ánimo, etc., para anticiparnos a cualquier problema, y resolverlo o en su caso comunicarlo al equipo rehabilitador.

Pese a todo lo dicho, nos encontraremos con situaciones que nos cogerán por sorpresa, debido a los numerosos factores que son imposibles de controlar, en esos momentos jugara un papel importante la experiencia laboral y los recursos con los cuales cuenta cada trabajador, a veces sin total consciencia de ellos.



3

Método

El método de trabajo gira en torno a un equipo multidisciplinar formado por médico rehabilitador, neuropsicólogo, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, trabajador social y auxiliares de enfermería. Cada uno de ellos está asignado a un equipo a los que se les adjudica un color, rojo, verde o azul. La colaboración entre ellos es muy estrecha.

El resto de profesionales del centro, psicólogo, psiquiatra, médico general, enfermería, nutricionista, terapeuta de ocio y terapeutas deportivos, trabajan con los usuarios de los tres equipos.



El hecho de dividir a los usuarios del centro en equipos reduce el volumen de trabajo facilitando la perspectiva individual, es mucho más fácil afrontar la rehabilitación de la persona cuando se trabaja con un grupo reducido y mucho más fácil también conocer las particularidades de cada uno de ellos.

Desde el punto de vista del usuario esta división les ayuda en sus problemas de orientación. Las distintas plantas del edificio están señalizadas con carteles del color correspondiente a su equipo, así como los despachos del médico rehabilitador, neuropsicología, logopeda, trabajador social y terapia ocupacional. Reduce también el número de auxiliares que trabajan en cada equipo de manera que

el usuario es atendido normalmente por las mismas personas, esto favorece la creación de vínculos y le facilita acordarse del auxiliar y de su nombre.

Los componentes de los distintos equipos conocen a sus usuarios, saben cómo tratarlos y que ayuda necesitan. Esto evita que los usuarios se encuentren con situaciones que les produzcan confusión.

La distribución del trabajo en equipos no significa que nuestro trabajo se limite a los usuarios de nuestro equipo, debemos conocerlos a todos, aunque la relación sea menos estrecha, cubrir sus necesidades sin excepción, puesto que se dan situaciones en las que comparten espacios comunes o bien los profesionales rotamos de equipo para cubrir las necesidades del servicio.

El proceso de rehabilitación es individual por lo tanto cada uno tiene unas pautas a seguir diferentes y es muy importante conocer las particularidades de cada uno.



4

Realización de las AVDS

A diferencia de otros profesionales, nuestra función al principio consistirá en realizar las AVDS por él, pero más tarde deberemos conseguir que las pautas que ha aprendido con el terapeuta se lleven a cabo a diario para alcanzar el mayor grado de autonomía por parte del usuario. Esto implica conocer dichas pautas, trabajar estrechamente con el terapeuta, y así transmitirle cualquier contratiempo y que él nos asesore en cuanto a la solución.

Paciencia

la realización de estas tareas va a suponer sobre todo al principio dotarle de mucho tiempo para que las realice. No debemos transmitirle nuestra impaciencia y a la vez no podemos dejar que la labor nos lleve un tiempo exagerado, por lo tanto tendremos que guiar el ejercicio con pequeñas ayudas o recordándole las pautas que a lo mejor ha olvidado, reforzando los logros y animándole a tomar la iniciativa.

Hay personas que solo necesitan supervisión, y otras que debido a problemas físicos necesitan ayuda sólo para algunas partes del cuerpo.

Lo mismo ocurre con el vestido, que previamente han trabajado con los terapeutas, pero el seguimiento de ese aprendizaje lo tienen que hacer con el auxiliar. Por lo tanto tienes que saber qué hacer para ayudarles si no lo consiguen al principio, sin acabar haciéndolo por ellos: como colocar una camiseta a un usuario con una hemiplejía, como lograr poner el calcetín, conocer y utilizar las ayudas técnicas existentes etc.

En el comedor:

El objetivo es el mismo,

*en la medida de lo posible,
las ayudas para comer se irán
reduciendo para conseguir mayor
autonomía.*

Conocer las pautas del terapeuta, conocer las ayudas técnicas (cubiertos adaptados) y su funcionamiento, este procedimiento conlleva una estrecha colaboración con el terapeuta.

Por su importancia dedicaremos un apartado específico a las personas con disfagia.

La disfagia es un trastorno de la deglución que produce una dificultad en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estomago.

Debemos conocer los síntomas relacionados con la disfagia para detectarlos y tramitarlos al médico o al terapeuta y tomar las medidas necesarias para evitarlos.

(Terre Rosa, 2009)

Dificultad en la masticación o preparación del bolo, babeo excesivo, atragantamiento o regurgitación, tos y cambios en la voz después de la deglución, sensación de cuerpo extraño en la garganta, deglución dolorosa y si tarda mucho en comer salida de alimento por la nariz.

Los cuidados asistenciales del auxiliar de enfermería tendrán como principal objetivo colaborar en la rehabilitación de la deglución y trabajar en equipo con médicos y terapeutas, intercambiando información para mantener la seguridad en la deglución y evitar atragantamientos.



INDICACIONES QUE DEBE DAR EL AUXILIAR:

- el usuario estará sentado correctamente con la columna bien alineada, los hombros a la misma altura, la espalda recta los pies bien apoyados en el suelo o en los reposapiés si utiliza silla de ruedas,
- los antebrazos, si es posible, sobre la mesa,
- la barbilla ligeramente inclinada hacia el pecho, como si nos mirásemos las rodillas, para preservar la vía aérea,
- el usuario no siempre mantendrá esta posición durante toda la comida por lo tanto habrá que repetir las indicaciones, si puede corregir la postura el mismo y si no es así le colocará correctamente el auxiliar,
- que mastique bien la comida,
- que mantenga la boca cerrada,
- que no trague la comida hasta que el bolo no tenga la consistencia adecuada. (Que coma despacio),
- comprobar que no queda comida en el vestíbulo de la cavidad oral y si es así darle las indicaciones para que el mismo con la lengua la recoja,
- que respire con normalidad,

INDICACIONES QUE TIENE QUE TENER EN CUENTA EL AUXILIAR:

- que las cucharadas no estén muy llenas,
- dejar pasar el tiempo necesario entre una y otra,
- si el usuario no sigue las pautas correctamente se puede parar y repetirle las indicaciones tantas veces como sea necesario.

No olvidemos que las personas que nos ocupan tienen déficit cognitivos, no siguen las indicaciones muchas veces por que no las recuerdan o por que comen de forma compulsiva sin poder evitarlo,

- utilizar espesantes si así lo tenemos pautado,
- dar de comer desde un lado, a veces es recomendable elegir el lado afectado para fomentarlo. Esto sucede cuando el usuario tiene heminegligencia (no presta atención a un lado, lo ignora) en estos casos le ofrecemos los alimentos por ese lado para que lo integre en el espacio,
- que no se distraiga, que no hable.

5

Trabajo con el fisioterapeuta

Este tipo de pacientes da mucha importancia a esta terapia en su rehabilitación, no siempre se es consciente de lo necesarios que son los talleres de tipo cognitivos o de la utilidad del trabajo con los terapeutas ocupacionales sin embargo todos son conscientes de lo necesario de un fisioterapeuta, cuando no pueden andar o una parte de su cuerpo no la pueden mover, los déficits físicos son evidentes a simple vista para ellos mismos y para los demás. Esta importancia se traslada a veces a la familia, que centra todos sus esfuerzos en que su familiar vuelva a caminar, si esto no sucede, todo ese esfuerzo se transforma en frustración, que no les deja ver los avances que se han obtenido en otros campos.

Pese a lo anterior, el volver a caminar supone un esfuerzo muy grande para el usuario que pasará por sesiones en el bipedestador, en las paralelas, para más tarde ir comenzando con recorridos, que irán aumentando en duración, con ayuda del andador o la muleta, en estos traslados el usuario irá acompañado por el auxiliar. Este esfuerzo va acompañado de dolor en muchos casos, y nos vamos a encontrar con usuarios que no quieren realizar los traslados y se busquen excusas, ante esto hay que ser firmes, después de verificar que efectivamente no hay ningún fundamento en dichas excusas.



También te encuentras el caso opuesto, personas que quieren andar cuando no es momento de hacerlo e incluso es contraproducente que así se haga, por lo tanto su médico y su fisioterapeuta no lo han pautado. Hay que frustrar estos intentos de ir por libre, comunicándoselo a su médico, que tomara las medidas oportunas.

Silla autopropulsada y silla eléctrica son otras formas de trasladarse de forma independiente, también tendremos que conocer su funcionamiento.

Otra de nuestras funciones consistirá en que el usuario mantenga una postura correcta las 24 horas del día , a ser posible. Las indicaciones para ello nos las facilitará su fisioterapeuta y a veces también su terapeuta ocupacional.

Además estaremos informados de los avances que se han obtenido en cuanto a su autonomía: si frena y quita el freno de la silla, si retira y posteriormente coloca los reposapiés, si avanza con la silla auto propulsándola, si se echa el mismo hacia atrás en la silla, si colabora en las transferencias o las realiza por si mismo etc.

Todo lo anterior implica tener los conocimientos necesarios para que, en caso de que al usuario se le olvide la técnica correcta para realizar todo lo anterior, nosotros podamos recordársela.

Conoceremos la forma correcta de realizar las distintas transferencias para de esta manera prevenir caídas y en cuanto al personal prevenir riesgos laborales: dónde colocar la silla de ruedas al pasar de la cama a la silla o viceversa en un usuario con hemiplejía, dónde colocar los puntos de apoyo, la posición correcta de las piernas y los brazos, cómo salir de la cama, qué postura nos facilitará el levantarnos etc.



6

Control de esfínteres

Tienen como finalidad la reeducación vesical, el médico rehabilitador establece las pautas ya que el control de esfínteres supone un gran paso a la hora de recuperar la autoestima y la independencia. El usar pañal supone un duro golpe para la persona, sobre todo si cognitivamente está bien y a la vez eleva el riesgo de aparición de úlceras por presión.

El conocimiento de estos factores nos ayuda a insistir en conseguirlos, esto requiere que se mantenga una rutina en el seguimiento de dichos controles por parte del equipo auxiliar y colaboración y esfuerzo por parte del usuario.

Es un proceso que puede llevar meses y debe ser continuado, consiste en poner a la persona al servicio a unas horas determinadas para conseguir que se mantenga seco, estas horas pueden variar si se comprueba que durante varios días el pañal esta mojado, a la misma hora, entonces se adelantará la hora para asegurarnos que el pañal este seco y así conseguir que la diuresis tenga lugar en el WC o en la botella. Aunque existe un protocolo, a cada usuario se le valora de forma individual, ya que hay casos en los que ir al baño se utiliza para perder alguna terapia que, por el esfuerzo que supone o porque se les hace más antipática, no les interesa realizar.

También el tener mucho tiempo libre sin actividad que le entretenga favorece que la persona se obsesione con mantenerse seca y solicite ir al servicio cada poco tiempo.

La finalidad de los controles de esfínteres es que el usuario abandone el pañal.

7

Problemas cognitivos

Algunos de los problemas cognitivos con los que nos vamos a encontrar son: de agresividad, de desinhibición, de depresión, de desmotivación, de memoria, desorientación, de concentración y de comunicación. Quizá este sea el aspecto más complicado, puesto que hay que poner en práctica todos los recursos que conocemos e inventarse algunos nuevos. Las pautas a seguir en cuanto a los problemas cognitivos nos las da el neuropsicólogo, en el caso de problemas de comunicación, recibimos también pautas del logopeda. Aunque hay fórmulas generales que se repiten, lo normal es que haya que adecuarlas a cada caso particular. La experiencia demuestra que funcionan y como en todo es muy importante que el seguimiento se lleve a cabo con regularidad y por todo el personal.

Las situaciones de agresividad pueden superarnos en algunos momentos, si esto ocurre podemos recurrir a una compañera para que nos sustituya, puede que le de otro enfoque y consiga calmarle o simplemente el mero hecho de cambiar de cara hace que el usuario pase a otra cosa y olvide la situación que le llevo a comportarse de ese modo.

ES MUY IMPORTANTE NO PERDER NUNCA EL CONTROL

Involucrarse buscando la causa, generalmente tienen un desencadenante, si conseguimos averiguarlo podremos evitar estos episodios violentos en un futuro.

Destacaremos en este punto nuestro trabajo en cuanto a la modificación de conductas.

Nuestra forma de actuar con respecto a determinadas situaciones, generalmente está marcada por la respuesta que obtenemos, si estamos acostumbrados a lograr lo que queremos utilizando una actitud agresiva, y esto nos funciona, seguiremos haciéndolo, por el contrario si nuestra táctica es hacernos las víctimas, tener una pataleta, o pedir constantemente lo que queremos hasta aburrir al otro, el chantaje emocional será nuestro método. Esto ocurre con todas las personas, en el caso de personas que han sufrido un daño cerebral muchas de estas formas de actuar se ven exageradas, dando lugar a situaciones que no deben producirse.

Para corregir determinadas actitudes que no son correctas, lo que hay que modificar es la respuesta que obtiene el usuario, si eso ya no le funciona, se verá obligado a cambiar de forma de actuar, si le marcamos la forma correcta de actuar y él ve que los resultados le son favorables, no dudará, al principio con esfuerzo y más tarde con absoluta normalidad, en cambiar de actitud.

Serán muy útiles cualidades como la paciencia, empatía, sentido del humor, coherencia, firmeza, lo que nunca se debe confundir con autoritarismo.

Atender siempre a las quejas que nos refiere el usuario, para saber diferenciar si son razonables o no, primero hay que escucharlas, muy a menudo esconden problemas o temores que no se ven a simple vista.

Utilizamos estas técnicas en casos de desinhibición, agresividad o desmotivación entre otros.

También utilizamos los programas de puntos, en los que se refuerza las actitudes correctas, y se hace hincapié en las cualidades de la persona.

Trabajar con el usuario a lo largo del día su orientación espacio-temporal, donde estamos y a donde nos dirigimos, que día es hoy, que mes.

La memoria se trabaja con preguntas como: qué terapia tienes ahora, cómo se llama tu terapeuta, qué has comido, etc., la mayoría tienen agendas o libro de memoria que les ayudan mucho, al igual que seguir una rutina, todo ello contribuirá a que estén menos desorientados o perdidos.



Trastornos o alteraciones del lenguaje

AFASIA

La afasia es un trastorno neurológico causado por un daño en las partes del cerebro que son responsables del lenguaje. Se produce dificultad al hablar, problemas para entender una conversación y dificultad para leer y escribir. Hay varios tipos de afasia:

Afasia motora. Imposibilidad para articular. La persona con afasia motora emplea frases cortas (habla telegráfica) producidas con gran esfuerzo, suele estar alterada la lectura y la escritura, la persona habla poco y es consciente de sus errores, tiene problemas para encontrar las palabras adecuadas y su articulación es deficiente aunque su comprensión es casi normal.

Afasia sensorial. Dificultad para comprender el lenguaje hablado o escrito, habla fluida pero carente de sentido, no son conscientes de los errores.

Afasia amnésica tienen dificultad para usar los nombres correctos de ciertos objetos.

Afasia global pierden prácticamente toda la función del lenguaje, tanto la comprensión como la expresión. (Ardila, A. 2006).

DISARTRIA

Disartria: Trastorno de la expresión verbal causado por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla. (Castanon Patricia 2009)

Pautas que van a ayudar al usuario en su rehabilitación:

- Dirigirnos al usuario con claridad, de forma muy sencilla (frases cortas),
- Darle instrucciones para que respire con normalidad, que se relaje, que haga las pausas necesarias entre palabra y palabra o entre frase y frase, todo esto hará que entendamos mejor lo que nos dice,
- Que articule correctamente. Minimizar las distracciones. No excluirle de las conversaciones,
- No interrumpirles, no terminar sus frases, utilizar por nuestra parte un tono de voz que transmita tranquilidad al usuario,
- Ayudarle asociando palabras con dibujos, o empezar diciendo la primera sílaba o palabra para darle el pie y que él pueda continuar. Potenciar que utiliza las palabras que ha aprendido con el logopeda.

A veces no se pueden comunicar mediante el lenguaje oral, y lo hacen mediante un abecedario en el que tú le vas señalando las letras y el usuario irá asintiendo o no hasta terminar la frase, o son ellos mismos los que señalan las letras formando palabras; también mediante teclados (comunicadores), o simplemente mediante gestos, miradas. Esto implica un exceso de paciencia por ambas partes y experiencia profesional por parte del auxiliar que logrará que muchas veces sea más sencilla la comunicación que con personas cuya capacidad de lenguaje permanece intacta.

8

Conclusión

Después de la lectura de este trabajo esperamos haber convencido de lo importante que es la labor del auxiliar de enfermería en el proceso de rehabilitación y sobre todo esperamos haber convencido a los propios auxiliares, puesto que a veces, no le damos la suficiente importancia a nuestro trabajo.

El creer en lo que hacemos nos da fuerzas cuando nos sentimos desmotivados o frustrados, diariamente nos enfrentamos a tratamientos prolongados y de nuestra actuación va a depender que los objetivos marcados se consigan.

La observación las 24 horas del día del usuario por parte nuestra será una información muy útil para los distintos terapeutas, y en las reuniones de grupo serán tomadas en cuenta a la hora de dar un paso adelante en la rehabilitación o retroceder en una pauta o simplemente que esta sea modificada (ha sufrido cambios, esta mas desorientado o está más torpe, necesita de nuevo supervisión etc.)

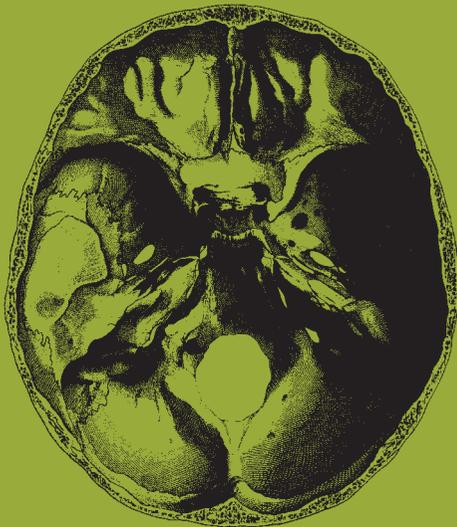
El fin último de la rehabilitación en cuanto a lo que al auxiliar de enfermería se refiere es que nos necesite lo menos posible, y si puede ser que termine siendo independiente.

Nuestro trabajo va a resultar duro en algunos momentos, pero el sentirnos parte de un equipo, con un objetivo común, nos ayudara a superarlo.

No debemos olvidar cuando se produce el alta de un usuario tras haber recuperado muchas de sus capacidades, que hemos tenido mucho que ver en ello, por eso, cuando las expectativas marcadas en un principio no se consiguen, parte de ese fracaso también es nuestro.

9

Bibliografía



- **Bilbao, Álvaro y Díaz, José Luis (2008):** *Guía de manejo Cognitivo y Conductual de personas con Daño Cerebral*. Edit. Ministerio de educación, política social y deporte.
- **Cores, María del Carmen y Adriana Negrete (2008):** *Rehabilitación del Lenguaje, Lectura y Escritura después de un Daño Cerebral*. Edit. Trillas SA.
- **Del Burgos González de la Aleja, Glaucia (2004):** *Rehabilitación de problemas de Deglución en pacientes con Daño Cerebral Sobrevenido*. Edit. Instituto de Orientación Psicológica. EOS.
- **Fernández Guinea, Sara y Muñoz Céspedes Juan Manuel (2010):** *Las Familias en el proceso de Rehabilitación de las personas con Daño Cerebral Sobrevenido*. Edit. Masón
- **Montagut, F.; Lucas E. y Flotasts G. (2005):** *Rehabilitación domiciliaria*. Edit. Barcelona: Masson.
- **Polonio López, Begoña y Romero Ayuso, Dulce M^a (2010):** *Terapia ocupacional Aplicada al Daño Cerebral adquirido*. Edit. Medica Panamericana.
- **Pastor, Ana (2010):** *Neurorehabilitación*. Edit. Pueblo y Educación
- **Tirapu Ustarroz , J.; Casi Arbonies, A.; Ugarteburu, I. y Albeniz Ferreras, A. (2002):** *Psiquis : revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática. Modificación de Conducta y Daño Cerebral*. Marzo - Abril V. 23 33-44.
- **Zanini, Rossa (2010):** *Neurorehabilitación Cognitiva y Calidad de Vida*. Edit. El País S.A.

