

daño cerebral adquirido: guía práctica para familiares

M^a Dolores Navarro Pérez
Belén Martínez Campos
Joan Ferri Campos

con la colaboración de:



A los que estáis ahí...

Desde el Servicio de Daño Cerebral de Hospitales NISA surgió la idea de crear esta guía. Como profesionales en este campo trabajamos en estrecha colaboración con cuidadores, familiares y amigos, que nos acercan a la realidad diaria no sólo del paciente sino a la suya propia. Este libro nace como respuesta a las preocupaciones, dudas e inquietudes que aparecen en el entorno del paciente con daño cerebral adquirido.

El principal objetivo de esta guía es informar de forma fácil y gráfica, de la situación en la que se encuentra el enfermo dándole a su vez pautas muy concretas de actuación para que pueda colaborar diariamente en el tratamiento neurorrehabilitador. La estructura del libro está pensada para facilitar la comprensión del lector, dividiendo la información no sólo por áreas (logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.) sino también por grupos según el estado en el que se encuentra el paciente.

Iniciamos la guía con un apartado general sobre el Sistema Nervioso, el cerebro y su funcionamiento; las posibles patologías que pueden ocasionar el daño cerebral adquirido y una breve explicación del trabajo que realiza el equipo multidisciplinar y el papel del familiar/cuidador. A continuación la guía se divide en diferentes áreas y cada una de ellas tiene una estructura similar:

- Presentación del profesional: donde se indica qué hace, cómo lleva a cabo sus funciones y en qué momento de la rehabilitación interviene.
- Grupos: Cada área se ha dividido en grupos que pueden acercarnos más a la realidad del paciente marcando las posibles diferencias que encontramos dentro de una misma patología, si bien es posible que la evolución del paciente le lleve a cambiar de un grupo a otro. (Por ejemplo: una persona inicialmente puede ser valorada como un gran dependiente a nivel funcional, pero con el tiempo puede evolucionar hacia los diferentes grados de independencia).
- Recuerdas: son temas sobre los que el profesional quiere dar una información adicional que puede resultar necesaria para el familiar.

· Normas: se presentan dos actuaciones posibles ante una misma situación, una de ellas nos muestra lo correcto y la otra lo incorrecto. Aquí mostramos las pautas más importantes que deben ser seguidas de modo estricto.

· Consejos: se presentan igualmente dos actuaciones gráficas ante una misma situación. En este caso el profesional aconseja al familiar qué hacer en cada una de ellas.

· Pasos a seguir: son actuaciones que podemos dividir en diferentes partes, ofreciéndonos una visión más clara de la secuencia.

Para utilizar la guía de forma correcta debemos entender que no está pensada como un libro para leer, sino como un recurso para consultar, entender y aprender. Para hacer un buen uso de este texto hay que tener el asesoramiento continuado de los diferentes profesionales, quienes nos indicarán qué parte del libro debemos leer. Al inicio de cada área existe un índice en el que nos señalarán aquello que la familia debe consultar. Por último, para poner en práctica todo lo que se aconseja, debemos acudir al equipo terapéutico ante cualquier duda, ya que esta guía no pretende reemplazar la labor de ningún especialista sino ser un recurso donde tanto el profesional como el familiar puedan apoyarse.

Sabemos que nadie está preparado para vivir una situación como ésta, por ello nuestro mayor deseo es que este libro pueda ayudar a las personas que rodean al paciente con daño cerebral. Facilitar en la medida de lo posible la comprensión de esta nueva etapa y, sobre todo, ofrecer herramientas y estrategias para poder enfrentarse a esta nueva vida. Finalmente, queremos agradecer a todos los enfermos de daño cerebral y a sus familiares todo lo que nos han enseñado, ya que esta guía está hecha por y para ellos.

Loles, Belén y Joan

| | | | |
|--|-----------|---|-----|
| 1.- INTRODUCCIÓN | 21 | | |
| · Sistema Nervioso | 22 | | |
| · Cerebro | 24 | | |
| · Daño cerebral adquirido | 26 | | |
| | | | |
| 2.- PATOLOGÍA | 29 | | |
| · Ictus | 30 | | |
| · Traumatismo craneoencefálico (TCE) | 36 | | |
| · Anoxia | 40 | | |
| · Otras causas de Daño Cerebral Adquirido (DCA) | 42 | | |
| · Etapas del Daño Cerebral Adquirido (DCA) | 44 | | |
| · Principales deficiencias | 48 | | |
| | | | |
| 3.- TRATAMIENTO NEURORREHABILITADOR Y FAMILIA | 51 | | |
| · Equipo Multidisciplinar | 52 | | |
| · La familia | 55 | | |
| · Síndrome del cuidador | 57 | | |
| · Diario del Familiar | 60 | | |
| | | | |
| 4.- MEDICINA Y ENFERMERÍA | 65 | | |
| · Presentación del profesional: | | | |
| · El Médico Neurólogo | 66 | | |
| · El Médico Rehabilitador | 68 | | |
| · El Médico Internista | 70 | | |
| · La Enfermera | 72 | | |
| | | | |
| · Recuerda: | | | |
| · Cuidados del paciente agudo | 74 | | |
| · Consejos generales | 76 | | |
| · Epilepsia | 77 | | |
| · Espasticidad | 80 | | |
| · Úlceras por presión | 82 | | |
| · Incontinencias | 84 | | |
| | | | |
| 5.- NEUROPSICOLOGIA | 89 | | |
| · Presentación del profesional: | | | |
| · El Neuropsicólogo | 90 | | |
| · El Terapeuta Cognitivo | 92 | | |
| | | · Grupos: | |
| | | · Psicopatología: | |
| | | · Alteraciones emocionales | 94 |
| | | · Alteraciones conductuales | 95 |
| | | · Alteraciones de la conciencia | 97 |
| | | · Neuropsicología: | |
| | | · Trastorno Cognitivo Severo | 98 |
| | | · Trastorno Cognitivo Moderado | 100 |
| | | · Trastorno Cognitivo Leve | 102 |
| | | · Recuerda: | |
| | | · Psicopatología: | |
| | | · Tristeza | 104 |
| | | · Apatía | 104 |
| | | · Conciencia de enfermedad | 105 |
| | | · Fabulaciones | 106 |
| | | · Incumplimiento tareas | 106 |
| | | · Impulsividad y/o Irritabilidad | 107 |
| | | · Agitación | 107 |
| | | · Modificación de conducta | 108 |
| | | · Neuropsicología: | |
| | | · Atención básica | 110 |
| | | · Atención compleja | 110 |
| | | · Orientación | 111 |
| | | · Memoria remota | 112 |
| | | · Aprendizaje | 113 |
| | | · Normas (Incorrecto / Correcto): | |
| | | · Sobreestimar | 114 |
| | | · Tiempo de descanso | 116 |
| | | · Tiempo de respuesta | 118 |
| | | · Labilidad emocional | 120 |
| | | · Desinhibición | 122 |
| | | · Apatía | 124 |
| | | · Impaciencia | 126 |
| | | · Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos): | |
| | | · Atención | 128 |
| | | · Incomprensión | 130 |
| | | · Incapacitar | 132 |
| | | · Sobreproteger | 134 |

| | |
|--|------------|
| · Pasos a seguir: | |
| · La habitación | 136 |
| · Agenda | 136 |
| · Situaciones conflictivas | 137 |
| 6.- LOGOPEDIA | 139 |
| · Presentación del profesional: | |
| · El Logopeda | 140 |
| · Grupos: | |
| · Trastornos del lenguaje | 142 |
| · Trastornos en el uso del lenguaje | 144 |
| · Trastornos motores de la expresión | 145 |
| · Recuerda: | |
| · Afasia global | 146 |
| · Anomia | 148 |
| · Agramatismo | 149 |
| · Ecolalia | 150 |
| · Esterotipia | 152 |
| · Rehabilitación de las musculatura orofonatoria | 153 |
| · Mutismo | 156 |
| · La comunicación | 158 |
| · Verborrea | 160 |
| · Normas (Incorrecto / Correcto): | |
| · Línea de visión | 162 |
| · Incluir en la conversación | 164 |
| · Nuevas palabras | 166 |
| · Preguntas concretas | 168 |
| · Gestos concretos | 170 |
| · Libro de comunicación | 172 |
| Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos): | |
| · Simplificar información | 174 |
| · Preguntas concretas | 176 |
| · Resúmenes | 178 |
| · Turnos de conversación | 180 |
| · Ser sincero | 182 |
| · Alargar tiempo de respuesta | 184 |
| · Ambiente ruidoso | 186 |

| | |
|-------------------------------------|------------|
| · Marcadores de frase | 188 |
| · Paciencia | 190 |
| 7.- NUTRICIÓN | 193 |
| · Presentación del profesional: | |
| · La nutricionista | 194 |
| · Grupos: | |
| · Pacientes con sonda | 196 |
| · Pacientes con dieta adaptada | 197 |
| · Pacientes con dieta mixta | 198 |
| · Recuerda: | |
| · Consejos generales | 199 |
| · Cuidados de la PEG | 200 |
| · Dietas | 201 |
| · Normas (Incorrecto / Correcto) | |
| · Posición durante la ingesta | 202 |
| · Ambiente tranquilo | 204 |
| · Consistencia adecuada | 206 |
| 8.- FISIOTERAPIA | 209 |
| · Presentación del profesional: | |
| · El Fisioterapeuta | 210 |
| · Grupos: | |
| · Daño Motor Severo | 212 |
| · Hemiplejia | 214 |
| · Síndrome Cerebeloso | 216 |
| · Recuerda: | |
| · Pacientes con daño motor severo | 218 |
| · Postural en cama | 220 |
| · Brazo hemipléjico | 224 |
| · La bipedestación | 226 |
| · La marcha | 228 |
| · Pacientes con síndrome cerebeloso | 230 |

| | |
|---|------------|
| · Normas (Incorrecto / Correcto): | |
| · Sedestación en silla | 232 |
| · Ducha | 234 |
| · Mano | 236 |
| · Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos): | |
| · Ortesis | 238 |
| · Seguimiento de pautas | 240 |
| · Traslados | 242 |
| · Vestuario adecuado | 244 |
| · Pasos a seguir: | 246 |
| · Transferencias | 248 |
| 9.- TERAPIA OCUPACIONAL | 251 |
| · Presentación del profesional: | |
| · El Terapeuta Ocupacional | 252 |
| · Grupos: | |
| · Grandes dependientes | 254 |
| · Dependientes en ABVD | 255 |
| · Dependientes en AIVD | 256 |
| · Recuerda: | |
| · Adaptación del entorno | 256 |
| · Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos): | |
| · Ropa adecuada | 266 |
| · Lado del material | 268 |
| · Refuerzos positivos | 270 |
| · Prácticas incorrectas | 272 |
| · Pasos a seguir: | |
| · Introducción | 274 |
| · Ponerse chaqueta | 275 |
| · Quitarse chaqueta | 276 |
| · Ponerse jersey | 277 |
| · Quitar jersey | 278 |
| · Zapatillas | 279 |
| · Vestido de MMII | 280 |

| | |
|---|------------|
| 10.- ORTOPEDIA | 283 |
| · Presentación del profesional: | |
| · El Ortopeda | 284 |
| · Recuerda: | |
| · Silla de ruedas | 286 |
| · Ayudas Técnicas ABVD-AIVD | 290 |
| · Ayudas Técnicas-Ortesis | 296 |
| 11.- TRABAJO SOCIAL | 301 |
| · Presentación del profesional: | |
| · El Trabajador Social | 302 |
| · Recuerda: | |
| · Secuencia de Trabajo Social | 304 |
| · Consejos generales | 306 |
| · Ayudas derivadas del certificado de Minusvalía | 307 |
| · Diagrama de Minusvalía | 309 |
| · Diagrama de Invalidez | 310 |
| · Ayudas y prestaciones para la Integración Laboral | 311 |
| · Prestaciones de los Servicios Sociales | 312 |
| 12.- GLOSARIO | 315 |

1 introducción al sistema nervioso

- Sistema Nervioso
- Cerebro
- Daño cerebral adquirido



SISTEMA NERVIOSO



Podemos definir el Sistema Nervioso como nuestro sistema de relación con el mundo exterior. Está formado por una red de estructuras unidas entre sí y perfectamente sincronizadas que, a modo de ordenador central, se encargan de mantener las condiciones ideales para conservar la salud y la vida.

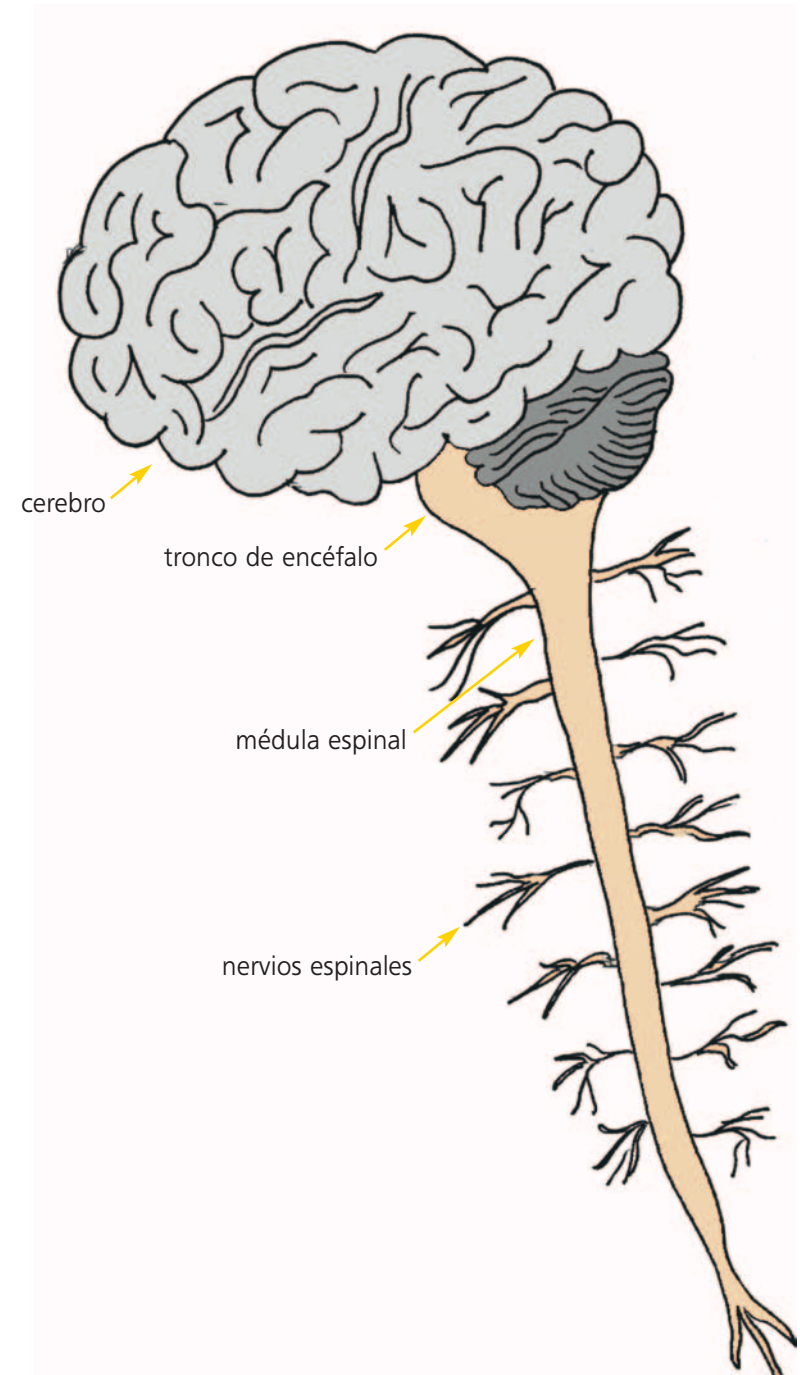
Así, dentro del Sistema Nervioso, diferenciamos tres estructuras básicas:

- **Cerebro o encéfalo:** se encuentra dentro del cráneo y se encarga de procesar la información que recibe tanto del exterior como del propio organismo.
- **Médula espinal:** está situada en el interior de la columna vertebral.
- **Nervios periféricos:** se encargan de recoger información a través de la piel y los órganos de los sentidos, la transportan hasta el cerebro y llevan las respuestas motoras desde el cerebro hacia los músculos.

El Sistema Nervioso tiene tres funciones básicas:

1. **Sensación:** es capaz de percibir, es decir, sentir los cambios internos y externos al cuerpo.
2. **Integración:** procesa la información sensorial que recibe, la guarda y toma decisiones al respecto.
3. **Motora:** responde con movimiento o acciones a las decisiones tomadas.

La totalidad de las funciones vitales del organismo, se llevan a cabo bajo la coordinada y perfecta supervisión del Sistema Nervioso. Nuestro cerebro elabora el pensamiento, planifica y razona, almacena nuestros recuerdos, controla las actividades físicas como caminar, oír, hablar, ver, comer, dormir y respirar, etc.



EL CEREBRO

El **cerebro**, como ya hemos dicho, es el órgano responsable de la supervivencia del organismo, por eso se encuentra especialmente protegido por una estructura ósea, que es el cráneo, y recubierto por unas membranas denominadas *meninges*. Está formado por billones de células nerviosas llamadas *neuronas* que dependen de la sangre del corazón, que les aporta los nutrientes y el oxígeno necesario para su supervivencia.

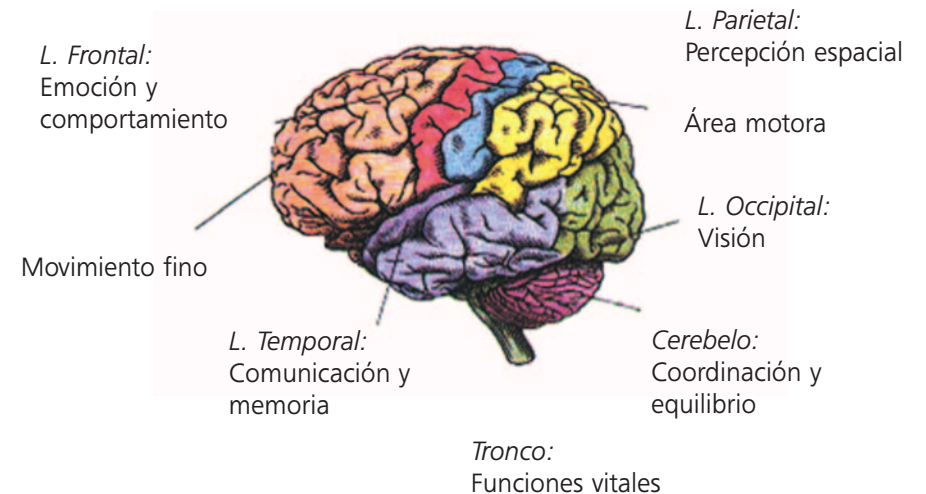
El cerebro se divide en dos compartimentos o mitades denominados *hemisferios cerebrales* derecho e izquierdo, de modo que la mitad derecha del cerebro controla la parte izquierda del cuerpo y el lado izquierdo del cerebro la parte derecha.

Estas dos mitades o hemisferios se dividen a su vez en cuatro grandes porciones denominadas *lóbulos*, cada una de las cuales se encarga de unas funciones específicas. Sin embargo, aunque cada parte del cerebro tiene una función, todas ellas están interconectadas de manera que cuando una se ve dañada es muy posible que otras no puedan funcionar bien.

Los principales lóbulos cerebrales y sus funciones correspondientes son:

- **Lóbulo frontal:** es el área que encontramos detrás de la frente y se encarga de las funciones intelectuales como la atención, el pensamiento, la planificación y la organización; también está implicado en la personalidad y en el control de las emociones y la conducta.
- **Lóbulos temporales:** situados justo detrás de los frontales, desempeñan un papel importante en nuestra capacidad de comprender las cosas y hablar, y controlan la memoria.
- **Lóbulos parietales:** situado por encima de las orejas, es el responsable de nuestra capacidad de comprender las relaciones espaciales y leer y escribir. Entre los lóbulos frontales y parietales existen unas zonas que controlan el movimiento y la sensibilidad.
- **Lóbulos occipitales:** se encuentran en la parte más posterior de la cabeza y se encargan de la visión.

Además existe un área denominada *Tronco de Encéfalo*, que es una zona de transición que conecta el cerebro y la médula espinal. Se encarga de controlar funciones del cuerpo como el sueño y la vigilia, la conciencia, los latidos del corazón, la presión sanguínea, etc. Justo por detrás del tronco de encéfalo se encuentra una estructura denominada *cerebelo*, responsable de nuestra coordinación y equilibrio.



EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

El **daño cerebral adquirido** es el daño o lesiones repentinas que se producen en el cerebro debido a causas externas mecánicas (traumatismos, agresiones, etc.) o internas (ictus, tumores, enfermedades, etc.).

CAUSAS MÁS COMUNES:

- Accidentes de tráfico.
- Accidentes domésticos.
- Lesiones en la práctica deportiva.
- Agresiones.
- Accidentes cerebrovasculares: ictus isquémicos y hemorragias.
- Tumores.
- Anoxias (interrupción del suministro de oxígeno al cerebro) por parada cardíaca.
- Enfermedades metabólicas, etc.

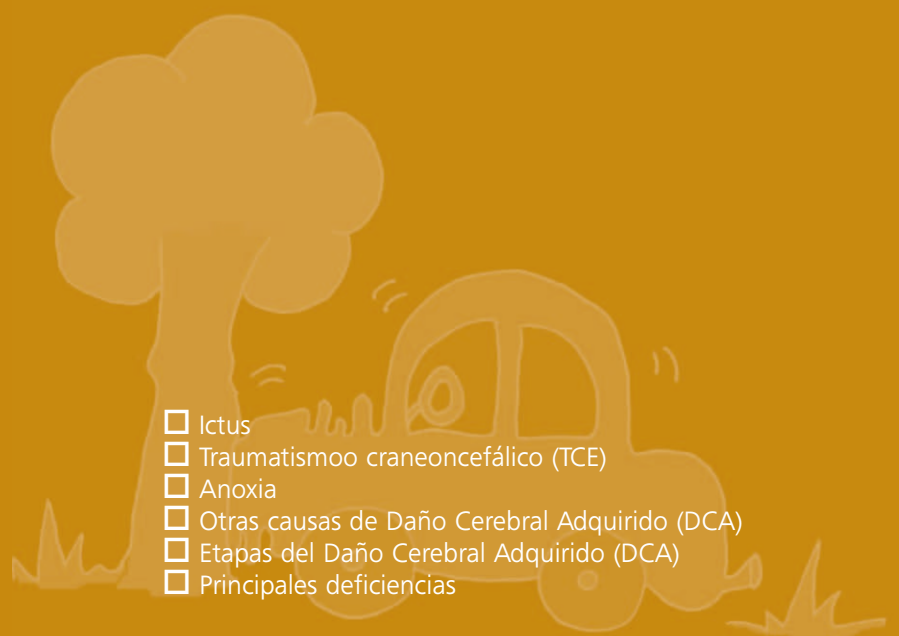
Con independencia del origen del daño cerebral cualquier lesión cerebral produce una alteración de las funciones cerebrales que pueden provocar déficit físicos, cognitivos y emocionales. Así cuando cualquier porción del cerebro se daña, no solamente se ven afectadas las funciones de la región implicada, sino que todo el cerebro se ve perjudicado por la pérdida de comunicación con el área dañada. Es decir, las áreas no dañadas del cerebro se ven privadas de la entrada de información de la zona afectada, de modo que también están expuestas a los mensajes anormales y a la desinformación generada como consecuencia de la lesión.

Es difícil determinar el nivel de recuperación que va a alcanzar un paciente porque existe multitud de factores que intervienen en este proceso. Entre ellos destacamos la gravedad de la lesión, el tiempo de permanencia en coma, la duración de la amnesia post-traumática (APT), entre otros. Además también influye en la recuperación el estado de salud previo a la lesión y los hábitos de vida.

Actualmente existe multitud de pruebas diagnósticas que nos van a ayudar a determinar la gravedad de la lesión permitiendo a los profesionales médicos tener una visión más exacta del pronóstico de recuperación y de las posibles secuelas del daño sufrido.

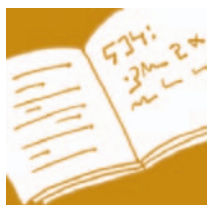
Entre las principales pruebas de imagen diagnósticas tenemos la TAC (tomografía axial computerizada), la Resonancia Magnética, el PET (tomografía por emisión de positrones), etc. Todas ellas nos ofrecen una imagen del cerebro que nos ayuda a evaluar el tipo de lesión, su gravedad, función, localización y dimensiones.

2 patología

- 
- A stylized, light-colored illustration of a tree and a car. The tree is on the left, and the car is on the right, appearing to be in motion or crashing. The background is a solid orange color.
- Ictus
 - Traumatismo craneoencefálico (TCE)
 - Anoxia
 - Otras causas de Daño Cerebral Adquirido (DCA)
 - Etapas del Daño Cerebral Adquirido (DCA)
 - Principales deficiencias

ICTUS

DEFINICIÓN



El ictus según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define como “signos clínicos de perturbación de la función cerebral de rápido desarrollo que dura más de 24 horas, sin más causa aparente que un trastorno vascular”.

Como hemos visto el ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro. También se le conoce como Accidente Cerebro Vascular (ACV), embolia, trombosis, apoplejía, derrame cerebral y hemorragia cerebral, entre otras.

Puede deberse a una reducción brusca del flujo sanguíneo por un taponamiento o a una ruptura de la pared de un vaso sanguíneo, dejando una parte del cerebro sin el flujo de sangre necesario. Como consecuencia las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben ni oxígeno ni nutrientes, dejan de funcionar y mueren rápidamente, quedando afectadas funciones orgánicas como el habla, el movimiento, la vista, la memoria, etc.

FACTORES DE RIESGO



El riesgo de sufrir un ictus aumenta con:

- La hipertensión arterial.
- Los antecedentes de enfermedad vascular cerebral o coronaria.
- La diabetes.
- La obesidad.
- Los antecedentes familiares de ictus.

- El tabaquismo o alcoholismo importantes.
- El estilo de vida sedentario.



FACTORES DE RIESGO

CLASIFICACIÓN



Los problemas de los vasos sanguíneos cerebrales pueden ser de dos tipos:

ICTUS ISQUÉMICO

Son los más frecuentes y se producen cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a este bloqueo, parte del cerebro se ve privada del flujo de sangre que necesita y las células nerviosas, llamadas neuronas, quedan sin oxígeno y mueren transcurridos unos minutos.

Este problema se suele producir por el desarrollo de depósitos de grasa en los muros del vaso, lo que se denomina arteroesclerosis. Los depósitos de grasa provocan dos tipos de obstrucciones:

- **Trombosis:** El responsable es un coágulo que se desarrolla en el mismo vaso sanguíneo cerebral.
- **Embolia:** El coágulo se desarrolla en otra parte del cuerpo, generalmente en las grandes arterias de la parte superior del pecho y el cuello o el corazón. Una porción del coágulo se desprende y viaja por el flujo sanguíneo hasta que encuentra un vaso que es más pequeño y lo bloquea.

En ocasiones puede presentarse un síndrome parecido al ictus isquémico que dura un pequeño periodo de tiempo, y se resuelve por sí solo a través de mecanismos normales; es lo que denominamos Accidente Isquémico Transitorio. Es un indicativo importante de ictus, por lo que cuando se produce, hay que tomar medidas para evitar un ataque más serio.

ICTUS HEMORRÁGICO

La pared del vaso sanguíneo se rompe, permitiendo que la sangre irrumpe en el cerebro y comprima el tejido cerebral. Existen dos tipos de vasos "débiles" que provocan ictus hemorrágicos: los aneurismas y las malformaciones arteriovenosas.

- Un "aneurisma" es una región inflada o debilitada de un vaso sanguíneo. Si no se trata el problema crece hasta que el vaso se rompe.
- "Malformación arteriovenosa": son un grupo de vasos sanguíneos formados de manera anormal de modo que cualquiera de éstos se puede romper.

Otras causas de ictus hemorrágicos pueden ser la hipertensión arterial, tumores o el consumo de tóxicos como la cocaína, entre otros.

SÍNTOMAS DE ALARMA



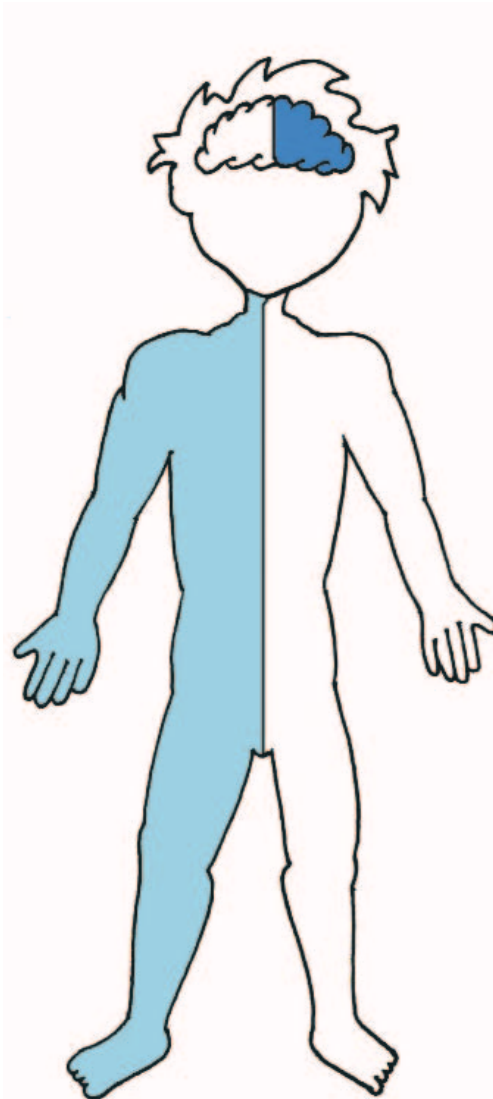
Los principales síntomas de un ictus son:

- Adormecimiento o pérdida de fuerza repentina en la cara, el brazo o pierna, especialmente en uno de los lados del cuerpo.
- Confusión repentina, dificultad para hablar o para entender.
- Dificultad para andar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación que aparece de repente.
- Problemas súbitos de visión en uno o los dos ojos.
- Dolor de cabeza brusco sin causa conocida.
- Vómitos.

Cuando el ictus afecta a la región izquierda del cerebro, la parte afectada será la derecha del cuerpo y se podrán dar alguno o todos los síntomas siguientes:

- Parálisis del lado derecho del cuerpo.
- Alteración sensitiva.
- Problemas del habla o del lenguaje.
- Estilo de comportamiento cauto, enlentecido.
- Pérdida de memoria.

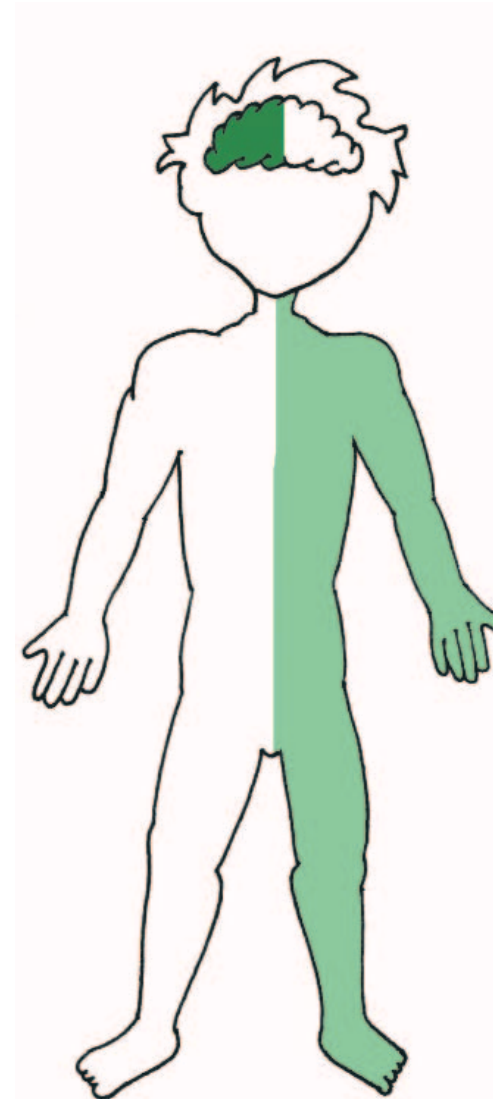
LESIÓN DE HEMISFERIO IZQUIERDO



Si por el contrario, la parte afectada es la región derecha del cerebro, será la parte izquierda del cuerpo la que tendrá problemas:

- Parálisis del lado izquierdo del cuerpo.
- Heminégligencia izquierda.
- Alteraciones sensitivas.
- Comportamiento inquisitivo, acelerado.
- Pérdida de memoria.

LESIÓN DE HEMISFERIO DERECHO



TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

DEFINICIÓN



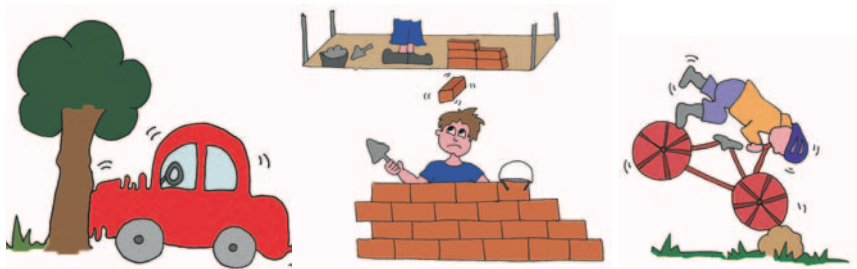
El daño cerebral producido por un traumatismo craneoencefálico (T.C.E.) se define como la afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo.

CAUSAS



Las principales causas son:

- Accidentes de tráfico.
- Accidentes laborales o domésticos.
- Prácticas deportivas de riesgo.
- Atropellos.
- Agresiones.
- Precipitaciones.
- Maltrato infantil, etc.



TIPOS DE LESIONES TRAS UN TCE



Existen dos procesos diferentes involucrados en la mayoría de los TCE: una lesión primaria, que es causada directamente por el propio impacto y un conjunto de lesiones secundarias, que son el resultado de las complicaciones locales y de otros sistemas corporales.

La **lesión primaria** causa daño al tejido cerebral debido a un impacto directo. Dentro de las lesiones primarias podemos distinguir:

· **lesiones abiertas o penetrantes** en las que algún objeto fractura el cráneo, penetra en el cerebro y lesiona el tejido cerebral a su paso.

· **lesiones cerradas** que se producen cuando el cerebro debido al impacto se ve sometido a fuerzas de aceleración y desaceleración, que dañan las conexiones nerviosas. En este tipo de lesiones el cerebro es sacudido violentamente hacia delante y hacia detrás, chocando con la parte anterior y posterior del cráneo, así como con el resto de relieves óseos que encuentra a su paso. Este movimiento genera normalmente lesiones en los lóbulos frontales, en el lóbulo occipital y en los temporales.

Las **lesiones secundarias** son aquellas que tiene lugar minutos, horas o días después del accidente. Es por esto que las medidas médicas deben dirigirse directamente a prevenir, diagnosticar y tratar estos efectos desencadenados por la lesión inicial. Entre ellas destacamos:

- Hemorragias.
- Edema cerebral.
- Hipoxias (falta de oxígeno en el tejido cerebral).
- Infecciones.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Hidrocefalias, etc.

CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE SU GRAVEDAD



Existen varios instrumentos que nos ayudan a determinar la gravedad de la lesión, entre ellos destacamos:

- **La Escala de Glasgow:** que determina el nivel de conciencia en función de la apertura ocular, la respuesta motora y la respuesta verbal.
- **La duración del coma.**

- El tiempo que el paciente permanece en **Amnesia postraumática (APT)**.
- **Tipo de lesión.**

Atendiendo a estos factores podemos distinguir los siguientes tipos de lesiones:

LEVES:

- Suelen deberse a caídas o a pequeñas colisiones en las que el paciente no pierde la conciencia o lo hace sólo momentáneamente (Glasgow 13-15) y el tiempo de amnesia postraumática suele ser menor de una hora.
- El paciente no tiene síntomas en el momento de la evaluación por su médico o presenta síntomas menores como son dolor de cabeza, mareos, vértigos, algunos problemas de concentración y memoria, irritabilidad, hipersensibilidad al ruido y a la luz, fatiga, etc. Todos estos síntomas se conocen con el nombre de síndrome post-conmocional y suelen desaparecer antes de los 3 ó 6 meses.

MODERADAS:

Tras una lesión moderada el paciente suele presentar una pérdida de conciencia que oscila entre los 15 minutos y las 6 horas (Glasgow 9-12). El periodo de APT puede durar hasta 24 horas y suelen requerir hospitalización para mantenerlos en observación al menos durante la fase aguda.

Además puede presentar como en el caso anterior, otros síntomas como:

- Vértigos, mareos, dolores de cabeza.
- Problemas de atención y concentración.
- Alteraciones de memoria.
- Dificultades de aprendizaje.
- Problemas de planificación y organización.

- Desórdenes en la comunicación.
- Alteraciones conductuales y de la personalidad como irritabilidad, desinhibición, apatía, etc.

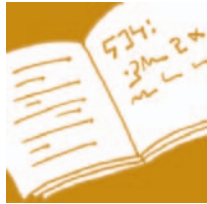
GRAVES:

Este tipo de pacientes presenta una pérdida de conciencia de más de 6 horas, una puntuación en la Escala Glasgow que oscila entre 3 y 8 puntos y un periodo de amnesia postraumática que supera las 24 horas.

Tras un TCE grave, pocas personas se incorporan a sus actividades habituales, siendo muchas de ellas incapaces de volver a una vida plenamente independiente. La mayoría de estas personas sufren una afectación generalizada de las funciones cognitivas. La naturaleza y el grado de los déficits dependerá, en gran parte, de la localización y la extensión del daño cerebral.

ANOXIA

DEFINICIÓN



Anoxia es la ausencia del aporte sanguíneo a los tejidos. En este apartado vamos a referirnos a una serie de términos como son encefalopatía anóxica/hipóxica o anoxia/hipoxia cerebral. Todos estos términos hacen referencia a una afectación del tejido cerebral debido a una falta de oxígeno, bien sea por un paro cardiocirculatorio, bien sea porque se produzca un fallo respiratorio súbito, aunque en general coexisten ambas situaciones.

El cerebro es un órgano especialmente vulnerable a la falta de oxígeno, de modo que una disminución del flujo sanguíneo de unos 5-6 minutos produce un daño en el tejido cerebral irreversible.

La gravedad de las lesiones provocadas por la anoxia va a depender del tiempo que el cerebro permanezca privado de oxígeno y de que la reducción del volumen del flujo sanguíneo cerebral sea total o parcial. Además existen una serie de circunstancias como son la edad, la existencia de complicaciones clínicas y estar asociado a un TCE, entre otras, que van a condicionar el grado de las posibles secuelas o lesiones.

Por ello el daño neurológico y sus secuelas dependerá de que se pueda conseguir rápidamente una perfusión adecuada, es decir, que se restablezca rápidamente el aporte de oxígeno a la zona afectada. Sabemos que si la isquemia es breve, de segundos o 1-2 minutos, se conseguirá una recuperación íntegra. Pero presumiblemente si la duración es cercana o superior a 5 minutos el paciente quedará con secuelas neurológicas.

CAUSAS



Las principales causas responsables de una hipoxia/anoxia cerebral son:

- Infarto de miocardio, arritmia ventricular, situación de shock (traumático o séptico), y hemorragia interna o externa.
- Asfixia u obstrucción de la vía aérea: ahorcamiento, estrangulación, aspiración (de vómito, comida o sangre), compresión de la tráquea (tumoración o hemorragia).
- Enfermedades que paralizan la musculatura respiratoria, tanto de origen periférico (síndrome Guillain-Barré, Esclerosis Lateral Amiotrófica, y en el pasado la poliomielitis), como de origen central (ciertas encefalopatías de la infancia, epilepsia o traumatismos cerebrales).
- Accidentes anestésicos (durante los cuales el paciente es expuesto a inspirar un gas con deficiencia de oxígeno).



De los síntomas post-anóxicos destacamos por su frecuencia:

- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Alteraciones cognitivas: memoria, atención, agnosia, apraxia, etc.
- Alteraciones de la movilidad y del movimiento: corea, ataxias, mioclonías, síndrome rígido-acinético, etc.
- Otras causa DCA

OTRAS CAUSAS DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

DEFINICIÓN



El daño cerebral adquirido es una lesión que se produce en las estructuras cerebrales en personas, que han nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro y sufren en un momento determinado de su vida lesiones cerebrales como consecuencia de un accidente o una enfermedad. Las patologías más frecuentes que provocan daño cerebral son los traumatismos craneoencefálicos y los ictus, aunque existen otras patologías que de forma directa o indirecta también pueden causar lesiones cerebrales.

En general, en este tipo de daño cerebral poco frecuente pueden producir lesiones focales (afasia, amnesia, agnosia, síndrome frontal, etc) donde sólo se lesiona una zona o estructura cerebral. Asimismo también pueden producirse lesiones difusas provocando múltiples deficiencias y afectando a varias áreas cerebrales.

La gravedad de las lesiones provocadas, en algunas patologías, en gran medida dependerá del diagnóstico precoz y de la rapidez en la aplicación del tratamiento. Además existen una serie de circunstancias como son la edad, la existencia de complicaciones clínicas entre otras, que van a condicionar el grado de las posibles secuelas o lesiones.

CAUSAS



Entre las patologías que pueden causar lesiones cerebrales se encuentran las encefalopatías por:

- Tumores cerebrales
- Infecciosas: (Herpes, Toxoplasmosis, Neurosífilis, ...)
- Tóxico-Metabólicas (encefalopatía hipoglucémica, Wernicke-Korsakoff, consumo de tóxicos, ...)

De los síntomas más frecuentes destacamos :

- alteraciones del nivel de conciencia
- alteraciones cognitivas (afasia, apraxia, agnosia, amnesia, síndrome frontal, etc).
- alteraciones de la movilidad y del movimiento: corea, ataxias, mioclonías, síndrome rígido-acinético, hemiparesias.....)

ETAPAS DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)



·El efecto inmediato de una lesión cerebral es la **PÉRDIDA DE CONCIENCIA** que puede durar desde unos segundos a un tiempo indefinido. Diremos que el paciente se encuentra consciente cuando es capaz de realizar alguna de las siguientes funciones: abrir los ojos y orientar la mirada, responder con palabras, obedecer órdenes o defenderse del dolor.

·El **COMA** puede ser definido como “un estado de disminución de la conciencia, en el que la persona es indiferente al mundo exterior”. Hay distintos niveles de coma, desde el más profundo donde el paciente no muestra respuesta al dolor, a niveles más superficiales donde el paciente responde al dolor con un movimiento o abriendo los ojos, hasta niveles mucho más superficiales donde el paciente responde hablando. La duración y el grado de coma son uno de los indicadores de la severidad del daño así como de sus posibles secuelas.

En caso de que el coma se prolongue en el tiempo, el paciente puede pasar a lo que denominamos **ESTADO VEGETATIVO**, que es un estado más estable que el coma y del que se diferencia principalmente porque el paciente ha adquirido un ritmo vigilia-sueño.

·El estado de consciencia disminuida es en ocasiones un proceso largo que termina cuando la persona recupera sus funciones neurológicas y puede interactuar con el medio que le rodea. La **RECUPERACIÓN DE LA CONCIENCIA** es un proceso lento, “a persona no despierta de repente un día y vuelve a su vida normal”. Es en este momento cuando se deben evaluar las secuelas del paciente.

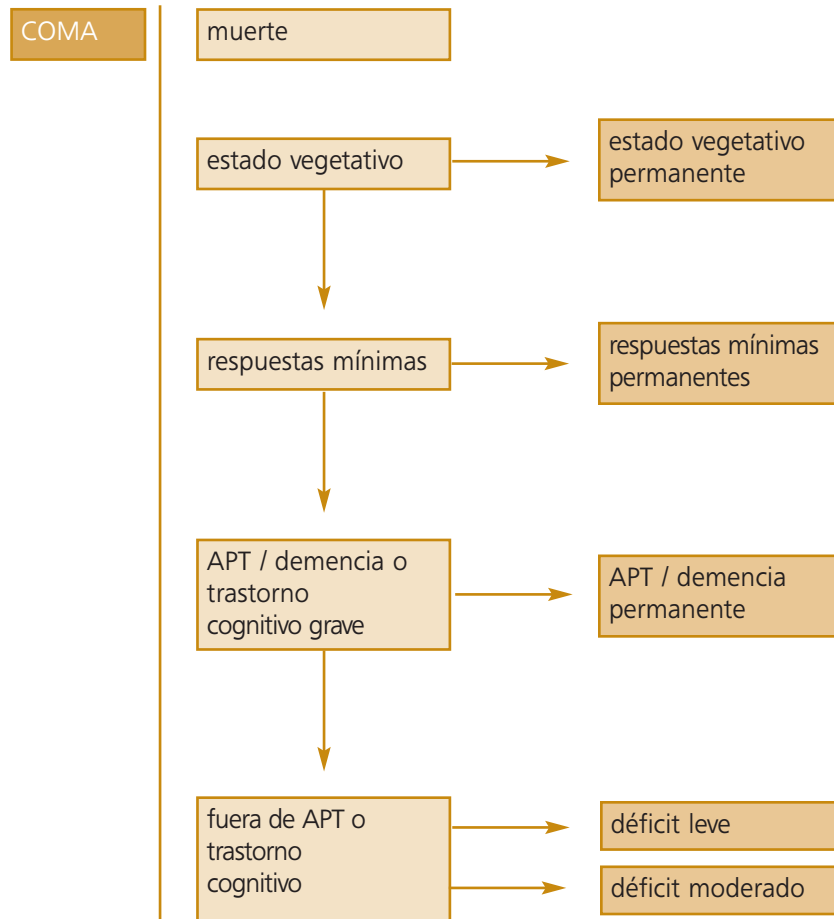
·Una etapa intermedia entre el coma y la recuperación de las funciones cognitivas es lo que denominamos **ESTADO DE RESPUESTAS MÍNIMAS**, donde el paciente ya es capaz de sonreír o llorar ante estímulos externos, localiza la procedencia de los sonidos y es capaz de seguir visualmente un objeto. Así mismo localiza los estímulos dolorosos, intenta alcanzar objetos y realiza movimientos automáticos como rascarse. En ocasiones también puede ser capaz de realizar gestos o vocalizaciones.

·Una vez recuperada la conciencia en el *daño cerebral no traumático* (ictus, anoxias, etc.) el paciente puede no recuperar el estado cognitivo previo a la lesión cerebral, pudiendo presentar alteraciones de las funciones intelectuales como la atención, la memoria, la planificación, desorientación, lenguaje, negligencia, así como alteraciones neuromotoras (hemiplejias, coreas, espasticidad, etc.). El grado de recuperación de todos estos problemas es variable y depende tanto de factores personales como de la gravedad de la causa que generó el daño cerebral inicial. En función del grado de recuperación neuropsicológica hablaremos de “trastorno cognitivo leve, moderado o grave”, de manera que a mayor deterioro cognitivo mayor será el grado de dependencia funcional. En los casos de trastorno cognitivo grave en los que el paciente precisa ayuda para todas sus actividades cotidianas hablamos de “Demencia”.

·En los *traumatismos craneoencefálicos* (TCE), un paso más hacia la recuperación de las funciones cognitivas supone el periodo de **AMNESIA POST-TRAUMÁTICA** (APT). Es un periodo de confusión en el que el paciente está consciente, aparentemente lúcido y parece estar en contacto con todo lo que le rodea, sin embargo es incapaz de recordar el día a día. El paciente está desorientado en espacio y en tiempo, tiene problemas atencionales y su capacidad de aprendizaje está severamente alterada. A menudo suelen estar agitados, inquietos, desinhibidos y presentar comportamientos poco apropiados. Asimismo pueden mostrar diversos déficit neuromotores (paresia, síndrome cerebeloso, etc.).

El periodo de amnesia postraumática suele ser transitorio, dando paso de forma progresiva y paulatina a la recuperación de las funciones cognitivas. En ocasiones el paciente no recupera el nivel cognitivo previo al traumatismo, quedando secuelas intelectuales y conductuales que marcarán los objetivos del plan terapéutico de cada individuo.

CUADRO DE EVOLUCIÓN EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



PRINCIPALES DEFICIENCIAS



Tras sufrir un daño cerebral adquirido un paciente puede presentar muchas y muy variadas secuelas, de hecho podemos afirmar que cada caso es diferente y presenta unas características particulares. El tipo de secuelas y su gravedad va a depender de varios factores como son: la zona cerebral lesionada, la gravedad de la lesión primaria, la aparición y gravedad de lesiones secundarias, lesiones asociadas al accidente (fracturas, lesiones de órganos vitales, etc.), las complicaciones surgidas durante el proceso, la duración y el grado de coma, etc.

El daño cerebral va a afectar al individuo en su totalidad, es decir, todas las facetas de la persona se van a ver alteradas. Así podemos esperar trastornos o alteraciones en las siguientes áreas:

TRASTORNOS COGNITIVOS:

- Alteración de las funciones cerebrales superiores
- Desorientación en espacio y tiempo.
- Problemas de atención y memoria.
- Reducción de la velocidad del pensamiento.
- Dificultades al resolver problemas, planificar y organizar.
- Falta de flexibilidad mental y de razonamiento.
- Deficiencias perceptivas y visioespaciales

TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE COMPORTAMIENTO:

Muchas veces son las dificultades del comportamiento las que persisten más tiempo después de la lesión cerebral, incluso después de que las secuelas físicas se hayan recuperado. Destacamos:

- Dificultad para controlar sus emociones.
- Agresividad.
- Impulsividad.
- Agitación.
- Apatía.
- Desinhibición.
- Depresión.
- Ideas delirantes, etc.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN:

- Problemas en la comprensión de órdenes sencillas y en la expresión.
- Dificultades en la articulación de palabras, etc.

ALTERACIONES DE LA FUNCIONALIDAD Y PÉRDIDA DE AUTONOMÍA:

El paciente puede no ser capaz de realizar con normalidad actividades básicas de la vida diaria como comer, vestirse o asearse, requiriendo asistencia o supervisión para las mismas.

TRASTORNOS FÍSICOS:

- Alteraciones de la movilidad (hemiplejia) y de la sensibilidad.
- Problemas de coordinación y equilibrio.
- Alteraciones del tono muscular.
- Deformidades producidas por la inmovilidad, etc.

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN:

El paciente puede presentar dificultades a la hora de ingerir determinados tipos de alimentos o líquidos, por lo que en ocasiones será necesario una adaptación de la dieta o el uso de dispositivos que faciliten la ingesta (sondas, PEG, etc.).

3 tratamiento neurorrehabilitador y familia

- Equipo Multidisciplinar
- La familia
- Síndrome del cuidador
- Diario del Familiar



EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:



Como hemos podido observar el paciente va a presentar alteraciones en diversas áreas. De ahí la necesidad de un equipo multidisciplinar que coordine el proceso de rehabilitación. Son muchos los profesionales que se necesitan para la adecuada recuperación de las personas con un daño cerebral adquirido: no hay persona que pueda poseer los conocimientos ni las habilidades necesarias para hacer frente a la variedad de problemas que suelen acompañar a este tipo de lesiones.

Algunos de los profesionales más importantes en este proceso son:

- Los neurólogos.
- Los médicos rehabilitadores.
- Los médicos internistas.
- El personal de enfermería.
- Los neuropsicólogos.
- Los psicólogos.
- Los logopedas.
- Los nutricionistas.
- Los fisioterapeutas.
- Los terapeutas cognitivos.
- Los terapeutas ocupacionales.
- Los trabajadores sociales, etc.

En ocasiones, los familiares pueden tener una visión equivocada de los distintos profesionales del equipo, etc.



Una vez el paciente se encuentra estabilizado clínicamente, empieza el largo camino hacia la recuperación parcial o total. Debemos comenzar lo más precozmente posible el proceso de rehabilitación. Los objetivos del tratamiento son diferentes según la fase de la enfermedad en la que se encuentre, y según las necesidades individuales de cada uno. Siempre se pretende desarrollar el máximo nivel de autonomía física, cognitiva y emocional, favoreciendo en la medida de lo posible la independencia para las actividades de la vida diaria y, finalmente, intentar la reintegración familiar, social y laboral.

EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

A su llegada al Servicio de Daño Cerebral el paciente es valorado analizando las capacidades y las funciones alteradas como consecuencia del daño cerebral. Una vez concluida la valoración, se planifican cuidadosamente objetivos realistas y se desarrolla un plan de tratamiento adaptado a las necesidades de cada paciente. El tratamiento es constantemente revisado en colaboración con el equipo médico teniendo en cuenta la progresión de su estado y las posibles complicaciones que hayan surgido durante la puesta en práctica del plan de terapéutico.

LA FAMILIA



SU PAPEL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Las familias son una parte esencial del proceso de recuperación. Una familia bien informada, bien organizada, trabajando en colaboración con su equipo de rehabilitación, podrá esperar obtener mejores resultados que si el paciente actúa por sí solo.

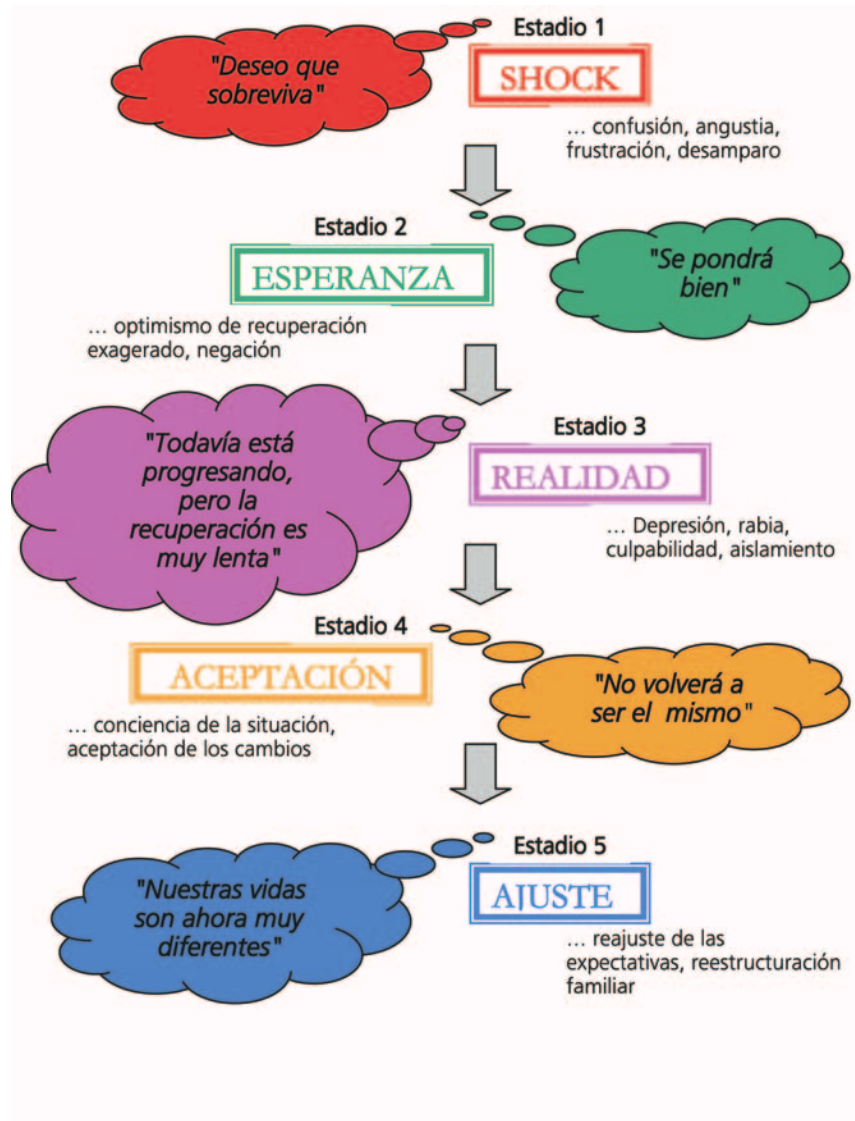
Lo más importante en el proceso de rehabilitación es la acción conjunta de todos, tanto profesionales como familiares. Los familiares facilitan al resto del equipo la información más precisa sobre los síntomas y las dificultades con las que la persona se encuentra en su vida diaria; trabajan para mantener y afianzar día a día las mejorías conseguidas por los profesionales sanitarios y son de vital importancia para motivar y animar al paciente en su esfuerzo diario por recuperarse.

“su ayuda es imprescindible”.

Los familiares de las personas que han sufrido daño cerebral se ven afectados por la necesidad de afrontar un trauma inicial y los cambios (físicos, cognitivos y conductuales) que se producen como consecuencia de la lesión cerebral. El impacto del daño cerebral puede ser tan importante para los familiares como para la persona afectada. Se podría considerar a las familiares como las verdaderas víctimas, puesto que con frecuencia sufren más que el propio paciente al tener mayor conciencia de la situación. Debido a que todo el conjunto familiar se ve afectado, podríamos afirmar que:

“no son sólo individuos que sufren daño cerebral sino familias afectadas por daño cerebral”.

DIFERENTES ESTADIOS DE LA REACCIÓN EMOCIONAL FAMILIAR



"SÍNDROME DEL CUIDADOR"

Un fenómeno habitual es la acumulación de estresores (tensión, fatiga, agotamiento) sobre el cuidador, que con frecuencia culmina con la sensación de carga o de consecuencias psicológicas negativas. La carga representa un conjunto de emociones en conflicto.

PRINCIPALES SÍNTOMAS NEGATIVOS

- Agotamiento físico y mental.
- Labilidad emocional.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Conductas de consumo abusivas.
- Trastornos del sueño.
- Alteraciones del apetito y el peso.
- Aislamiento social.
- Dificultades cognitivas.
- Problemas laborales.



LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DEL CUIDADOR

Como en otras enfermedades y situaciones vitales, cuando una persona sufre un daño cerebral y necesita cuidados y atención de los demás suele haber una persona que se vuelca especialmente y sobre la que acaba reca- yendo la responsabilidad del cuidado del familiar.

Dependiendo del grado de dependencia del familiar, el cuidador principal puede estar tan volcado en su atención que deje de "cuidarse a sí mismo". Puede dejar de disfrutar de su tiempo libre, o carecer de él, dejar de cui- dar su aspecto físico, dejar de tener vida social fuera de la que implica cui- dar de su familiar, dejar sus ocupaciones previas. Esto, en un principio puede verse como un pequeño sacrificio necesario para bien de todos, pero con el paso del tiempo y la prolongación a veces indefinida de la situación, aparecen problemas que es importante prevenir.

Aunque la dedicación del cuidador sea realizada con gusto, voluntaria- mente, hacia un familiar que se quiere mucho... los cambios que se han producido en su vida son tan grandes que es inevitable que aparezca el estrés, las tensiones con otras personas, la desesperanza. Todo esto inevi- tablemente repercute en el familiar que ha sufrido daño cerebral y sobre la calidad del cuidado recibido. Por eso es importante el cuidado del cui- dador, para mejorar la calidad de vida tanto del enfermo como de la per- sona que le cuida.

CONSEJOS BÁSICOS PARA EVITAR EL "SÍNDROME DEL CUIDADOR"

- Es importante que la tarea de cuidar a la persona con daño cerebral se reparta entre varias personas y no recaiga siempre sobre la misma.
- La recuperación y la rehabilitación en general tiene un evolución larga y lenta, por lo que debemos mantener la calma, tomarlo con tranquilidad y transmitir serenidad a nuestro familiar.
- Es importante que el cuidador tenga momentos de respiro en los que disfrute tiempo libre para dedicarlo a actividades de ocio, sociales, ocupacio- nes anteriores, cuidado de sí mismo... Es necesario que descanse adecua- damente.
- Puede ser conveniente contar con alguien a quien hablarle de cómo se siente, poder expresar sus emociones, asumir lo que ha pasado, etc.
- También es importante, con la ayuda de los profesionales, aprender cómo tratar al familiar que tiene daño cerebral. Esto nos ayudará a enten- der las nuevas situaciones que se producen en la convivencia y reducirá los problemas, preocupaciones y fuentes de estrés.
- Y sobre todo tener en cuenta que el cuidado no debe asumirse como res- ponsabilidad exclusiva de una persona, sino como responsabilidad com- partida por aquellos que están cerca del paciente y que de alguna mane- ra "cuidan" de él.

4 medicina y enfermería

Presentación del profesional:

- El Neurólogo
- El Médico Rehabilitador
- El Médico Internista
- El personal de enfermería

Recuerda:

- Cuidados del paciente agudo
- Consejos generales
- Epilepsia
- Espasticidad
- Úlceras por presión
- Incontinencias

PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL MÉDICO NEURÓLOGO



La "neurología" es la disciplina médica encargada del estudio del sistema nervioso Central y Periférico en estado normal y patológico, con el uso de todas las técnicas de estudio, diagnóstico y terapéutico actualmente en uso o en desarrollo futuro.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA NEUROLOGÍA?

En pacientes con daño cerebral el neurólogo tiene como función:

- Evaluar y diagnosticar las diferentes alteraciones tras el daño cerebral, interpretando signos y síntomas de la enfermedad mediante pruebas complementarias.
- Tratar y controlar los posibles síntomas que se presenten durante su ingreso hospitalario, secundarias o derivadas del daño cerebral (epilepsia, cefaleas, alteraciones conductuales, etc.)
- Investigar y pronosticar la evolución, así como derivar información al resto de profesionales.
- Informar a los familiares del curso y pronóstico de la enfermedad.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El neurólogo consigue estos objetivos:

- Conociendo con precisión la historia clínica de todas sus enfermedades para descubrir la causa y sus síntomas.
- Explorando cómo funciona su sistema nervioso, necesita observar su nivel cognitivo (inteligencia, su memoria, etc.) sus sentidos, su sistema motor (fuerza, movimiento, etc.) y sensorial y finalmente sus reflejos. Además de conocer su tensión arterial, el ritmo de sus pulsaciones y auscultar los sonidos del corazón y los pulmones.
- Solicitando las pruebas complementarias necesarias: PET, RMN, TAC, EEG, EMG, Doopler, radiografías, analíticas, etc.
- Siguiendo la evolución clínica y modificando los tratamientos dentro del

ámbito neurológico (epilepsia, cefaleas) y cognitivo-conductual (agitación, agresividad, insomnio, etc.).

· Elaborando una estrategia y diagnóstico común a partir de la información recogida por el equipo multidisciplinar y especialistas médicos (neurocirugía, neurofisiología, etc.).

¿CUÁNDO INTERVIENE EL NEURÓLOGO?

El neurólogo interviene:

- Al ingreso: evaluando inicialmente al paciente, sus antecedentes, entorno y su situación actual. Además supervisa y controla tratamiento farmacológico neurocomportamental.
- Durante el proceso de rehabilitación: siguiendo a través de los profesionales del equipo, enfermería y familiares la evolución clínica del paciente y revisando los objetivos terapéuticos y las pautas de tratamiento.
- En el momento del alta hospitalaria: evaluando las secuelas y eligiendo estrategias para la mejor adaptación posible del paciente a su entorno, buscando siempre su máxima independencia.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL MÉDICO REHABILITADOR



La "Rehabilitación y la Medicina física" como especialidad médica comprende el diagnóstico, valoración, prevención y tratamiento del paciente discapacitado dirigido a facilitar, mantener o devolver la máxima capacidad funcional resultante.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA MÉDICINA FÍSICA?

Los objetivos del médico rehabilitador son:

- Realizar una valoración minuciosa de la situación física y funcional del paciente a su llegada.
- Establecer pautas de tratamiento adecuadas y específicas para cada paciente según la patología de base y evolución.
- Prever posibles complicaciones características de la patología que presente el paciente y establecer las medidas oportunas.

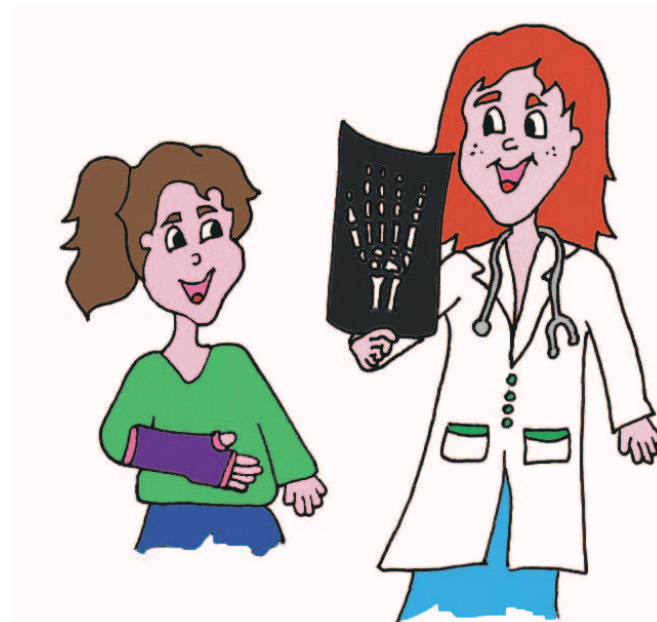
¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El médico rehabilitador colabora con otros profesionales:

- Valorando de modo integral al paciente y su entorno.
- Evaluando los déficit a nivel osteoarticular (fracturas, luxaciones, calcificaciones, etc.) y las alteraciones del movimiento mediante la exploración clínica y la aplicación de escalas.
- Estableciendo objetivos para la planificación de tratamiento y prevención de complicaciones ortopédicas (calcificaciones, rigideces, espasticidad, síndromes dolorosos, etc.).
- Valorando la necesidad de ayudas técnicas (ortesis, sillas de ruedas, etc.).
- Siguiendo la evolución clínica y modificando los tratamientos dentro del ámbito de la fisioterapia.
- Describiendo y evaluando, tras el periodo de recuperación máxima, las posibles secuelas y limitaciones funcionales con el objetivo de establecer medios para lograr la máxima autonomía posible.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL MÉDICO REHABILITADOR?

- Al ingreso: evaluando inicialmente al paciente, sus antecedentes, entorno y su situación actual a nivel neuromuscular. Además supervisa las medidas posturales y las movilizaciones, así como la colocación de férulas y la necesidad de fisioterapia respiratoria.
- Durante el proceso de rehabilitación: siguiendo a través de los fisioterapeutas la evolución clínica y funcional del paciente y revisando los objetivos terapéuticos y las pautas de tratamiento.
- En el momento del alta hospitalaria: evaluando las secuelas y eligiendo estrategias para la mejor adaptación posible del paciente a su entorno, buscando siempre su máxima independencia.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL MÉDICO INTERNISTA



El “médico internista” se puede definir como el profesional de la medicina que se dedica al diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA MEDICINA INTERNA?

En pacientes con daño cerebral, el médico de planta tiene como función:

- Diagnosticar y determinar la causa de los diversos procesos patológicos relacionados con el paciente, mediante la interpretación de signos y síntomas de la enfermedad y mediante pruebas complementarias.
- Tratar las patologías que se presenten durante su ingreso hospitalario, secundarias o derivadas del daño cerebral.
- Profilaxis o prevención de las patologías: evitar, en la medida de lo posible, la aparición de otras enfermedades y controlar los posibles factores de riesgo (control de la tensión arterial, de la hiperglucemia, del colesterol, etc.).
- Informar a los familiares del curso y pronóstico de la enfermedad.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

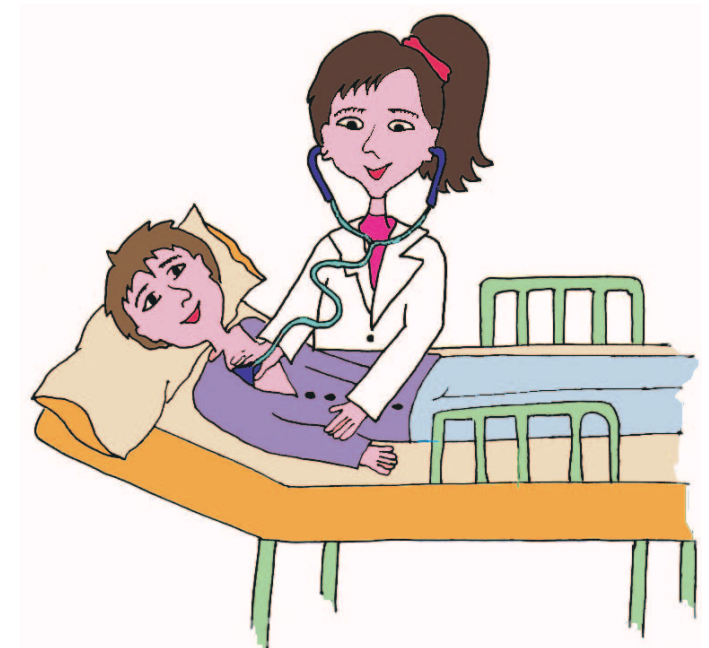
El médico internista consigue estos objetivos:

- Realizando una buena historia clínica, determinando los diversos signos y síntomas de la enfermedad.
- Llevando a cabo una buena exploración física del paciente: auscultación, palpación abdominal, exploración neurológica, etc.
- Solicitando las pruebas complementarias necesarias: radiografías, analíticas, TAC, PET, RMN, etc.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL MÉDICO INTERNISTA?

El médico internista interviene en:

- Fase aguda: aplicando el tratamiento adecuado durante el periodo de encamamiento y evitando la aparición de procesos secundarios al mismo.
- Fase subaguda y crónica: controlando mediante la historia previa del paciente, la exploración física y las pruebas complementarias la enfermedad del paciente y las posibles patologías asociadas.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: LA ENFERMERA



La "enfermería" tiene como misión prestar atención de salud a los individuos, en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Fomentando la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA ENFERMERÍA?

En pacientes con daño cerebral, enfermería tiene como función:

- Estudiar la situación de salud-enfermedad y recopilar información.
- Valorar el estado de las necesidades del paciente.
- Analizar e interpretar datos.
- Emitir juicio / diagnóstico de enfermería.
- Planificar los cuidados, priorizar según las necesidades.
- Evaluar los resultados.
- Vigilar el estado de salud de forma periódica.
- Informar a familiares en el manejo y cuidado del enfermo.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

La enfermera consigue estos objetivos:

- Conociendo con precisión la historia clínica de todas sus enfermedades para atender la causa y sus síntomas.
- Aplicando y supervisando las pautas de tratamiento de forma conjunta con el equipo médico.
- Controlando y reduciendo las posibles complicaciones o necesidades del paciente.
- Estableciendo planes para resolver las necesidades y actuando de forma específica para resolverlas.

¿CUÁNDO INTERVIENE LA ENFERMERA?

La enfermera interviene:

- Al ingreso: valorando las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del paciente.
- Fase hospitalaria: planificando y estableciendo objetivos de actuación, así como las posteriores evaluaciones de cuidado de enfermería.



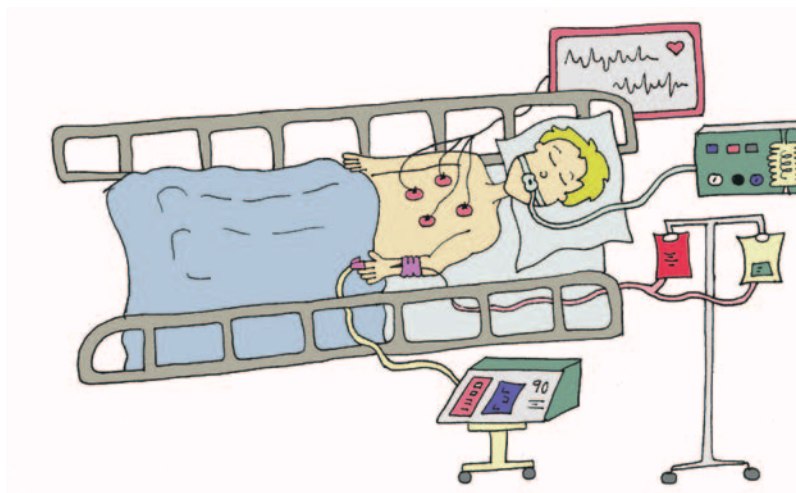


RECUERDA QUE: CUIDADOS DEL PACIENTE AGUDO

“En función de las características de la enfermedad del paciente, puede estar ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o en una planta normal. En cualquier caso, se estará al cuidado de su estado general y de su nutrición. En caso de presentar deficiencias se tiene que empezar el tratamiento rehabilitador en cuanto lo permita su estado de salud”.

El ingreso de un enfermo en la UCI es una experiencia difícil, ya que el tener un ser querido enfermo es una situación delicada para la familia. Los médicos le informarán diariamente de la situación y evolución de su familiar. Es deseable que sean siempre las mismas personas quienes reciban información.

Se realizarán varias pruebas para realizar un diagnóstico certero. Tiene que estar informado de cuándo se realizan y de su resultado. Las exploraciones pueden orientar sobre la causa de la enfermedad, aunque en algunos casos pueda continuar sin conocerse. El tratamiento de su enfermedad se lleva a cabo con todos los medios de que se dispone actualmente



(farmacológicos, quirúrgicos, etc.). Desgraciadamente, puede que las actuaciones sanitarias no consigan la mejoría de todos sus síntomas.

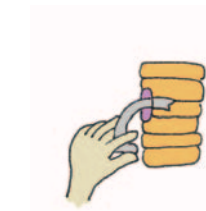
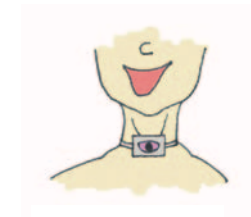
Las intervenciones del paciente agudo van dirigidas al suministro de soporte vital en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensivas.

Procedimientos empleados generalmente en UCI, según los órganos afectados:

- Intubación.
- Ventilación mecánica.
- Traqueostomía.
- PIC (Presión Intracraneal).
- Carro de monitorización (ECG, Pulsioxímetro, Tensiómetro, etc.).
- Sonda vesical.
- Nutrición parenteral o sonda nasogástrica.



TRAQUEOSTOMÍA





RECUERDA QUE: **CONSEJOS GENERALES**

A continuación citamos una serie de recomendaciones o pautas que aconsejamos tener en cuenta para el cuidado del paciente:

CUIDADOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE EN COMA AGUDO:

- Controles analíticos completos y otras pruebas diagnósticas según indicación médica.
- Vigilar y mantener los conocimientos vitales (Tª, PA, Sat de O2, etc.)
- Controlar y prevenir convulsiones, trombosis neuronales profundas y otras posibles complicaciones.
- Mantener una hidratación adecuada a través de sueros o líquidos, suplementos nutritivos y de vitaminas a través de la sangre.
- Evitar la aparición de úlceras corneales tapando los ojos con esparadrapo y aplicar un gel protector ocular.
- Prevenir la aparición de úlceras de decúbito indicando los cambios posturales necesarios.
- Administración de la medicación indicada.

“El paciente con daño cerebral necesita de ciertos cuidados que van a depender directamente del familiar o cuidador”.

PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE:

- Evitar episodios de deshidratación, intentando que el paciente ingiera de 1.5 a 2 litros de líquido diarios: agua, zumo, etc.
- Mantener una buena higiene bucal: cepillado dental y enjuagues tras las ingestas.
- Realizar una buena higiene corporal diaria, incidiendo en una buena hidratación corporal.
- Usar espesantes en los líquidos (según la pauta médica) para evitar aspiraciones en pacientes con disfagia.
- Aspirar las secreciones traqueales de carácter ocasional para evitar posibles obstrucciones de la vía aérea.
- Lavar a diario la cánula del traqueostoma para evitar su obstrucción.
- Respetar las horas pautadas por el personal médico para la administración de medicamentos.

RECUERDA QUE: **EPILEPSIA**

“La epilepsia puede aparecer tras el daño cerebral adquirido, por eso es importante saber cómo actuar ante una crisis epiléptica”.

Una crisis epiléptica es un trastorno del cerebro en el cual sus células, que se llaman neuronas, transmiten a veces las señales de forma anormal. Las crisis epilépticas suelen aparecer de forma brusca, inesperada y durar un periodo de tiempo limitado, finalizando de forma rápida.

Dependiendo del área cerebral afectada la crisis epiléptica puede tener manifestaciones clínicas diversas, las más típicas incluyen síntomas motores (convulsiones, posturas anómalas, etc.), síntomas sensitivos (hormigueos, calambres, etc.) o síntomas psíquicos (estímulos olorosos, auditivos, visuales, emociones, etc.).

El término “epilepsia” se refiere a un conjunto de enfermedades que se manifiestan por crisis epilépticas causadas por un problema en el cerebro. Para padecer “epilepsia” hay que haber tenido más de una crisis epiléptica.

¿CÓMO PUEDE APARECER?

Las crisis epilépticas y los síndromes pueden ser parciales, generalizadas o indeterminados.

Las crisis parciales son aquellas que se originan en un lugar concreto del cerebro. Hay dos tipos de crisis parciales: simples, si no se asocian a pérdida de contacto con el medio externo, o complejas, si hay una alteración de la conciencia con pérdida de la capacidad de respuesta durante la crisis.

Las crisis parciales simples consisten en sensaciones o percepciones anormales de tipo visual, sensitivo, psíquico u olfatorio, o en una actividad motora (convulsiones o posturas anormales). Las crisis parciales complejas



se caracterizan por mirada ausente y la realización de actos más o menos complejos (movimientos manuales desorganizados u organizados, movimientos de deglución o chupeteo, etc.) y amnesia de lo sucedido durante el período que dura la crisis y el inmediato período posterior.

Las crisis generalizadas ocurren por una descarga afectando a toda la superficie del cerebro y pueden ser convulsivas o no convulsivas, como las ausencias, en las que la persona se queda inmóvil, con el conocimiento perdido y con la mirada fija durante unos pocos segundos.

¿QUÉ PUEDO ESPERAR DEL TRATAMIENTO?

Alrededor del 30-50% de los pacientes con una primera crisis suelen sufrir una segunda crisis. Tras una segunda crisis el riesgo de una tercera es superior al 65% por lo que el tratamiento está, en general, indicado. Los pacientes que han tenido una lesión cerebral, presentan un riesgo de sufrir una segunda crisis mucho mayor. Otros factores que aumentan el riesgo de sufrir una segunda crisis son: saltarse una dosis de medicación, falta de sueño, estar enfermo y tener fiebre, beber demasiado alcohol o tomar drogas.

El tratamiento médico va encaminado a suprimir o disminuir el número de crisis epilépticas, disminuyendo la irritabilidad de las neuronas que las provocan. El tratamiento comienza con la toma de un solo fármaco (monoterapia) a dosis progresivamente más altas y tomadas de forma regular y a las horas prescritas. En aquellos pacientes que continúan con crisis se incrementa la dosis hasta conseguir el control de las crisis o llegar a la dosis máxima tolerable.

Pero si persisten las crisis o aparecen efectos secundarios se cambia a otro tratamiento en monoterapia o a la combinación de 2 ó más medicamentos.

Nunca suspenda el tratamiento de forma brusca, el abandono de la medicación o el olvido de tomas es la causa más frecuente de reaparición de crisis.

Además del tratamiento médico deberá llevar una vida sana, evitar el consumo de alcohol y drogas y dormir las horas apropiadas con un ritmo regular.

¿QUÉ DEBEMOS HACER ANTE UNA CRISIS?

| DEBEMOS HACER | NO DEBEMOS HACER | PORQUE |
|--|---|--|
| Mantenernos tranquilos | Asustarnos | Por lo general recuperará la conciencia en pocos minutos. |
| Evite que se golpee alejándolo de objetos y colocando una almohada debajo de la cabeza. Tumbelo de lado. | Sujetar a la persona con fuerza para evitar los movimientos. Tumbarlo boca arriba. Sacudirlo o golpearlo. | Solo conseguirá dañarle a usted y a él mismo. La mordedura de lengua es un daño menor al que le ocasionaría al intentarle abrirle la boca. |
| Afloje el cuello de la camisa, corbata u otra prenda ajustada al cuello. Evite aglomeraciones alrededor. | Tratar de reanimarla o hacerle respiración artificial. Abrirle la boca a la fuerza. Introducirle objetos en su boca. Frotarle con alcohol, echarle agua, etc. | Aunque aparentemente no respire, no necesita respiración artificial. Los cambios de coloración de la piel no son signos de asfixia y los ruidos son por problemas de coordinación de la respiración y el aumento de secreciones. Una vez pasada la crisis, recuperará su ritmo respiratorio. |
| Observar atentamente todo lo que ocurre. Espere pacientemente. | Correr a buscar ayuda y abandonarle. | El elemento más útil para el diagnóstico de la crisis es un relato lo más detallado posible. |
| Después de la crisis déjele descansar tumbado sobre un costado hasta que se recupere totalmente. | Después de la crisis no necesita ningún sedante ni por supuesto trate de alterar su descanso. | |



RECUERDA QUE: **ESPASTICIDAD**

“La espasticidad puede aparecer debido a una lesión cerebral, dificultando el movimiento de los miembros, entorpeciendo su función e incluso pudiendo llegar a deformarlos cuando es muy severa”.

La espasticidad es un síntoma motor en el que aumenta el tono muscular de algunas partes del cuerpo. Esto significa que ciertos músculos están permanentemente contraídos y cuesta estirarlos. Según sea mayor o menor el grado de espasticidad será más o menos difícil mover ese miembro. La espasticidad puede aparecer en los brazos, las piernas, el cuello o el tronco. Provoca que la parte afectada se mantenga rígida en una postura determinada (por ejemplo: la muñeca doblada con la mano cerrada, el codo doblado o estirado, el pie apuntando hacia abajo, etc.). La espasticidad puede aparecer tanto en el caso de daño cerebral como cuando existe una lesión a nivel de la médula espinal. Hay ocasiones en que además aparecen espasmos musculares. Los espasmos son sacudidas bruscas de la extremidad en flexión o extensión, que el paciente no controla y pueden ser dolorosas.

LA ESPASTICIDAD PUEDE PROVOCAR PROBLEMAS COMO:

- Si el paciente es capaz de mover la parte del cuerpo afectada, la espasticidad dificultará ese movimiento y puede entorpecer la función del miembro. Por ejemplo, un pie que tienda a mantenerse estirado (pie equino), hará que sea más difícil ponerse de pie o caminar.
- Si la espasticidad es severa y el miembro se mantiene siempre en la misma postura, las articulaciones pueden deformarse.
- La espasticidad puede provocar dolor, sobretodo, al intentar mover la parte del cuerpo afectada.
- Las actividades básicas de la vida diaria como la higiene y el vestido resultan más difíciles porque cuesta más mover los miembros. Por ejemplo, si la mano se mantiene con los dedos doblados y cerrados sobre la palma (en garra) resultará más complicado lavarla.

El tratamiento va encaminado a disminuir el grado de espasticidad y a prevenir las complicaciones que puedan aparecer. Existen diversas opciones de tratamiento:

- Evitar o corregir factores que aumenten el grado de espasticidad. Por ejemplo: el frío, la ansiedad, las infecciones, los puntos de presión, el dolor, el estreñimiento, etc.
- Ejercicios específicos, movilizaciones y algunos tipos de corrientes, que se aplican en el gimnasio de fisioterapia.
- Aparatos ortopédicos (férulas y ortesis) que se colocan para corregir la posición del miembro.
- Medicamentos que se administran por vía oral como el Lioresal[®] (baclofeno) o el Sirdalud[®] (tizanidina).
- Inyección de fármacos en los músculos espásticos (Toxina Botulínica).
- Colocación de una Bomba de Baclofeno. Se trata de un depósito pequeño (reservorio) que se coloca bajo la piel del abdomen, conectado a un tubo (catéter) que se mete dentro de la columna, en el espacio subaracnoideo. El reservorio contiene un medicamento antiespástico (baclofeno) y manda la dosis que indique el médico hacia el líquido que hay en el espacio subaracnoideo.



RECUERDA QUE: ÚLCERA POR PRESIÓN

“Una úlcera por presión es una lesión que se desarrolla en la piel y en los tejidos más profundos debido a la presión, generalmente, sobre una prominencia de hueso. La piel y los tejidos dependen de un suplemento sanguíneo adecuado para recibir oxígeno y nutrientes. Cuando los tejidos se comprimen por un período prolongado, (incluso dos horas), la circulación sanguínea se puede interrumpir, provocando una úlcera”.

FACTORES DE RIESGO

- Inmovilidad, como estar postrado en una cama o silla
- Pérdida de sensibilidad
- Desnutrición
- Delgadez extrema/Obesidad
- Incontinencia o fuga de orina o heces
- Problemas médicos como: anemia, infección, mala circulación, diabetes, etc.
- Fractura ósea
- Edema o retención de líquidos
- Piel reseca

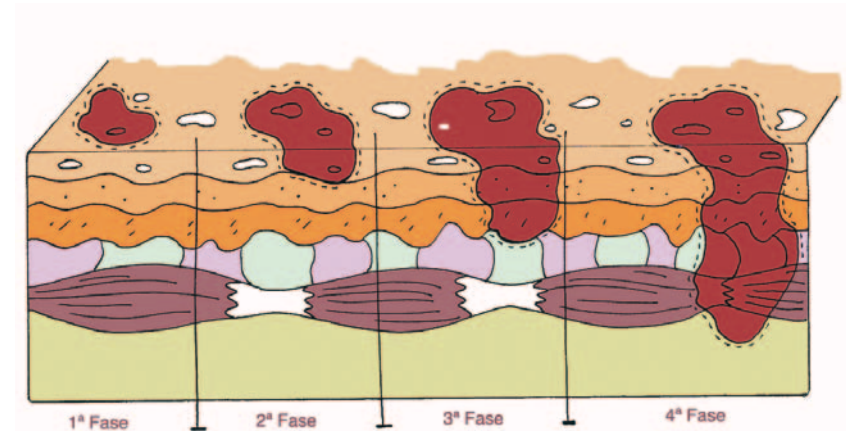
CLASIFICACIÓN EN FASES

1- Enrojecimiento de la piel que no se corrige con masaje ni eliminando la presión. La piel está intacta. A veces se nota la piel más caliente o más fría que la de alrededor, o con edema o induración. Si el paciente tiene sensibilidad puede notar picor, dolor o escozor.

2- Lesión dérmica superficial que se manifiesta por grietas y/o ampollas cutáneas. Se limita a epidermis o dermis superficial (las primeras capas de la piel).

3- Herida bien diferenciada que afecta a todas las capas de la piel y al tejido celular subcutáneo, pero no llega a los músculos.

4- Lesión ulcerativa extensa que afecta a estructuras profundas incluyendo el músculo, tendones y a veces el hueso.



PREVENCIÓN

- Examinar el estado de la piel al menos una vez al día.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Valorar y tratar la incontinencia.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Corregir el déficit nutricional.
- Cambios posturales a las horas protocolarizadas.
- Fomentar la movilidad y actividad del paciente.
- Instaurar medidas o dispositivos de alivio de presión. Colchón antiescaras.
- Fomentar la educación sanitaria.
- No masajear prominencias óseas.
- No elevar cabecera de la cama más de 30°.
- No utilizar flotadores.
- Vigilar zona de inserción de sondas, mascarilla y gafas de oxígeno y sujeciones mecánicas.
- Protección de prominencias óseas.



RECUERDA QUE: **INCONTINENCIAS**

Los pacientes en algunas ocasiones ven mermadas su capacidad de eliminación; para ello disponemos de dispositivos, tanto hospitalarios como extra-hospitalarios que nos ayudarán a contener tanto la diuresis como las deposiciones de nuestros pacientes.

INCONTINENCIA URINARIA

Se pueden utilizar dispositivos como los **colectores urinarios**, tanto femeninos como masculinos. Nosotros los que más utilizamos son los masculinos.

Contamos con gran variedad de clases, algunos antialérgicos para aquellas personas sensibles.

Los colectores se colocan como un preservativo, disponiendo en su parte posterior de una zona en tubular en la que se conecta la bolsa urinaria. Es un método no invasivo para tener controlada la diuresis del paciente, evitando el sondaje vesical y sus complicaciones. Mantienen la zona del pañal aislada de humedad porque la orina se deposita directamente en la bolsa y es muy sencillo de cambiar.

Se suele cambiar mínimo una vez al día (según necesidades concretas del paciente).

Procedimiento:

- 1.- Retirada del colector del día anterior.
- 2.- Se realizará limpieza del pene, recordando que se debe descapullar.
- 3.- Se realizará una inspección visual de posibles lesiones tanto en el propio pene como en las zonas cercanas.
- 4.- Si es necesario, se hará un repaso del rasurado para mejorar su adherencia.
- 5.- Se procederá a la colocación del nuevo colector, según el procedimiento

Consideraciones:

- La piel debe estar bien seca.
- Debe quedar un espacio de al menos 2 cm. entre el glande y el final del colector.
- El área correspondiente al adhesivo es de 2-3 cm. por detrás del glande.
- Si el colector es demasiado largo, deberá recortarse el material sobrante a nivel de la base del pene para que no quede anillado, ya que podría causar lesiones por presión en el ángulo penoescrotal.
- Si se utiliza adhesivo de pasta o spray, deberán retirarse previamente los restos con un disolvente

Sondas vesicales o urinarias

Debemos tener mucha precaución en los pacientes que lleven este dispositivo. Es de uso sanitario, de manera que no se puede cambiar en domicilio, a no ser que lo haga un enfermero o médico.

Debemos siempre cuidar que la bolsa a la que va conectada la sonda se encuentre siempre situada por debajo del nivel de la vejiga para evitar que la orina de la bolsa refluya de nuevo y suba a vejiga, provocando infecciones importantes de orina.

Es por ello, y, aunque actualmente las bolsas de orina cuentan, en su gran mayoría con sistemas antirreflujo, que debemos tener precaución, sobre todo al realizar cambios de pañal en la cama o posturales que la bolsa se encuentre pinzada para evitar dicho reflujo inverso.

Deberemos mimar dicha sonda para evitar tirones o traumatismos que podrían ocasionar lesiones en la vejiga y provocar hematuria (orina mezclada con sangre por un sangrado).

Estas sondas, como ya hemos dicho sólo pueden ser cambiadas por un médico o una enfermera siendo la duración de las mismas diferente según su composición.

Pañales

Utilizados tanto cuando la incontinencia es urinaria como fecal. Cambiar el pañal cuando sea preciso, para eso los pañales están provistos de un indicador de humedad en la parte exterior (bandas que cambian de claro a oscuro, a medida que se van saturando de orina).

Mantener el paciente limpio y seco. Realizar una higiene adecuada de la zona del pañal. 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. Vigile el color y el olor de la orina. Si nota cambios, consulte con los servicios médicos.

Gráfico de cómo realizar los cambios de pañal:

El paciente en posición de pie:



El paciente acostado:



INCONTINENCIA FECAL:

Aunque hay en el mercado colectores fecales, existe todavía bastante controversia a la hora de su utilización, por eso el método más utilizado es el pañal.

Existen pañales de diferentes tallas, así como materiales de composición. Suelen ir diferenciados por colores y deberán ser cambiados según precisen. Siempre, en cada cambio de pañal se deberá realizar la higiene de la zona; siendo esta siempre de delante hacia atrás tanto en hombre como mujeres para evitar infecciones por arrastre de material fecal a vías urinarias.

5 neuropsicología

Presentación del profesional:

- El Neuropsicólogo
- El Terapeuta Cognitivo

Grupos:

- Psicopatología:
 - Alteraciones emocionales
 - Alteraciones conductuales
 - Alteraciones de la conciencia
- Neuropsicología:
 - Trastorno Cognitivo Severo
 - Trastorno Cognitivo Moderado
 - Trastorno Cognitivo Leve

Recuerda:

- Psicopatología:
 - Tristeza
 - Apatía
 - Conciencia
 - Fabulaciones
 - Incumplimiento tareas
 - Irritabilidad
 - Agitación
 - Modificación conducta
- Neuropsicología:
 - Atención básica
 - Atención compleja
 - Orientación
 - Memoria remota
 - Aprendizaje

Normas:

- (Incorrecto / Correcto)
- Sobreestimar
 - Tiempo de descanso
 - Tiempo de respuesta
 - Labilidad emocional
 - Desinhibición
 - Apatía
 - Impaciencia

Consejos:

- (Intenta evitar / Te aconsejamos)
- Atención
 - Incomprensión
 - Incapacitar
 - Sobreproteger

Pasos a seguir:

- La habitación
- Agenda
- Situaciones conflictivas



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL NEUROPSICÓLOGO



La “neuropsicología” es una disciplina que estudia las relaciones cerebro-conducta. Se interesa por la relación entre estructuras cerebrales (hemisferios, lóbulos, regiones, etc.) y funciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.). También estudia las alteraciones afectivas, del humor y de la conducta derivadas de las lesiones o disfunciones cerebrales.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA NEUROPSICOLOGÍA?

En pacientes con daño cerebral el neuropsicólogo tiene como función:

- Identificar, evaluar, y describir déficits cognitivos y alteraciones conductuales derivadas de distintas lesiones cerebrales.
- Establecer pautas de tratamiento encaminadas a la restitución o compensación del daño.
- Orientar y controlar el tratamiento cognitivo y conductual en el proceso de recuperación.
- Concienciar a pacientes y familiares de las consecuencias del daño cerebral favoreciendo la implicación de ambos en el proceso de rehabilitación.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El neuropsicólogo consigue estos objetivos:

- Conociendo con precisión la historia clínica y precisando su capacidad intelectual y estado conductual previo a la lesión cerebral.
- Valorando las distintas funciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas).
- Estudiando con profundidad el estado emocional y los posibles cambios conductuales.
- Orientando y supervisando la rehabilitación en función de las necesidades de cada paciente.

- Integrando a los paciente en grupos de terapia cognitiva y de conciencia de enfermedad.
- Asesorando e informando a pacientes y familiares con el objetivo de favorecer la comprensión y asimilación del daño cerebral.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL NEUROPSICÓLOGO?

El neuropsicólogo interviene:

- Al ingreso: evaluando inicialmente al paciente, sus antecedentes, entorno, su situación actual y familiar. Planteando objetivos de trabajo y orientando a familiares.
- Durante el proceso de rehabilitación: supervisando y planificando el tratamiento, además de confirmar y cuantificar su recuperación.
- En el momento del alta hospitalaria: evaluando y estableciendo la capacidad del paciente para su reintegración socio-laboral.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL TERAPEUTA COGNITIVO



La "rehabilitación cognitiva" se define como un "proceso a través del cual las personas con daño cerebral trabajan junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica".

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA?

En las personas con daño cerebral la rehabilitación va encaminada a:

- Restituir las funciones cognitivas que se han visto alteradas a consecuencia de la lesión cerebral como la atención, la memoria, etc.
- Reducir al máximo la repercusión de las deficiencias derivadas del daño cerebral en diferentes actividades.
- Compensar la desventaja causada por la discapacidad, que limita o impide el desarrollo normal, en función de la edad, sexo y otros factores sociales y culturales.
- Alcanzar el máximo grado de autonomía e independencia del paciente, con el fin de facilitar su adaptación e integración social, académica y/o laboral.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

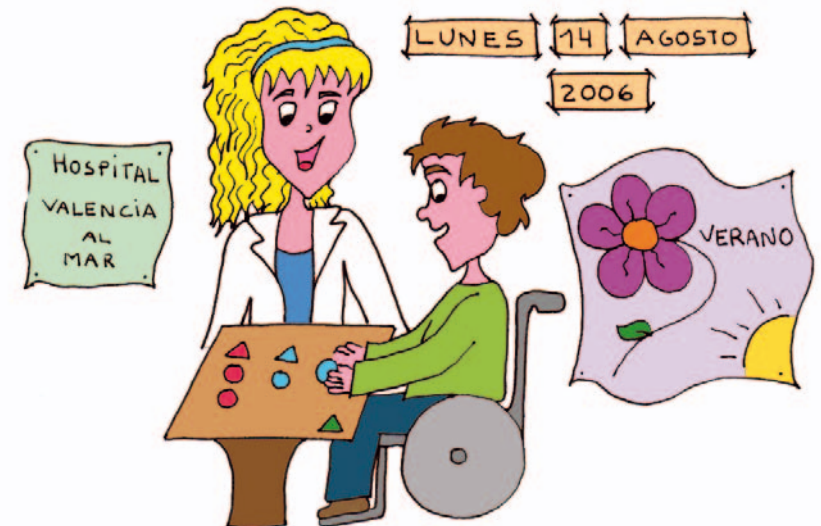
- Planificando el tratamiento: valoración inicial, plantear objetivos, iniciar la rehabilitación, revisar periódicamente la evolución, introducir cambios si son necesarios y establecer nuevos objetivos.
- Ayudando al paciente a adquirir técnicas que tienen como objetivo alcanzar el máximo rendimiento intelectual, la mejor adaptación social laboral y social en sujetos que sufren o sufrieron una lesión cerebral:
 - Restauración: se estimulan y mejoran las funciones cognitivas alteradas actuando directamente sobre ellas.
 - Compensación: potenciar el empleo de diferentes mecanismos alternativos o habilidades preservadas que asimilen la función deteriorada.
 - Sustitución: enseñar al paciente diferentes estrategias que ayuden a minimizar los problemas resultantes de las disfunciones cognitivas.

- Asistiendo y guiando al paciente en la realización de ejercicios y actividades para mejorar la capacidad cognitiva.
- Comunicando, informando y educando sobre el tratamiento de la rehabilitación cognitiva a los otros participantes del proceso rehabilitador (familiares, cuidadores y amigos), ya que su colaboración es esencial para el proceso rehabilitación.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL TERAPEUTA COGNITIVO?

La actuación del terapeuta cognitivo puede darse durante:

- Trastorno Cognitivo Severo: el paciente se encuentra clínicamente estable pero está desorientado. Puede estar agitado y/o presentar problemas de conducta.
- Trastorno Cognitivo Moderado: pacientes orientados. Se identifican las capacidades cognitivas específicas que están dañadas, para trabajar una posible restauración de las mismas.
- Trastorno Cognitivo Leve: continuar trabajando las funciones cognitivas alteradas incorporando técnicas de compensación, sustitución e integración.



GRUPOS: PSICOPATOLOGÍA



ALTERACIONES EMOCIONALES

En éste grupo se incluyen pacientes con alteraciones emocionales de tipo ansioso, depresivo o mixto. Estas alteraciones emocionales suponen algún tipo de malestar psíquico, social y ocupacional. En general las alteraciones son producidas por su dificultad para asumir el daño cerebral y adaptarse a la nueva situación.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:

Se caracteriza por una visión pesimista sobre uno mismo y su futuro, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Pueden presentarse cambios en el apetito y el sueño, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y llanto. El paciente suele referir estar triste, desesperanzado y cansado.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

Es la más común y universal de las emociones, se produce una reacción de tensión sin causa aparente. Es una reacción emocional ante un peligro o amenaza que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

El paciente tiene sensaciones fisiológicas desagradables (dolor de estómago, rigidez, taquicardia etc.). Puede manifestarse en forma de miedos exagerados a situaciones concretas u objetos, mostrar invasión de pensamientos o imágenes repetitivas que causan mucho malestar, así como pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).

ALTERACIONES CONDUCTUALES

En este grupo se incluyen a aquellos pacientes que presentan algún cambio de su personalidad o algún tipo de trastorno psicótico debido al daño cerebral.

CAMBIO DE LA PERSONALIDAD DEBIDO AL DAÑO CEREBRAL:

La personalidad es un patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones. Cuando ocurre el daño cerebral, en muchas ocasiones se produce una alteración significativa de las formas habituales de comportamiento, y supone un desajuste importante del funcionamiento psíquico, social y ocupacional. En general, y teniendo en cuenta que sus manifestaciones están graduadas de menor a mayor intensidad, podemos clasificar estos trastornos en:

- **LÁBIL:** Su *principal característica* es la inestabilidad afectiva. El paciente se suele mostrar impaciente, irritable, inestable emocionalmente, mostrando oposicionismo, etc.
- **DESINHIBIDO:** Su *principal característica* es la incapacidad para controlar sus impulsos. Necesidad de expresar sus necesidades sin tomar en consideración sus consecuencias. El paciente puede mostrarse infantil, eufórico, tener comportamientos sociales o sexuales poco adecuados, hablar o comer en exceso, etc.
- **APÁTICO:** Su *característica principal* es la disminución de la motivación en cualquier comportamiento que suponga dirigir la conducta hacia un fin. El paciente se muestra aplanado, indiferente, sin espontaneidad y con impersistencia.
- **PARANOIDE:** Su *característica principal* es un comportamiento suspicaz. El paciente se muestra desconfiado, suspicaz, sospecha y duda de su entorno.
- **AGRESIVO:** Su *característica principal* es la agresividad. El paciente puede mostrar hacia los demás agresividad verbal o física, e incluso puede agredirse a sí mismo.

TRASTORNO PSICÓTICO O ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO DEBIDO AL DAÑO CEREBRAL:

En éste grupo se incluyen pacientes con alteraciones de la percepción y/o pensamiento sin conciencia de que las mismas son patológicas. Los pacientes pueden tener alucinaciones y/o delirios, su pensamiento es desorganizado, sin coherencia en sus ideas y comportamientos, perdiendo el contacto con la realidad.

ALTERACIONES DE LA ACTIVIDAD:

Este tipo de alteraciones son propias de pacientes que hace poco que han sufrido daño cerebral o en aquellos con una mayor afectación cognitiva. Se caracterizan por presentar fatiga física o mental, importante lentitud psicomotora, tener tendencia a la inmovilidad o, por el contrario, presentar agitación psicomotora.

ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

Se adscriben a grupos de conciencia de enfermedad aquellos pacientes que presentan algún tipo de dificultad para percibir de forma adecuada las consecuencias producidas por el daño cerebral sufrido. Las dificultades se pueden presentar a la hora de percibir limitaciones físicas, cognitivas y/o conductuales.

DÉFICITS EN LA PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES FÍSICAS.

Aunque la mayoría de los pacientes perciben de forma ajustada a la realidad las limitaciones físicas, algunos de ellos con daño cerebral grave o extremadamente grave pueden negar la evidencia. Otros, aún percibiendo las limitaciones, no son capaces de hacer una previsión ajustada de su evolución y repercusiones funcionales.

DÉFICIT EN LA PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES COGNITIVAS.

Los déficits cognitivos (memoria, atención, lenguaje, razonamiento, etc.) requieren un mayor esfuerzo para percibirlos con precisión. El proceso de rehabilitación mediante la información y confrontación ayuda a los pacientes a conectar con sus limitaciones. Sin embargo muchos niegan o minimizan sus déficits, siendo incapaces de predecir su impacto en la vida diaria.

DÉFICITS EN LA PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES CONDUCTUALES.

Las alteraciones emocionales o conductuales (irritabilidad, apatía, desinhibición, etc.) son las más difíciles de reconocer ya que en muchos casos implican un cambio importante en la forma de sentir y de comportarse. Estas deficiencias suponen una gran sobrecarga en la familia, encontrándose en situaciones de difícil manejo. La percepción de estas alteraciones supone para el entorno del enfermo un gran esfuerzo, ya que tendrán que ejercer como un espejo en el que se reflejen sus problemas. Estas limitaciones conductuales producen un gran impacto en el entorno del enfermo a nivel social, laboral y familiar.

GRUPOS: NEUROPSICOLOGÍA



TRASTORNO COGNITIVO SEVERO

En este grupo se encuentran aquellas personas que tras haber sufrido una lesión cerebral, ya no se teme por su vida. Han comenzado a estabilizarse sus funciones vitales, se les suprime la respiración asistida, recuperan un ritmo alterno de sueño / vigilia y abren los ojos de forma espontánea. Empieza la fase de recuperación de la conciencia, es decir, de toma de contacto con la realidad.

Podemos encontrar diversos tipos de personas con las siguientes características principales:

En coma:

- Aquellas personas que sus funciones vitales se encuentran estables.
- Estado de conciencia aperceptiva.
- El ciclo sueño / vigilia está ausente.
- Respuestas reflejas subcorticales (retirada al dolor, flexión, extensión, etc.).
- La duración de este periodo se establece en un mes aproximadamente.
- Es uno de los indicadores más significativos en la gravedad del TCE.

En Estado Vegetativo:

- Personas que tienen presente el ciclo sueño / vigilia.
- Aparece la apertura ocular espontánea.
- No existe respuesta psicológica o emotiva. Sonrisa o llanto reflejos.
- Comienzan a aparecer respuestas automáticas ante determinados estímulos como por ejemplo:
 - Ante estímulos dolorosos presentan respuestas como retirada, mímica o gestos de desagrado como fruncir el ceño.
 - Ante estímulos auditivos (un ruido fuerte, la voz...) comienza una breve orientación hacia ellos.
 - Breve fijación ante estímulos visuales.

En respuestas mínimas:

- Son aquellas personas cuyas respuestas tanto sensoriales como emocionales, comienzan a ser apropiadas a los diferentes estímulos externos o ambientales.
- Grado de conciencia parcial.
- Localiza estímulos dolorosos. Aparecen movimientos automáticos como rascarse e intentos de alcanzar objetos.
- Localiza la procedencia del sonido y empieza a comprender órdenes sencillas.
- Comienzan a fijar la vista y aparece el seguimiento visual sostenido.
- Aparece la emisión de verbalizaciones, primero ininteligibles, es decir, que no llegamos a entender y luego inteligibles, aunque de forma inconsistente.
- La sonrisa y el llanto comienzan a ser apropiados, están relacionados con una situación concreta.

Trastorno Cognitivo Severo:

- En general son pacientes que pueden presentar un nivel de conciencia fluctuante, siendo capaces de prestar atención en un tiempo muy limitado y sólo a un estímulo determinado.
- Suelen presentar alteraciones de la actividad (fatiga, lentitud / agitación psicomotora).
- Se encuentran desorientados en el tiempo (año, mes, día de la semana), espacio (ciudad, Hospital, servicio) y en persona (no reconoce a personas cercanas o conocidas).
- Su memoria está muy dañada, tanto para recordar hechos recientes (memoria anterograda), como para recordar situaciones pasadas (memoria retrograda).
- Tienen muy dañado el funcionamiento ejecutivo, siendo incapaces de iniciar, planificar tareas hacia un objetivo, así como de mostrar un pensamiento flexible, y coherente ante las demandas del medio.
- Muchos pacientes presentan también alteraciones en el lenguaje, en la capacidad visoperceptivas, o para realizar habilidades motoras adquiridas (cepillarse los dientes, afeitarse, etc.).
- La mayoría de pacientes presentan importantes alteraciones de la personalidad (apatía, labilidad, desinhibición, agresividad).

TRASTORNO COGNITIVO MODERADO

Las personas afectadas por un trastorno cognitivo moderado, son aquellas que presentan dificultades en:

Orientación: En general estos pacientes suelen estar orientados. A nivel temporal pueden tener fallos en el día del mes y ocasionalmente en el día de la semana, pero se sitúan correctamente en el mes y en el año. En cuanto a la orientación espacial saben ubicarse de forma adecuada en la ciudad, hospital, etc., así como reconocer a las personas cercanas y/o conocidas.

Atención: Su nivel de conciencia es adecuado, mantiene un buen nivel de alerta, siendo capaces de percibir y atender a todo lo que acontece a su alrededor. Son capaces de mantener la atención y concentrarse ante las tareas, aunque su rendimiento es bajo, ya que se distraen con facilidad siendo incapaces de inhibir distractores (música de fondo, alguien que habla mientras realizan una tarea, etc.). Son incapaces de alternar dos tareas o de realizarlas a la vez. Muchos pacientes con lesiones en hemisferio derecho pueden mostrar deficiencias en prestar atención a todo lo que se ubique en su parte izquierda (Heminegligencia).

Memoria: En general son capaces de recordar o acceder a las cosas que han aprendido antes del daño cerebral (memoria retrograda), aunque en ocasiones pueden confundir hechos, sobretodo si son cercanos en el tiempo al daño cerebral). Donde mayores dificultades presentan es en la capacidad para aprender o recordar situaciones o hechos recientes (memoria anterograda). Son capaces de retener nueva información aunque muy por debajo de lo que sería esperable.

Funcionamiento ejecutivo: Organizar y planificar cualquier actividad para después llevarla a la práctica de forma eficiente, rápida y satisfactoria, son las Funciones Ejecutivas. Estas sufren un detrimento importante resultando difícil la toma de decisiones y la resolución de problemas. Asimismo les resulta difícil considerar alternativas, establecer pasos a seguir adecuados en cada situación, mostrar un razonamiento flexible, no insistente y persistente en una misma idea. También suelen presentar dificultades en la capacidad de adaptación a los cambios con agilidad mental y en la velocidad de razonamiento.

Percepción Visual: En general distinguir, reconocer y manejar los estímulos visuales de manera correcta (colores, formas, objetos, caras) son áreas que suelen encontrarse preservadas, aunque dependerá de la focalidad de la lesión.

Capacidades visuoespaciales: Una adecuada capacidad para reconocer las partes de un todo para su posterior reconstrucción, realizando una integración lógica y coherente suele verse disminuida con mayor frecuencia en este grupo de pacientes.

Otro aspecto a destacar, son las alteraciones de la conducta, principalmente los cambios de personalidad (impulsividad, irritabilidad, desinhibición, apatía..) y la falta de conciencia de enfermedad, ya que tienden a ignorar o minimizar las deficiencias cognitivas y conductuales.

En general, la gente que forma este grupo, en función de las limitaciones físicas que pueden presentar, tienen capacidad para ser autónomos dentro de casa (actividades básicas de la vida diaria), aunque son muy dependientes en aquellas tareas que debe realizar en su entorno habitual -barrio, ciudad- (actividades instrumentales).

TRASTORNO COGNITIVO LEVE

Se incluyen en éste grupo pacientes que por el tipo de lesión o por el tipo de evolución presentan una discapacidad de menor impacto físico, cognitivo y/o conductual que el de los pacientes pertenecientes al grupo cognitivo severo y moderado. Los déficits cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.) en estos enfermos son de menor grado. En general, muchos pacientes presenta más de una función cognitiva dañada, aunque también podemos encontrarnos con personas con un déficit focal. Uno de los objetivos prioritarios de la rehabilitación neuropsicológica, es la compensación de las deficiencias donde buscamos estrategias alternativas que reduzcan la exigencia cognitiva.

• **Orientación:** Se encuentran totalmente orientados en el tiempo (día, mes, año), en el espacio (ciudad, hospital) y en persona (familia, amigos, personajes conocidos, etc).

• **Atención:** Pueden seguir presentando ligeras dificultades en procesos atencionales básicos (atención sostenida) aunque sus mayores dificultades se manifiestan en actividades que implican procesos atencionales complejos (atención selectiva, alternante y dividida). Aquellos paciente con lesiones en hemisferio derecho han sido capaces de compensar la heminegligencia izquierda.

• **Memoria:** Asimismo muchos de los pacientes pertenecientes a éste grupo continúan teniendo problemas de memoria pero el impacto en sus vida es menor gracias al trabajo de compensación, utilización de estrategias y uso sistemático de ayudas externas (agenda, móvil etc...).

• **Funcionamiento Ejecutivo:** Presentan limitaciones en capacidades necesarias para formular metas, les cuesta planificar etapas y desarrollar estrategias para conseguir sus objetivos. En algunos casos siguen necesitando ayuda externa para iniciar, proseguir o detener secuencias complejas de conducta de forma ordenada e integrada. Persiste en muchos de los afectados lentitud en el procesamiento y en la búsqueda de información.

• **Percepción visual:** Los pacientes son capaces de percibir y reconocer las formas, colores, objetos y caras, y no presentan limitaciones en la vida diaria.

• **Capacidades visuoespaciales:** La capacidad para construir, puede verse disminuida en pacientes principalmente con lesiones en el hemisferio derecho.

Otro factor a destacar son las alteraciones comportamentales que, aunque suelen reducir en frecuencia e intensidad, persisten las dificultades de control y autorregulación (impulsividad, irritabilidad, rigidez mental etc..).

En la mayoría de los casos en éste grupo los pacientes llegan al final de su proceso de rehabilitación por ello es el momento de búsqueda por parte del equipo de daño cerebral de la mejor vía de reinserción sociolaboral. Tarea muchas veces complicada porque es posible que todavía algunos de ellos sigan sin ser totalmente conscientes de sus limitaciones y sus repercusiones futuras.



RECUERDA QUE: **PSICOPATOLOGÍA**

TRISTEZA

“Debido al cambio que ha experimentado, es normal que en algunos momentos se sienta triste al percibir la pérdida de capacidades. Para compensar estos síntomas depresivos y evitar sentimientos de inutilidad debemos”:

- Centrar su atención en las cosas positivas que conserva.
- Hacerle ver lo importante que es para vosotros el tenerle cerca.
- Proponerle actividades atractivas, que le gusten y que le resulten fáciles de realizar .
- Pedirle que haga solo las cosas que sabemos que puede hacer, evitando las situaciones que puedan suponer un “compromiso” para sus capacidades.

APATÍA

“La apatía puede llegar a convertirse en un problema importante para la vida de cualquier persona”. En el caso de tu familiar, la falta de iniciativa para comenzar actividades, se debe a que el daño que ha sufrido su cerebro le impide motivarse internamente para comenzar actividades. Por esto es importante que intentemos que la motivación y la iniciativa venga desde fuera, por lo menos al principio. Te damos algunos consejos:

· Para conseguir esto es importante que hagamos un pequeño trabajo de investigación, que no nos será muy difícil. Pensaremos en aquellas actividades que gustaban especialmente a nuestro familiar antes de sufrir el daño cerebral. Estas actividades resultarán más motivadoras para él y podrán ayudarnos a movilizarlo. Después de tener reunidas bastantes actividades piensa y selecciona de todas ellas, aquellas que ahora pueda realizar y aquellas que le resulten más fácil finalizar con éxito. Piensa que puede realizarlas solo o con la ayuda de alguien.

· Otra cosa que debemos hacer es procurar que nuestro familiar tenga las actividades diarias lo más estructuradas posible. Esto le ayudará a vencer la apatía y la desgana, porque siempre es más fácil emprender actividades

que están estructuradas que aquellas que cada vez son a una hora, o en un momento distinto. Por ejemplo, no dejes que coma sólo cuando tenga hambre, sino que coma todos los días a la misma hora, que se acueste y se levante también normalmente a la misma hora cada día, que se arregle cuando se levante, que tenga unas “obligaciones” por la mañana y otras por la tarde (por ejemplo, arreglar la habitación, ir a terapia, regar las plantas, etc.).

· No culpabilices a tu familiar por no querer hacer nada, intenta comprender que forma parte de lo que le ha pasado. Sin embargo, esto no quiere decir que le dejemos que no haga nada, por el contrario intenta motivarlo proponiéndole tú cosas que sepas que le gustan, sin presionarlo ni discutir, y poco a poco irá mejorando su nivel de actividad.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

“Es necesaria una adecuada conciencia de enfermedad para que los pacientes se comprometan y participen de forma activa en el proceso de rehabilitación”. Sin una ajustada percepción de los déficits físicos, cognitivos y/o comportamentales los pacientes tienden a infravalorar o incluso negar la necesidad de seguir un proceso de rehabilitación. Los pacientes tienen que ser conscientes de que tipo de lesión han sufrido (déficits), y de cómo esos déficits han cambiado la forma habitual de relacionarse con su entorno.

Ejemplos:

1. “Yo no tengo ningún problema, etc.”.
2. “Parece que voy al cole, etc.”.
3. “Antes ya tenía problemas de memoria, etc.”.
4. “Yo no entiendo porque no me dejan conducir, etc.”.
5. “En un mes estaré completamente recuperada, volveré a trabajar”.

Es una labor conjunta de profesionales y familiares el mostrar las consecuencias del Daño Cerebral:

1. De los problemas físicos (problemas de movilidad) , cognitivos (atención, memoria etc...) y/o psicológicos (problemas emocionales y cambios evidentes en su comportamiento).
2. De las limitaciones funcionales en sus actividades cotidianas (actividades básicas, trabajo/estudio, conducción, ocio etc...).
3. Y cuando proceda ayudar a planificar las actividades futuras de forma realista, realizando las modificaciones o adaptaciones necesarias (estudio, trabajo etc..).

¿Qué podemos hacer?:

- Ayudarle a entender su situación de una forma positiva dándole feed-back sobre su comportamiento e informándole sobre la forma de mejorarlo.
- Aprovechar las situaciones en las que de forma espontánea refiera alguna dificultad para hablar sobre el tema tranquilamente, evitando sermones y recriminaciones.
- Al abordar el tema, es conveniente evitar las situaciones en las que él o nosotros estemos enfadados para no provocar discusiones.
- La toma de conciencia es un proceso largo, no podemos “obligarle” a ser consciente de sus dificultades de forma súbita puesto que provocaríamos enojo y reacciones negativas.

FABULACIONES

“Aparecen cuando existen problemas de memoria, consiste en completar los espacios vacíos en la memoria con recuerdos falsos o inexactos”. En estos casos podemos tener la impresión de que el paciente cuenta mentiras e inventa historias de forma voluntaria, pero en realidad lo que sucede es que ante las preguntas que le realizamos se ve forzado a buscar coherencia entre los pocos e imprecisos recuerdos que tiene creando una respuesta que parezca real. Para manejar estos problemas debemos:

- Intentar no comprometer sus capacidades ni ponerle a prueba. En situaciones en las que sea probable que no recuerde debemos evitar hacerle preguntas y seremos nosotros quienes le demos directamente la información exacta para que no tenga intrusiones y aprenda sin error.
- No enfadarse. El paciente no controla voluntariamente las confabulaciones y no es su deseo contar mentiras.
- Cuando se produzca una confabulación hemos de reaccionar con tranquilidad y nuestra actitud a de ser empática y positiva: le ayudaremos a recordar de forma exacta sin hacerle sentir mal por no haber sido capaz de acordarse.

INCUMPLIMIENTO DE TAREAS

- Elegir las tareas que ha de realizar en función de la dificultad de la actividad y las capacidades del paciente.
- Simplificar la tarea dividiéndola en partes sucesivas.
- Asegurarnos de que es capaz de realizar todos los pasos que requiere.
- Motivarle para que inicie la actividad y si es necesario iniciarla con él.
- Animarle durante la ejecución.
- Felicitarle al finalizar la tarea.

IMPULSIVIDAD Y/O IRRITABILIDAD

“Son síntomas más del daño cerebral que el paciente no puede controlar voluntariamente y que le provocan malestar”. A continuación te presentamos una serie de pautas a seguir:

- Pedir que demore la respuesta para controlar la impulsividad.
- Tratar de comprender que este tipo de comportamientos es consecuencia de la lesión cerebral. No atribuir a una mala intención o deseo de perjudicar a los demás.
- Recondicionar la conducta del paciente hacia conductas apropiadas, y cambiar de tema de conversación cuando comienza con comentarios poco oportunos.
- Planificar al máximo las actividades diarias. Si éstas son fáciles de realizar, el paciente se encontrará más tranquilo.
- Identificar situaciones de riesgo. Registrar cuándo, dónde y con quién se siente el paciente enfadado y pierde el control.
- Reaccionar ante los primeros síntomas de una incipiente explosión de ira cambiando hacia otra situación que implique algún tipo de distracción.
- Evitar el enfrentamiento en los momentos de tensión. Cuando sea posible saque a la persona de la situación o abandone usted su lugar.
- En ningún caso reaccionar gritando o enfadándose más, pues lo único que se consigue es producir más tensión y agresividad en el paciente.

AGITACIÓN

“La agitación es un síntoma más del daño cerebral que el paciente no puede controlar voluntariamente y que le provoca malestar”. No debemos luchar contra ella por que si nos enfadamos por esta conducta solo conseguiremos aumentar su aparición.

En algunos casos no existe ningún motivo externo que la provoque, responde únicamente a causas fisiológicas y solo se puede controlar farmacológicamente. Por eso debemos informar al médico sobre sus cambios para que ajuste la medicación. Otras veces, si podemos identificar situaciones que la incrementan y es conveniente observar en que momentos se produce para anticiparse y evitar su aparición. En todos los casos la fatiga incrementa la intensidad y la probabilidad de aparición, por lo que debemos evitarla, para ello:

- Crearemos rutinas diarias con horarios fijos.
- Procurar un ambiente muy tranquilo: Dosificar las visitas, evitar ruidos y distractores y no saturarle con demandas continuas.
- Favorecer los periodos de descanso.

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

MÉTODOS PARA ELIMINAR O DISMINUIR COMPORTAMIENTOS

El daño cerebral provoca en la persona que lo padece problemas de comportamiento que resultan inadecuados o difíciles de manejar para el entorno y que pueden ser incluso perjudiciales para sí mismo y para los demás. Estas conductas no dependen de la voluntad del paciente e incluso a él le resultan difíciles de evitar por lo que se hacen necesarios cambios que nos ayuden a controlarlas. Generalmente para modificar una conducta debemos realizar varios "pasos" y utilizar una combinación de estrategias. Los recursos que se utilizan con más frecuencia son:

EXTINCIÓN:

Consiste en no prestar atención al comportamiento, ignorar la conducta, actuar como si no estuviese realizándola. En ocasiones esto es difícil lo mejor será "salir" de la situación hasta que el paciente se tranquilice. Es normal que al principio, al no obtener la atención a la que está acostumbrado, se enfade y que incluso aumente la conducta: nosotros hemos de aguantar el "tirón" sin ceder lo más mínimo. La extinción no es un castigo: evitaremos sermones, reprimendas, etc. Nuestra conducta ha de ser neutral, sin inmutarnos, intentando no prestarle ningún tipo de atención. No es adecuado utilizar este método cuando la conducta suponga un peligro para el paciente o para el entorno.

CONTROL DE ESTÍMULOS:

En ocasiones la conducta que queremos eliminar aparece, se "dispara", en determinadas situaciones que podemos identificar claramente, es en esos momentos cuando es útil utilizar esta estrategia. La técnica consiste en realizar las modificaciones necesarias en el ambiente para que no aparezca la conducta. Los registros en los que anotemos que es lo que ha pasado antes o durante la aparición de la conducta nos ayudaran a encontrar las situaciones que tenemos que modificar. Una vez que tengamos claro que es lo que provoca la reacción inadecuada podremos prevenir su aparición: o evitando la situación, o cambiando aquellas cosas que directamente son las responsables de que aparezca. Otras veces simplemente tendremos que manipular el ambiente para que el paciente no pueda tener acceso a las cosas que queremos que evite (Ej:cerrar la cocina si no para de comer).

Anotar como es la situación cuando aparece la conducta que queremos eliminar (en que momento del día aparece, con quien está, si hay mucha gente, si hay mucho jaleo, etc.).

REFUERZO

Reforzar es sinónimo de motivar y lo utilizamos cuando la conducta es adecuada y queremos que se repita. Consiste en proporcionar algo agradable para el paciente justo después de haber realizado lo que queremos aumentar. No necesariamente ha de ser algo material, simplemente un elogio o una felicitación nos pueden servir en muchas ocasiones. También podemos utilizar el refuerzo cuando queremos reducir una conducta inapropiada: En esos casos reforzaremos el comportamiento que sea incompatible con esa conducta.

DISTRACCIÓN

En muchas ocasiones, ante actitudes oposicionistas o ilógicas del paciente, es conveniente no discutir, porque al insistir en el tema solo conseguimos recordarle que estamos en desacuerdo y aumentar su negativa hacia lo que proponemos. En esos momentos nuestro objetivo será reducir la tensión, conseguir que esté tranquilo. Para conseguirlo suele ser útil desviar su atención hacia otras cosas que puedan interesarle o incluso salir de la situación para zanjar la disputa y si es necesario volver a abordar el tema, con actitud positiva, en otro momento, cuando esté relajado.

CASTIGO

Solo sirve para eliminar conductas inapropiadas, nunca para conseguir que haga algo que no hace o para que aprenda una nueva forma de comportamiento. Aunque en algunas ocasiones puede ser útil (Sobre todo cuando la conducta que queremos eliminar es peligrosa y tenemos que reducirla rápidamente) suele provocar distanciamiento o malestar emocional por lo que conviene evitarlo en la medida de lo posible.



RECUERDA QUE: **NEUROPSICOLOGÍA**

ATENCIÓN BÁSICA

Para ayudar al apaciente a que nos preste o mantenga la atención:

- Pedir que atienda y repita órdenes (instrucciones).
- Hablar de uno en uno o dos personas alternando el turno.
- Asegurarnos de que nos mira.
- Frases breves.
- Eliminar distractores (radio, TV, etc.)
- Se benefician de actividades estructuradas y guiadas y de ejercicios que mantengan su atención. Tareas de focalizar la atención, así como de atención sostenida (respuesta continua).
- Conviene actividades sencillas de tipo manipulativo (puzzles, encajables, etc.) porque favorecen el mantenimiento de la atención.
- Las instrucciones debe recibirlas de manera breve y sencillas, recordándole lo que tiene que hacer.

ATENCIÓN COMPLEJA

“Existen estrategias compensatorias que permiten paliar los efectos de un déficit atencional”:

- Ser consciente de las limitaciones atencionales y programar descansos regulares ante los primeros indicios de que su atención falla.
- Determinar en qué momento del día está más preservada y procurar realizar en esos momentos aquellas tareas que exigen más esfuerzos cognitivos.
- Procurar preservar su horario nocturno y las horas de sueño. La fatiga disminuye el nivel atencional individual.
- Se pueden colocar notas a su vista que le recuerden que tiene que concentrarse, tipo: “¿En qué estás pensando?” “¿Estás concentrado?”
- Si lo precisa puede usar cascos o tapones en ambientes ruidosos.
- Organiza su ambiente de trabajo para evitar distractores auditivos o visuales.

- Si durante una tarea se distrae, puede escribir los pensamientos que le distraigan para comentarlos en un momento más adecuado.
- Cada vez que cambie de tarea tomarse un tiempo para prepararte para la siguiente y verbalizar qué es lo que estaba haciendo y qué es lo que va a hacer.

Puede estimular su atención diciéndose a sí mismo “PRESTA ATENCIÓN” por ejemplo mientras lees o escuchas y nota que su atención se dispersa.

ORIENTACIÓN

“Es frecuente que la persona presente dificultades de orientación tanto a nivel personal, espacial y/o temporal”. Pautas y actividades recomendables:

Orientación personal

- Decir al paciente el nombre antes de hablar con él (personas no muy frecuentes).
- Es importante que tenga los nombres y fotos, en un corcho o pizarra, de las personas con las que convive así como de familiares y amigos más cercanos.
- Revisar el “libro de la memoria” a fin de mantener y / o reforzar la capacidad de orientación personal y biográfica.

Orientación espacial

- Despertarle diciéndole dónde está así como a lo largo de todo el día y ante cualquier salida al exterior.
- Indicar recorridos de manera lógica.
- Mediante preguntas sobre el barrio, la calle donde vive etc puedes ayudar a orientar al paciente. También puede facilitársele esta información sin necesidad de preguntarle.
- Trabajar las características del entorno a partir de preguntas orientativas mediante fotografías.

Orientación temporal

- Calendarios y relojes visibles en todas las habitaciones de la casa.
- Que lleve reloj, con la hora y fecha correctos.
- Agenda, cuyo objetivo es que sea capaz de recurrir a ésta, con el fin de saber la fecha y en qué momento y la hora del día en que se encuentra.

- Apuntar la información más relevante de las tareas más importantes que realiza durante el día.
- Es muy importante que tenga un horario muy estructurado, organizado y con horarios fijos (ej: 8.00 desayuno, 14.00 comida, 20.00 cena).
- Al final del día es conveniente que lea sólo o con alguien las cosas que ha hecho durante el día.
- Conversar sobre aspectos relacionados con el tiempo y los acontecimientos anuales tradicionales. Es muy importante trabajar específicamente el tema de las estaciones (ej: ¿el verano es la estación más fría del año?, ¿la fiesta de todos los santos es en noviembre?, ¿un día tiene ocho o veinticuatro horas?, etc.).
- Rellenar las hojas del calendario con las fiestas específicas del lugar donde vive el paciente. Añadir las fiestas personales (cumpleaños, santo, etc.) y las fiestas familiares.
- Actualizar el calendario cada día con el paciente. Despertarle diciendo el día de la semana, el mes, el día del mes, la estación y el año actual y recordárselo o repetírselo como a lo largo de todo el día. Si utiliza agenda, puede recordarle que lo mire en ella.

MEMORIA REMOTA

Sería conveniente elaborar o colaborar con el paciente que presenta dificultades en la memoria remota, en la creación del libro de la memoria o historia de vida fijando en especial los aspectos más actuales.

Apartados fundamentales:

- Nombre completo (nombre y apellidos).
- Residencia actual.
- Fecha de nacimiento lugar de nacimiento.
- Nombre de los padres, hermanos, etc. (árbol genealógico).
- Población donde vivió de pequeño / joven.
- Juegos / aficiones de la infancia.
- Escuela, facultad donde estudió.
- Nombres de compañeros de estudios.
- Su primer trabajo.
- El servicio militar.
- Fecha de su boda.
- Nombre de su pareja.
- Número y nombres de sus hijos.
- Dirección actual.
- Lugar/es donde trabajó.

- Nombre de compañeros del trabajo.
- Hobbies y aficiones.

APRENDIZAJE

Recomendaciones en personas que presenta dificultades en la memoria reciente o en la capacidad de aprendizaje:

- Reducir la cantidad de información que hay que recordar.
- Crear una rutina diaria que englobe las principales actividades del día.
- Dividir las tareas complejas en pasos sencillos.
- Iniciar la conducta con órdenes repetidas.
- Ser explicativos (ej: vamos a cenar porque son las diez de la noche).
- Ser directivos dividiendo actividades en pasos.
- Aprendizaje sin error.
- Uso de agenda: Registrando las actividades las actividades diarias, que en función de la severidad del déficit el terapeuta indicará la forma de usarla.
- Colocar un corcho o pizarra donde ponga las fotos o fichas de las actividades que va realizando.
- Al final del día es conveniente que lea sólo o con alguien las cosas que ha hecho durante el día y se le puede formular preguntas (¿qué has comido?, ¿dónde hemos estado?, etc.)