

Cuidar y cuidarse

Manual dirigido a los cuidadores informales



ASEPEYO

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151

Autores:

M. Aquino Olivera, Unidad de Enfermería de la Dirección de Asistencia Sanitaria
V. Martínez Díez y P. Martín Olmos, terapeutas ocupacionales del Hospital Asepeyo Coslada
M. Yuste López y A. Llorens Marín, trabajadoras sociales del Hospital Asepeyo Coslada

Diseño:

Francesc Cantón, Dirección de Marketing y Comunicación

Ilustraciones:

A. Espíndola Vega
F. García García
M. Pomar Loriente
C. Herranz Guerrero

www.asepeyo.es

Índice

| | |
|--|----|
| A. Por qué este manual | 6 |
| B. Cuidador | 7 |
| B.1. Cuidar su estado de ánimo | |
| B.2. Cuidar su físico | |
| B.3. Consejos al cuidador | |
| C. Recuerde que... | 12 |
| D. Claves para cuidar bien | 13 |
| E. Cómo relacionarse con los profesionales que tratan al paciente | 14 |
| E.1. Con el médico | |
| E.2. Con la enfermera | |
| E.3. Resumiendo | |
| F. Cuidados básicos generales | 16 |
| F.1. Higiene | 16 |
| F.1.1. Baño o ducha (paciente independiente) | |
| F.1.2. Higiene del paciente encamado | |
| F.1.3. Paciente inmovilizado | |
| F.1.4. Las uñas | |
| F.1.5. La piel | |
| F.1.6. Afeitado | |
| F.1.7. Lavado de boca | |
| F.1.8. Lavado de cabeza | |
| F.2. Alimentación | 20 |
| F.2.1. Consejos generales | |
| F.2.2. Líquidos | |
| F.2.3. No se enfade | |
| F.2.4. Ayudar a comer | |

| | |
|--|-----------|
| F.2.5. Diarrea | |
| F.2.6. Estreñimiento | |
| F.3. Deposiciones | 23 |
| F.3.1. Consejos generales | |
| F.3.2. Si no puede ir al servicio | |
| F.3.3. Paciente incontinente | |
| F.4. Prevenir las infecciones | 25 |
| F.4.1. Limpieza | |
| F.4.2. Cómo debo cuidarme | |
| F.4.3. ¿Qué hago con los desechos? | |
| F.5. Seguridad en el hogar | 25 |
| F.5.1. Consejos generales | |
| F.5.2. Si el paciente no tiene memoria o juicio | |
| F.6. Medicación | 26 |
| F.6.1. Qué debo saber sobre la medicación | |
| F.6.2. Consejos generales | |
| F.7. Movilización | 27 |
| F.7.1. Movilización mecánica del paciente. Grúas | |
| F.7.2. Deambulaci3n con ayudas mecánicas. Andadores, bastones y muletas auxiliares | |
| F.7.3. Movilizaciones | |
| F.7.4. ¿Qué hacer si el paciente se cae? | |
| F. 8. Vida social | 38 |
| G. Cuidados en paciente con traumatismo craneoencefálico | 39 |
| G.1. ¿Cómo podemos ayudar? | |
| G.2. ¿Qué hacer cuando el paciente no responde a estímulos? | |
| G.3. ¿Qué hacer cuando hay primeras respuestas? | |
| G.4. ¿Qué debemos de hacer cuando está en casa? | |
| G.5. ¿Qué hacer en los cambios de humor o enfado? | |

H. Cuidados en paciente con escayola e inmovilizado ----- 42

H.1. Recomendaciones para cuidar a una persona con inmovilización con escayola

H.1.1. En la extremidad superior

H.1.2. En la extremidad inferior

I. Cuidados en paciente con lesión medular ----- 44

I.1. Identificación de los posible problemas. Valoración para cuidar mejor

I.2. Educación sanitaria sobre los cuidados domiciliarios. Preparación

I.3. Coordinación con los equipos de salud, es fundamental para conseguir unos cuidados continuados

I.4. Principales cuidados que puede presentar un L.M.

I.4.1. Riesgo de disreflexia en relación con lesión medular (por encima de D7)

I.4.2. Estreñimiento en relación con inmovilidad

I.4.3. Incontinencia intestinal

I.4.4. Alteración de la eliminación vesical

I.4.5. Seguridad

I.4.6. Piel

I.4.7. Relaciones sociales

J. Ayudas técnicas ----- 50

J.1. Ayudas técnicas para el aseo

J.2. Ayudas técnicas para el dormitorio

J.3. Otras ayudas

J.4. Ayudas técnicas para la alimentación

K. Recursos sociales para el cuidador ----- 53

K.1. Recursos sociales

K.2. Sitios web

L. Bibliografía ----- 58

A. ¿ Por qué este manual?

Este manual está dirigido a todos los cuidadores que ejercen su labor tanto en hospitales como en domicilios particulares. Personas que adaptan sus rutinas diarias para cuidar a su paciente. En su mayoría son mujeres que compaginan sus quehaceres domésticos para estar ahí, al lado del enfermo atendiendo a sus mínimas necesidades.

A menudo son ignorados y no siempre se los tiene en cuenta. Son los llamados: **cuidadores informales**.

Sobre ellos recaen muchas actividades que necesitarían asesoramiento profesional. Existe poca información de ayuda. Este manual pretende ser un apoyo para que el cuidador desarrolle su actividad con seguridad y efectividad.

Incluye capítulos dedicados al autocuidado del cuidador y a los cuidados básicos y específicos para enfermedades discapacitantes.

También abarca información para cuidados informales tanto en el hospital como en el domicilio.

Deseamos que este documento sirva para que el cuidador informal pueda consultarlo a menudo, despejando dudas y vacilaciones.

B. Cuidador

Si usted se encuentra en estos momentos acompañando a un paciente varias horas al día en el hospital, si le ayuda a comer, a higienizarse, a atender el teléfono, a traerle ropa limpia, usted es un cuidador informal.

Si se encuentra en un domicilio particular cuidando a una persona dependiente, durante varias horas al día o compartiendo el tiempo de cuidado con otra persona, si además le ayuda a bañarse, a comer, le hace las compras, administra las cuentas, etc, usted es un cuidador informal.

Este capítulo le está dirigido a usted. En él encontrará soluciones, ideas y recomendaciones para ayudarlo en su difícil tarea. Quizás no utilice todos nuestros consejos, pero creemos que es una información útil.

Es fundamental que se cuide a sí mismo. Si no lo hace adecuadamente, posiblemente su esfuerzo no sea positivo para usted y para el paciente.

B.1. Cuidar su estado de ánimo

Cuidar a una persona durante muchas horas al día puede ser una tarea muy compleja y agotadora.

Es importante que usted comprenda que si no se autocuida, posiblemente se cansará física y mentalmente, y no podrá cuidar. ¿Se ha preguntado qué pasaría si usted enfermara, quién cuidaría de su paciente?

En los siguientes renglones encontrará una serie de consejos que le ayudarán a cuidarse. Sígalos, recuerde que usted no sabe el tiempo que tendrá que hacer de cuidador informal. Toda ayuda es poca.



Pensamientos frecuentes:

Es probable que en algún momento esté: triste, desanimado, lleno de temores o enfadado.

Estas emociones pueden presentarse de una en una o todas a la vez. No se preocupe es NORMAL.

No crea que usted es de hierro, no... usted es una persona con sentimientos, sensible a todo lo que le rodea. No olvide que está muchas horas dedicándose al cuidado de una persona dependiente y eso, desgasta y mucho.

Vamos a intentar dar algunos consejos para paliar esos pensamientos que frecuentemente pueden presentarse.

Ante todo, no los ignore. Existen y hay que reconocerlos. Si los niega, es probable que se canse más fácilmente.

Tristeza

Ver al ser querido en situación dependiente, muchas veces dolorido, causa un sentimiento de tristeza lógica. Apóyese en sus amigos o amigas. Hable de cosas triviales, cotidianas, que no tengan nada que ver con lo que está haciendo. Y si le gusta la música, también ayuda. Algo alegre, divertido, que lo obligue a tararear la canción.

Desánimo

Cuando el cuidado se prolonga en el tiempo, cuando se percibe que no será rápida la recuperación del paciente, cuando las tareas sin hacer se amontonan, las ganas de no hacer pueden hacer su aparición.

No sea duro consigo mismo. Sea tolerante y no se exija más allá de lo razonable. Y recuerde que la situación no se puede cambiar. Acéptelo y viva el día a día.

Temores

Se tiene temor a lo que no conoce, pida información. Tiene derecho a saber qué puede pasar en el futuro con su paciente. El conocer la situación quita miedos y pensamientos negativos.

Enojo

El contacto diario y prolongado con una persona dependiente, exige altas dosis de paciencia. En ocasiones uno puede alterarse, porque a pesar de la buena voluntad que ofrece, muchas veces es incomprendido y cuestionado por el paciente.

Ese continuo roce le puede llevar a enfadarse de forma repetida y creciente.

Antes que la situación desemboque en algo insostenible, es preferible, realizar algunas acciones que ayudan bastante.

Si la situación conflictiva es esporádica, intente salir a caminar un rato, concéntrese en la respiración, aspire profundo.

Si la situación es repetitiva, busque estar solo, otórguese descansos frecuentes. Alguien que lo sustituya no vendría mal, aunque sea algunas horas.

Es importante que comprenda que esta situación se produce porque su paciente está en un momento especial. No le eche la culpa. Seguramente si estuviera bien, no se darían estas situaciones enojosas.

B. 2. Cuidar su físico

Intente comer saludable. No se cargue de comidas elaboradas que requieren mucho tiempo de elaboración y son de difícil digestión. Necesita comidas livianas pero energéticas, que contengan verduras y frutas en mayor porcentaje. Debería pedir consejo a su médico o enfermera de cabecera, para que le indiquen una dieta adecuada.

Haga **ejercicio**. Posiblemente a usted se le dibuje una sonrisa escéptica en su cara. Pensará: “ si no lo hacía antes, no lo voy hacer ahora que no tengo tiempo para nada”. De acuerdo, pero no se pide que vaya al gimnasio, sino que intente caminar 20 minutos, a paso ligero todos los días que pueda. Empiece despacio, a su ritmo. Aumente progresivamente la velocidad de su andar. Tampoco es excusa, diciendo: “bastante ejercicio hago cuando lo ayudo a higienizarse”. No, una cosa no tiene que ver con la otra. Esos 20 minutos, son necesarios, le servirá, como desahogo y cambio de aires. Puede hacerlo en cualquier sitio, pero eso sí, ni un minuto menos y a paso ligero. Se sentirá muy bien. Se lo aseguro.

Duerma religiosamente sus horas necesarias. Por nada del mundo permita que se alteren sus horas habituales de sueño. Si el paciente no le deja dormir, pida ayuda a sus amigos o familiares. Si no lo hace muy posiblemente deba dejar de cuidar al paciente a corto plazo.



Protéjase siempre. No se crea inmune a infecciones. Siempre utilice guantes desechables para higienizar al paciente. Lo mismo, y de forma imprescindible, cuando maneje esputo, orina o materia fecal. Si por alguna circunstancia debe curar alguna herida, siga las indicaciones recibidas por la enfermera. Y por último y no menos importante, **lávese las manos** con frecuencia, antes y después de cada acción que realice con el paciente.

B.3. Consejos al cuidador

1. Salga del hospital o del domicilio diariamente. Dé un paseo, no importa que sea breve.

2. Si le gusta la natación, hágalo. Posiblemente es el ejercicio mas indicado para usted. Y si no sabe nadar, es un buen momento para aprender.



3. Consulte sobre atención domiciliaria en su ayuntamiento, sobre todo si no tiene familiares o amigos que la apoyen. Toda ayuda es bienvenida.

4. Conozca sus límites físicos y psíquicos. Dígaselos a su familia. Respételos y haga respetarlos. Si no es así, lo más probable que su vida de cuidador sea corta.

5. Ríase. Escuche en la radio programas de humor o vea películas de humor. Después de reírse un buen rato, la vida tiene otro color.

6. Evite amigos pesimistas. De esos que ven todo negro. No deje que entren en su rutina diaria. No suman, mas bien restan.

7. Apóyese en sus amistades o familiares que sean comprensivos. Que la escuchen y que sirvan de desahogo. Mire bien a su alrededor. Son escasos, reconozco que no abunda esa clase de personas, pero los hay con esas características, créame.

8. ¿Sirve hacer manualidades, bailar, ir al cine, leer un buen libro, yoga, tai-chi y todos esos ejercicios con nombres difíciles para alejar él desanimo o el estrés?. Sí, rotundamente sí.

9. Aceptesé como es. Sea realista, conozca sus limitaciones. Usted hace lo que puede. Y lo hace bien. No lo olvide. Sea bueno consigo mismo. Quiérase. Si le apetece algún capricho como recompensa, hágalo, se lo merece.

10. Un último consejo, si el cuidado se ha prolongado, o presenta situaciones difíciles de sobrellevar y a usted le ha dado por:

Tomar medicación para dormir (antes no la tomaba).

Perder o aumentar de peso.

Perder el control emocional rápidamente.

Ingerir bebidas alcohólicas con frecuencia.

Ganas de no hacer nada.

Enfadarse y tratar de mala manera al paciente.

Es posible que necesite ayuda profesional. Hable con su médico de confianza y explíquelo su situación. No lo deje para mañana. Haga de inmediato la consulta.

C. Recuerde que...

A no ser que haya sufrido un traumatismo craneoencefálico o algún problema de salud mental todos los pacientes pueden tomar decisiones. Que tenga un quebranto físico no significa que no pueda elegir que quiere o que no quiere. Es una persona que usted conoce bien, que tiene sus gustos, debilidades y virtudes. En función de ellas elegirá lo que quiere, y usted debe de respetar esa elección.

Proteger no es cuidar. Tratar de decidir sobre la vida de otro, aunque tenga toda la buena voluntad, no es correcto.

El paciente que usted cuida merece respeto, aunque muchas veces no coincida con sus decisiones.

Sé que como cuidador uno tiene la tendencia a sobreproteger. No lo haga, hágale saber al paciente cuáles son los problemas y que él decida.

Los temas que suelen ser difíciles de digerir para el cuidador suelen ser: comidas y horas de comer, elección del médico o decisión sobre tratamientos a seguir, toma de medicación si, toma de medicación no.

Vuelvo a insistir: respete sus decisiones. Permítale que decida sobre la hora de comer. Deje que elija su comida. Ayúdelo a comer, pero siga su ritmo, aunque aburra. Si quiere cambiar de médico, dialogue y escuche sus razones. No hay nada peor que recibir un tratamiento médico sin tener confianza en el profesional que lo indica. La ingesta de la medicación es todo un tema. Hay gente que tiene aversión a las pastillas. Intente buscar una solución. Désela en las comidas o con alguna bebida que le guste. Fraccíonela o dilúyala con alimentos apetitosos. (Siempre que la medicación lo permita, consúltelo por las dudas). Cuidado..... si observa que la indicación de la toma de medicación no es cumplida reiteradamente. Fuerce al paciente para que dialogue con su médico. Intente sacar el tema durante la visita médica.

Respete su intimidad

Si lo está ayudando a vestirse o a ducharse, cierre puertas y ventanas, eche de la habitación a gente que no tiene nada que hacer ahí. Una cosa es estar enfermo y otra que a uno lo conviertan en nudista no deseado.

No comente con nadie resultados de análisis y/o tratamientos. Es asunto privado del paciente. Dialogue con él sobre la conveniencia o no de comentarlo a ciertas personas.

Y por último, y no menos importante, llame a la puerta al entrar a la habitación o al servicio para ayudarlo. Eso es respeto. Está enfermo pero sigue siendo una persona.

D. Claves para cuidar bien

- El paciente debe hacer lo que pueda. No lo compadezca. Incítelo a que haga cosas, por mínimas que sean. Ésto aumenta la autoconfianza y fomenta la independencia.
- Recuerde que todos tenemos nuestras peculiaridades. En algunos casos de asombro (calzoncillos con flores, lavarse el pelo con jabón "Lagarto", comer alimentos impregnados de kechupt, etc.). Respételas. Son sus gustos.
- Intente seguir las rutinas del paciente. Si le gusta afeitarse antes de ducharse, pues déle el gusto, ¿qué le cuesta a usted?. Qué demora un poco más el tiempo dedicado a la ducha, pues négócielo, no lo imponga. Está para cuidarlo, no para imponer sus conveniencias personales.
- Sea elástico con las actividades. Divida las tareas en pequeñas tareas. Eso ayudará al paciente a participar en su autocuidado y ganará en confianza.
- Utilice todos los elementos que ayuden a la independencia. Tanto sea para comer, como para desplazarse. Pida asesoramiento a las terapeutas ocupacionales.
- No dude en consultar a su enfermera sobre cómo realizar los cuidados básicos al paciente. Usted está haciendo esto de forma ocasional, ella lleva mucho tiempo cuidando. ¿Quién puede saber más de este tema?. No caiga en la tentación de confundir los cuidados que se hacen en el hogar con cuidados profesionales. Se sorprenderá de lo mucho que la puede ayudar su enfermera.
- No se olvide de felicitar a su paciente con los avances que hace día a día. Pero que sea de corazón, no fingido. Recuerde que está enfermo, no tonto. No hay nada más estimulante para un paciente que recibir halagos sobre los esfuerzos y logros que está realizando para su recuperación.



E. Cómo relacionarse con los profesionales que tratan al paciente

Su relación con los profesionales sanitarios, especialmente con el médico y la enfermera debe transcurrir en un clima agradable y de confianza. Situaciones tensas no ayudan en nada a posibles problemas que se deban de abordar.

Vaya al grano. Exponga sus dudas. No se vaya por las ramas. Hable con respeto, pero exija que le respeten.

Si necesita más tiempo para expresar sus dudas, pida una entrevista. No se la van a negar. Y algo importante: mantenga las distancias al principio. No tutee. Si el proceso es prolongado, ya habrá tiempo, para familiaridades. Hay un dicho que dice: "donde hay confianza da asco". Pues es verdad. Usted está ayudando a la recuperación del paciente. Esto es lo principal y no hay que perderlo de vista.

E.1. Con el médico

Recuerde que es un profesional que tiene mucho trabajo, muchos pacientes por ver y su tiempo es valioso. Esto no debe de condicionar que el paciente y usted estén informados. Pero conviene tenerlo en cuenta.

Preparar una lista con las cuestiones que se quieren preguntar antes de la visita ayuda a no dejar nada en el tintero.

Algunas decisiones médicas requieren un consenso familiar. Mantenga informada a la familia. Dialogue y junto a su médico tomen la decisión conveniente.

Solicitar una segunda opinión médica no siempre es fácil. Resulta algo embarazoso para el cuidador cercano y el paciente. Sin embargo es un derecho que toda persona puede ejercer y nadie se puede sentir ofendido.

El teléfono y el correo electrónico son instrumentos de comunicación muy útiles para complementar el seguimiento de los pacientes. Pídselo al médico responsable para mantener una vía rápida de comunicación. Puede recibir una contestación negativa. No importa, pida el teléfono del centro donde pueda contactar con un personal sanitario capacitado para resolver sus dudas en el domicilio.

E.2. Con la enfermera

Posiblemente es la persona que estará más cercana a usted. Muchas veces la enfermera ejerce de abogado del paciente. Ejerce de nexo entre lo que paciente quiere decir y cómo decírselo al médico responsable. Dialogue con frecuencia y pregúntele lo que puede y lo que no puede hacer, especialmente en el hospital. Algunas enfermeras se enfadan porque creen que están realizando su labor y que invaden su campo profesional. Es preciso llegar a un consenso, jamás un enfrentamiento. En el domicilio está usted sola con el paciente, no como en el hospital. La enfermera correspondiente

deberá asesorarla en todo lo referente al cuidado domiciliario. Sin duda una buena relación ayuda.

E.3. Resumiendo

Tome notas

Lleve una lista con preguntas.

Hable con otro miembro del equipo médico (enfermera por ejemplo).

Plantee dudas, tiene derecho a saber las respuestas.

Insista, con educación, pero insista.



F. Cuidados básicos generales

F. 1. Higiene

F.1.1. Baño o ducha (paciente independiente)

Recuerde que como regla general tiene que intentar que el paciente haga todo lo que pueda solo. No importa que tarde un poco más. Hay que lograr que sea lo más independiente posible. La parte que presenta dificultad siempre es la espalda. Pues... ayúdele.

El baño es por definición algo agradable. Aumenta la sensación de bienestar, relaja y estimula. Lo ideal es que fuera a diario. Si su estado lo permite, también vale la ducha diaria.

Si lo encuentra dificultoso porque el paciente no tiene mucha movilidad y esto requiere que otra persona la ayude, puede plantearse la necesidad de variar la frecuencia en días alternos o algo más espaciado.

Irrenunciable es la higiene diaria en la cara, cuello, manos y zona genital, con abundante agua y jabón. Echarle un poco de colonia refrescante es una idea muy aconsejable.



F.1.2 Higiene del paciente encamado: total y parcial

Pequeños consejos antes de empezar:

Informar al paciente de lo que se le va a hacer. Estimularemos su colaboración en el aseo para evitar su dependencia.

Mantener una temperatura adecuada en la habitación, cerrando ventanas y evitando corrientes de aire.

Comprobar que no falten los utensilios necesarios (jabones neutros, toallas etc.), que la temperatura del agua esté entre 38° y 39 ° C. En el paciente encamado se cambiará el agua las veces necesarias, ya sea cuando se enfría la temperatura o cuando esté muy jabonosa.

Se respetará el pudor del paciente, colocando biombos, cubriéndolo con una toalla o sábana, dejando únicamente al descubierto la zona a lavar.

El aseo del paciente encamado, se realiza generalmente por dos personas para facilitar la movilización y agilizar el tiempo. Organice la ayuda. Los familiares cercanos son excelentes colaboradores. También el ayuntamiento le podría enviar ayuda domiciliaria.

F.1.3. Higiene del paciente inmovilizado

Material necesario

- Toallas
- Esponjas (procure que sólo las utilice el paciente)
- Jabón líquido o gel baño neutro
- Peine o cepillo
- Palangana, para echar el agua caliente
- Alcohol o colonia para fricciones, o loción para masaje
- Ropa personal: camisón o pijama limpios
- Cepillo de dientes y pasta dental
- Vaso con agua y solución antiséptica bucal
- Gasas o compresas y tijeras

Use guantes desechables. Recuerde lavarse las manos al empezar y al terminar el baño.

Al agua

Que el paciente no se sorprenda. Dígale que lo va a bañar.

Tenga todo a mano y cerca de la cama.

Si el paciente está en habitación compartida, se colocará biombo o bien se correrá la cortina, para respetar su intimidad.

Desnudar al paciente y retirar la ropa de la cama a excepción de la sábana bajera, que se retirará después del lavado. Colocar una toalla o sábana encima, dejando únicamente al descubierto la zona del cuerpo que se esté lavando.

Se inicia el lavado después de colocarse los guantes y lavarse las manos, con el siguiente orden:

a) Ojos: con suero fisiológico o agua, empleando una gasa, desde el ángulo interno al externo.

b) Cara: con agua y jabón, secándola bien con una toalla. Si el paciente puede, que se lave la cara solo. No tiene porque hacerlo usted. Anímelo y estimúlelo.

c) Los brazos: se lavan con agua y jabón desde el hombro hasta la muñeca, insistiendo a nivel de axilas. Las manos, si es posible, se meterán directamente en la palangana, para realizar un lavado correcto.

d) Las piernas: se lavarán suavemente desde el comienzo de las piernas hasta los pies. Estos se secarán bien, especialmente entre los dedos. Cuidado con el pie de atleta.

e) Espalda y nalgas: Se coloca al paciente de lado y lavaremos su espalda, nalgas y parte superior de los muslos, posteriormente se secará bien y se realizará una fricción con una colonia que le agrade al paciente. Nada de alcoholes alcanforados y otros olores que dan sensación de enfermedad. Por último se colocará al paciente boca arriba.

f) Tórax y abdomen: se lavarán con agua y jabón, prestando atención a los pliegues bajo las mamas, que deberán secarse muy bien para evitar la maceración de la piel con la humedad y el sudor. Posteriormente se aplicarán polvos de talco.

g) Región perineal: Siempre se utilizan agua y esponjas exclusivas para esa zona (por favor que estén bien limpias). Si lleva sonda vesical se procede a su limpieza desde la zona más próxima al meato urinario hasta la más lejana, con cuidado en las manipulaciones. Siempre con suavidad pero, sin miedo, que no se rompe nada. Se coloca la cuña y se echara agua templada sobre la zona genital enjabonándose a continuación desde arriba del pubis a la zona donde está el ano y sus alrededores, después se aclara y se seca.

F.1.4. Las uñas

La limpieza y corte de las uñas se realizará tantas veces como sea necesario. Hay gente que les crecen más rápido las uñas que otras. Las uñas de los pies se cortan de forma recta y las de las manos de forma redonda.

F.1.5. La piel

En pacientes encamados permanentemente, después de la higiene habitual, se puede aplicar crema hidratante preferentemente en las zonas de apoyo, para evitar la sequedad de la piel y posteriores escaras.

Si el paciente se va a quedar encamado, se le hará la cama de forma coordinada con el proceso del baño y luego se le pondrá el pijama o camisón. Si el paciente se levanta, primero se vestirá y luego se le hará la cama.

Vigile los puntos de apoyo. Observe que la piel esté limpia y seca. Sobre todo si sufre de incontinencia. Si la piel permanece mucho tiempo en contacto con la orina y heces, lo más probable es que se produzcan heridas que tardarán mucho tiempo en curarse.

Los puntos de apoyo a vigilar son: salientes o protuberancias óseas que se ven en la piel. Los talones, los tobillos, etc. son lugares donde se suelen producir heridas.

Aproveche el baño para observar la piel. Si se visualiza en las zonas de apoyo un enrojecimiento, que persiste a pesar de quitarle la presión, consulte con su enfermera. Es probable que se produzca una herida o ampolla en corto plazo. Estimule al paciente a que se mueva en la cama. Por lo menos cada dos horas. Si no puede él ayúdelo.

La enfermera le indicará cómo evitar el apoyo y otras medidas de movilización.

Por último, no arrastre al paciente en la cama. La fricción produce heridas.

F.1.6. Afeitado

No se complique, utilice máquina de afeitar eléctrica. Es rápida y segura. Si observa enrojecimiento y el paciente dice que “le quema”, si puede utilice las máquinas eléctricas que llevan incorporadas cremas de afeitar o las que se pueden utilizar con agua.

Si el paciente utiliza prótesis dental, póngasela al afeitarlo.

F.1.7. Lavado de boca

No hay nada más horrible que un paciente con mal olor en la boca. Esta higiene evita infecciones y heridas en la zona bucal. Lo correcto sería que después de cada comida se lave los dientes o por lo menos dos o tres veces al día, sobre todo si tiene problemas respiratorios o gastrointestinales.

Recuerde ésto:

No utilizar objetos duros por peligro de lesionar mucosas: cuchillos, tenedores, palos de madera...

En caso de dentadura postiza, el paciente dispondrá de un vaso exclusivamente para este uso. Examine que estén en buen estado. Y sobre todo que encaje bien.

La limpieza se realizará dos veces al día.

Cómo lavar la boca fácilmente:

Levantar cabecera de la cama para incorporar al paciente.

Examinaremos las condiciones que presenta la boca y, si hay alguna alteración, lo comunicaremos a la enfermera responsable.

Se coloca la palangana pequeña debajo de la barbilla del paciente. Si su estado físico lo permite realizará el lavado de los dientes por sí mismo. En caso contrario, se cepillarán los dientes para eliminar los restos alimentarios y se enjuagará con agua. No viene mal una solución antiséptica bucal.

Puede poner vaselina crema o crema de cacao en los labios. Ayuda a que no se agrieten.

F.1.8. Lavado de cabeza

Generalmente, es lo que más miedo da hacerlo.

Preparar el material: toallas, champú, agua caliente, palangana, hule impermeable, peine o cepillo y secador de mano.

Se quita la almohada de la cama.

Colocamos sobre la cama el hule y una toalla.

Se sitúa al enfermo oblicuamente (un poco atravesado), de manera que su cabeza quede fuera del colchón; otra forma de colocar al paciente es en la parte superior de la cama, quitar la cabecera si se puede y dejando la cabeza fuera del colchón. Se le cubrirán los hombros con una toalla.

Ponemos debajo de la cabeza una palangana que se coloca encima de un taburete o silla.

Se lava la cabeza con movimientos suaves.

Por último, se secará con una toalla, se peina el pelo, y se seca con el secador de mano. Peinar al paciente (como a él le gusta, no como a usted le parezca) y colocarlo en una posición cómoda.

En lo posible intente que el cabello esté lo mas corto posible. Si fuera complicado el lavado de cabeza en cama, piense en el champú seco. Es útil y facilita la higiene de la cabeza.

F.2 Alimentación

F.2.1. Consejos generales

Una de las actividades independientes que tienen las personas, es la decisión: qué comer y a qué hora comer.

Sin embargo, nuestros hospitales no pueden tener en cuenta ese aspecto tan elemental de las personas.

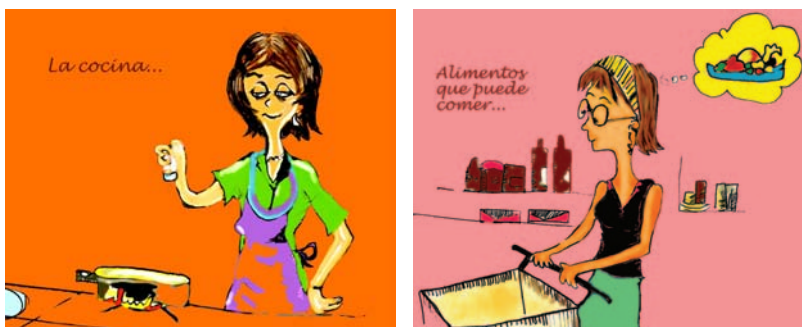
La alimentación en los establecimientos hospitalarios es despersonalizada aunque algunos ofrecen un menú donde se puede elegir primeros y segundos. Hay menús fijos. Y hay que terminar rápido, porque generalmente tienen prisa para recoger los platos.

Hay que intentar que esto no suceda a nuestro paciente. Siempre hay que escuchar sus preferencias. Intentar que él sea participe de la decisión sobre qué comer y a qué hora comer.

Ofrezca opciones de menú. Se entiende que su domicilio no es un restaurante, pero seguro que puede ofrecer opciones que le apetezcan al paciente.

Es importante que usted no se impaciente porque el enfermo se demore en comer. Es complicado comer con una persona que nos está presionando continuamente para que comamos.

Esa persona enferma tragará, no comerá. El comer tiene que ser agradable. No una obligación.



F.2.2. Líquidos

Líquidos, muchos líquidos. Jamás deben faltar. 6 o 8 vasos al día, es lo recomendable siempre y cuando el paciente no tenga restringido los líquidos. Háblelo con el médico que lleva a su paciente. No se quede con la duda.

Si tiene dificultad para tragar líquidos, puede utilizar espesantes (los venden en las farmacias). También puede darle yogures, helados, flan o gelatina. Estos son alimentos ricos en líquidos.

F.2.3. No se enfade

Siempre estimule a la persona para que sea independiente. Si se mancha o derrama comida, no se enfade. Comprenda que está enferma.

Si usted le regaña frecuentemente, lo más probable es que se niegue a comer. Comerá poco y mal. Produciéndose una situación muy desagradable y complicada de resolver.

Cuando vea que esta situación se complica no espere mucho, cométeselo al médico responsable.

Cubrir con empapadores desechables o hules protectores la ropa de cama (si come en la cama) y la ropa o pijama. Se evitará olores y lavados frecuentes de la ropa.

F.2.4. Ayúdelo a comer

Si tiene que ayudar para que coma, he aquí algunos consejos:

- Haga que la persona esté bien sentada. Que la cabeza esté ligeramente inclinada hacia delante.

- El plato debe ser bonito. Que la comida luzca. No se olvide de ponerle las gafas (sí las usa). Recuerde que la comida entra por los ojos.
- Siéntese al lado de la persona y coloque su mano debajo de la mano del paciente (sí ésta puede sostener el tenedor).
- Dígale lo que va hacer. Que no tome por sorpresa sus movimientos.
- Si es de poco comer o no tiene apetito, no sirva grandes cantidades de comida. Poco pero bueno.
- Algunas personas necesitan que le digan qué debe hacer: "mastica" "traga ahora". Por ejemplo los pacientes que tienen secuelas psíquicas por traumatismo craneoencefálico.
- No deje que le hablen mientras come. Quite la televisión u otra cosa que lo distraiga.
- Si observa que tiene dolor al masticar, revise la prótesis dental. Puede que tenga dolor de muelas o alguna herida en la boca.
- Hay utensilios para ayudar a comer que conviene tener en cuenta. Ayudan y mucho. Sáltese al capítulo de ayudas técnicas. Seguro que encontrará algo útil.



F.2.5. Diarrea

Este contratiempo tiene diversos orígenes, pero debemos saber qué alimentos son aconsejables consumir para atenuar el problema.

Carnes: pollo hervido sin piel. Pescado blanco hervido. Fiambre de pollo.
Cereales: patatas hervidas. Pan tostado. Arroz hervido.
Verduras: sólo zanahoria hervida.
Frutas: manzana rallada. Plátano maduro.
Bebidas: caldos desgrasados. Bebidas isotónicas. Té muy suave.

De cualquier forma no se olvide hablarlo con su médico. Porque en cada fase de la diarrea existen unas pautas a seguir.

F.2.6. Estreñimiento

Igual que el anterior. Las causas de este problema pueden ser variadas La siguiente es una lista de alimentos que ayudan a solucionar a este problema.

Leches y lácteos: mucho yoghurt. Leche según las necesidades individuales (entera, desnatada o semidesnatada).
Carnes: todas las carnes.
Cereales: patatas. Pasta integral.
Legumbres: lenteja, garbanzos, alubias o habas.
Verduras: todas (una ración diaria)
Frutas: todas.
Bebidas: caldos. Bebidas isotónicas. Zumos de fruta con fibra.
Grasas: aceite de oliva y de girasol.

F.3. Deposiciones

F.3.1. Consejos generales

Esta es una de las actividades difíciles para el cuidador. Puede que usted se sienta incómodo, pero debe tener en cuenta que la higiene es muy importante.

Si el paciente solo necesita ayuda para ir al servicio. Intente que vaya al baño con frecuencia y de forma programada.

Todos tenemos una rutina para ir al servicio. (Después de comer, al despertar por la mañana, etc.). Averíguelo. Esa costumbre no se pierde.

Si le dice que tiene "ganas". Deje todo y llévelo. Hágame caso. Si no quiere tener que lavar ropa y al paciente. Recuerde que está enfermo y puede que no pueda aguantarse como usted quiere.

El camino al servicio debe estar siempre despejado. Nada de alfombras.

Mucha luz en el baño.

Las barras de apoyo son indispensables.

F.3.2. Si no puede ir al servicio

Existe la posibilidad de alquilar inodoros portátiles o sillas de ruedas con cuña incluidas.

Si tiene que colocarle la cuña, asegúrese que esté bien puesta. Colocar empapadores desechables alrededor de la cuña.

Respete su intimidad. Salga de la habitación si es necesario.

Un orinal no debe de faltar.

Si el paciente es mujer, recuerde que se lava de adelante para atrás. Y no realice movimientos de ida y vuelta con el papel o toalla desechable. Utilice tanto papel o toalla como necesite. Termine siempre que se pueda con un lavado. Por supuesto, cambie la cuña.

F.3.3. Paciente incontinente

No lo avergüence. Se le escapó... Ayúdelo a quitarse la ropa y no le dé importancia.

Si los accidentes aumentan en frecuencia, hágale con su médico. La gran mayoría de las incontinencias tienen una causa y tienen tratamiento.

Si se orina con frecuencia, averigüe si no está tomando una medicación que sea diurética. Elimine la cafeína o zumos de cítricos que irritan la vejiga.

Los pañales desechables son útiles. Pero recuerde que la orina y la materia fecal es muy irritante para la piel. Debe de observar periódicamente como "está ese pañal".

Los protectores de cama, los empapadores desechables son imprescindibles en caso de episodios de incontinencia.

No deje ni un instante una ropa de cama manchada. Retírela inmediatamente. Es lo más vergonzante y antihigiénico que existe.



F. 4. Prevenir las infecciones

Toda persona que no es del ámbito sanitario tiene muchas dudas y miedos con respecto a las infecciones (que puede adquirir o transmitir). Algunos fundamentados y otros no.

He aquí algunas precauciones:

F.4.1. Limpieza

Limpie los orinales y las cuñias con desinfectantes domésticos.

Lave los platos con agua y jabón. No está mal agregar un poco de solución con cloro en agua abundante y dejar remojar la vajilla durante una hora. Para finalizar enjuague con agua caliente.

Si la ropa estuviera manchada con líquidos corporales, lávela aparte con detergente. Puede usar la lavadora, pero es preferible que la ropa del enfermo se lave por separado.

Lave la encimera donde preparar la alimentación. Puede pasarle para finalizar una solución con cloro (diluido). Vea las indicaciones del fabricante.

F.4.2. Cómo debo de cuidarme

Lávese las manos con frecuencia. Antes y después de tocar a la persona que cuida, antes y después de preparar las comidas, y de usar el servicio.

Use guantes desechables. Especialmente si va a estar en contacto con líquidos corporales. Si hay riesgo de tocar una herida o mancharse con sangre. Use guantes. No lo olvide. Si usted tiene heridas en la mano, use guantes y observe que no estén rotos.

F.4.3. Qué hago con los desechos

Use guantes cuando los tenga que manipular. Los guantes, toallas y el papel desechable, hay que ponerlos en bolsa de plástico doble o plástico grueso. Cerrarlo bien y poner un cartel que diga: "contaminado". ¿Dónde se echa?. Cada ayuntamiento tiene su librito. Pregúnteles y se saldrá de dudas. La materia fecal siempre por el inodoro.

Las agujas y algún otro elemento punzante que genere el tratamiento del enfermo, es mejor comprar un recipiente específico en la farmacia. Cuando esté lleno, tapar bien y desechar donde el farmacéutico le haya indicado.

F. 5. Seguridad en el hogar

F.5.1. Consejos generales:

Lo peor que puede pasarnos como cuidador es que el paciente se lastime por no tomar precauciones.

No debemos esperar que ocurra el accidente. He aquí algunas medidas que pueden ayudar:

Es conveniente tener a mano siempre los teléfonos de urgencias. También los números de los familiares directos. Escríbalos con letra grande y que estén cerca del teléfono. Aunque parezca mentira, cuando hay una emergencia solemos olvidarnos hasta de cómo nos llamamos.

Prevenga las caídas. Los pasillos y el baño deben estar libres de alfombras.

El suelo deben estar en buen estado y siempre seco.

El baño debe estar bien iluminado.

Nada de pantuflas. Calzado cómodo pero seguro.

En la ducha o en la bañera es importante tener suelos antideslizantes.

Las barras de apoyo que no falten.

Cuidado con la temperatura del agua de la ducha o el baño.

Evite que los visitantes o el enfermo fumen.

F.5.2. Si el enfermo no tiene memoria o juicio

Mantenga los medicamentos bajo llave.

Guarde bajo llave los insecticidas o desinfectantes.

Instale cierres de seguridad en las puertas.

No deje cuchillos o elementos cortantes a mano.

Hay cámaras Web que sirven para vigilar al enfermo en su habitación cuando usted está en otro lugar de la casa.

F. 6. Medicación

F.6.1. Qué debo saber sobre la medicación.

Si usted tiene que ir a la farmacia ha retirar los medicamentos o es usted quien le administra la medicación al enfermo, tiene que saber las respuestas a estas preguntas. Se las puede responder el médico o la farmacéutica, pero recuerde, todas son importantes:

¿Para qué es el medicamento?

¿Puede tomarse con otros medicamentos que el paciente toma?

- ¿Cuál es la frecuencia que se debe de tomar?.
- ¿Qué cantidad debe de tomar?
- ¿Durante cuánto tiempo debe de tomarlo?
- ¿Se toman con las comidas o con el estómago vacío?
- ¿Qué hacemos si se olvida tomar una dosis?
- ¿Puede producir alguna reacción, y qué hago si se produce?
- ¿Cómo se guarda la medicación,(nevera, lugar oscuro, etc.)?



F.6.2. Consejos generales

Conserve un registro con la medicación dada. Anote hora y la cantidad administrada.

Nunca aumente o disminuya dosis sin consentimiento del médico o la enfermera.

La medicación se toma con un vaso de agua lleno. No es necesario que sea agua mineral, del grifo vale también.

No parte o mueva la medicación (pastillas o cápsulas). Pregunte siempre al farmacéutico o al médico antes de hacerlo.

Controle la fecha de caducidad de los medicamentos.

No invente. Solo administre medicación recetada por el médico. (Por más que la televisión diga milagros sobre determinada medicación).

F.7. Movilización

Aquí vamos a desarrollar diferentes formas de ayudar a nuestro enfermo a movilizarse. No todo el mundo puede darse el lujo de poseer una grúa para levantar al paciente, pero como algunos sí pueden darse ese gusto también describimos cómo utilizarla.

F.7.1 Movilización mecánica del paciente. Grúas

¿Qué grúa debemos de comprar y qué accesorios?

Grúa de elevación eléctrica o hidráulica. (cualquier marca , pero que tenga un buen servicio técnico de mantenimiento).

Accesorios según necesidades: sillas, perchas, cadenas de sujeción, cintas de poliéster de distintas formas y tamaños.

¿Cómo lo hacemos?

Informe al paciente sobre la movilización que se va a realizar.

Frene la cama y elévela al máximo. (espero que tenga cama eléctrica).

Lateralice al paciente para colocar la cincha debajo del tronco.

Coloque las cintas: Cruzar dos por debajo de los miembros inferiores, las otras dos por debajo de los hombros.

Pídale al paciente que coloque sus brazos encima del cuerpo.



Coloque la empuñadura del bastidor en posición horizontal y mirando hacia la dirección opuesta al paciente.

Meta las patas de la grúa debajo de la cama. La grúa debe estar lo suficientemente cerca del paciente para poder enganchar las cintas.

Enganche las cuatro cintas de la cincha a los soportes de la grúa, asegurándose que están las cuatro colocadas y que la longitud de las tiras es la misma.

Preste atención a la posición de la columna vertebral.

Comience a elevar la grúa, comprobando la buena colocación del paciente sobre la cincha, para poder retirar la grúa de la cama.

Una vez fuera gire y continúe elevando al paciente, para que quede en posición sentado.

Coloque al paciente encima de la silla donde se vaya a sentar y comience a descender hasta que quede bien sentado en la misma.

Cuando esté en posición de seguridad, desenganche y retire la cincha.

Alinee al paciente de forma adecuada cuando esté sentado.

Para llevar al paciente a la cama desde la silla, invierta el procedimiento.

A tener en cuenta:

Enchufe la grúa a la red eléctrica después de cada uso.

Cuente siempre con cinchas de repuesto.

Compruebe que la cincha esté en buen estado.

F.7.2 Deambulaci3n con ayudas mecánicas. Andadores, bastones y muletas auxiliares

¿Qué debemos disponer?

Dispositivos de ayuda mecánica (muletas axilares, bastones ingleses, andador).

Calzado adecuado (plano, antideslizante y que sujete bien el pie).

¿Cómo lo hacemos? :

Explíquele al paciente la técnica transmitiéndole la importancia de que vuelva a caminar.

Compruebe que esté adecuadamente calzado.

Indique al paciente que se deslice hasta el borde de la cama (en caso de encontrarse en ésta) y que apoye los pies en el suelo a una distancia de 15 cm. entre ambos.

Compruebe que es capaz de mantener el equilibrio y no se marea.

Proporcione la ayuda mecánica adecuada.

Utilizaci3n de andadores:



Colóquese el andador a la altura adecuada (El puño de éste debe quedar a la altura del cinturón del pantalón, el brazo flexionado 20-30°).

Desplace hacia delante el lado derecho del andador y el pie izdo. Seguidamente desplazar hacia delante el lado izdo. del andador y el pie derecho.

Si una pierna es más débil que la otra se adelanta el andador y la pierna débil unos 15 cm. mientras se soporta el peso del cuerpo con la pierna sana. Seguidamente se adelanta la pierna sana mientras se soporta el peso con la pierna débil y ambos brazos.

Utilización de muletas o bastones ingleses:

Antes de comenzar la deambulación con las muletas se deben de colocar a la altura adecuada, para ello:

Se colocará el paciente en decúbito supino se medirá desde el pliegue axilar hasta un punto 10 cm. lateral al talón o desde el pliegue axilar hasta la planta del pie y se añaden 5 cm.

Situado de pie se colocará la punta de la muleta 15 cm lateral y 5 cm por delante de la punta del pie, la muleta debe apoyar en la axila al menos de 2,5 a 5 cm.

Para el emplazamiento de la barra de la mano con el paciente de pie el ángulo del codo debe oscilar entre 20 y 30°.

Los bastones ingleses deben permitir que el paciente adopte la posición erecta sin forzar la musculatura y el codo presentará un ángulo entre 20 y 30°.

Asegúrese que el paciente adopta la posición idónea antes de comenzar a deambular, para ello se colocará el paciente de pie con las muletas separadas unos 15 cm por delante y lateral de cada pie (posición de trípode), a su vez la posición del paciente debe ser erecta (caderas y rodillas extendidas, espalda recta y cabeza alta y erguida).



Marcha alterna en cuatro puntos

(El paciente no puede sostener todo su peso sobre las extremidades inferiores):

- Adelantar la muleta derecha una distancia de unos 15 cm (o hasta que el paciente se encuentre seguro).
- Adelantar el pie izdo. hasta el nivel de la muleta.
- Adelantar la muleta izda.
- Adelantar el pie decho.



Marcha en tres puntos

(El paciente puede soportar el peso sobre una pierna y sostenerlo parcialmente con la otra):

- Adelantar ambas muleta y la pierna más débil.
- Adelantar la pierna más fuerte.



Marcha alternante entre dos puntos

(El paciente no puede soportar el peso con las piernas pero tiene fuerza en los brazos):

- Adelantar la muleta izda. y el pie derecho la mismo tiempo.
- Adelantar la muleta dcha. y el pie izdo. al mismo tiempo.



Marchas oscilantes

(El paciente no puede soportar el peso sobre una pierna pero tiene fuerza y coordinación muscular):

- Adelantar las dos muletas al mismo tiempo.
- Levantar el peso corporal con los brazos y balancearlo hasta alinearlos con las muletas.

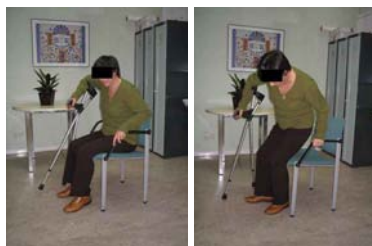
Marcha oscilante a través de las muletas (igual que el anterior):

- Adelantar ambas muletas al mismo tiempo.
- Levantar el peso corporal con los brazos y balancearlo a través y más allá de las muletas.



Sentarse en una silla

- Se colocará de pie con la parte posterior de la pierna sana contra la silla.
- Pasar las muletas a la mano del lado débil.
- Sujetar con el brazo del lado sano el reposabrazo de la silla.
- Flexionar las rodillas y caderas y bajar hasta la silla.



Levantarse de una silla

- Desplazarse hasta el borde de la silla y apoyar la parte posterior de la pierna sana sobre el borde de la silla.
- Coger las muletas con la mano del lado débil.
- Agarrar el brazo de la silla con la mano del lado sano.
- Hacer presión sobre las muletas y sobre el brazo mientras se eleva el cuerpo.
- Colocarse en posición de trípode antes de comenzar a caminar.



Subir escaleras

- El paciente adoptará la posición de trípode delante de las escaleras.
- Transferirá el peso a ambas muletas mientras desplaza la pierna sana al primer escalón.
- Transferirá el peso a la pierna sana y adelantará las muletas y la pierna débil hasta el escalón.
- Se repite la misma secuencia hasta llegar al final de la escalera.



Bajar escaleras

- El paciente adoptará la posición de trípode en la cima de la escalera.
- Apoyará el peso corporal en la pierna sana y adelantará las muletas y la pierna débil hasta el siguiente escalón.
- Transferirá el peso corporal a las muletas y adelantará la pierna sana hasta ese escalón.
- Se repetirá la secuencia hasta el final de las mismas.



A tener en cuenta:

Hay que asegurar que los dispositivos tengan tacos de goma en buen estado para evitar deslizamientos. El paciente, al caminar, debe apoyar el peso sobre las manos. Para evitar lesiones deben almohadillarse las barras de las manos. Se debe indicar al paciente que cuando camine debe mirar hacia delante y no a los pies. Se debe permanecer con el paciente mientras aprende la técnica y hasta que la domine.

Si en algún momento el paciente se encuentra mareado o indispuerto interrumpir la técnica y sentarle o tumbarle inmediatamente (sobre todo puede suceder al principio).

Asegurarse de que el calzado del paciente es el indicado, está adecuadamente abrochado y la ropa es amplia.

Es aconsejable que el paciente aprenda a utilizar los dispositivos antes de necesitarlos.

Es aconsejable enseñar al paciente una serie de ejercicios antes de comenzar a utilizar los dispositivos para fortalecer la musculatura de los hombros y de las extremidades superiores: flexión y extensión de los brazos en varias direcciones.

Cambiar de posición de acostado boca arriba a sentado flexionando los codos y empujando con las manos sobre la superficie de la cama.

Levantar el cuerpo de la cama empujando con las manos y extendiendo los codos. Apretar una pelota de goma o una empuñadura flexible con las mano.

F.7.3 Movilizaciones

Traslado del paciente con enfermedades en la rodilla de la cama a la silla y de la silla a la cama

¿Qué material debo disponer?

Cama

Silla

Triángulo (ver capítulo de ayudas técnicas).

¿Cómo lo hacemos?

Baje la cama hasta la posición más baja posible, de manera que el paciente pueda apoyar los pies en el suelo

Coloque la silla en paralelo a la cama, lo mas cerca posible de ésta, asegurándose de que no se mueva.



Preparación del paciente:

Explique al paciente los pasos a seguir en este procedimiento.

Comience a levantarlo de forma gradual.

Primero elevaremos progresivamente la cabecera de la cama, para evitar mareos.

Cuando tolere periodos largos incorporado sin incidencias procederemos a levantarlo a la silla.

Dar al paciente instrucciones claras, pedirle que:

Se agarre al triángulo y flexione la pierna no lesionada, así se irá acercando al borde de la cama

levantando los glúteos (o sea el trasero).

Nosotros nos ocuparemos de la pierna lesionada, sujetándola y acompañando los movimientos. Cuando se encuentre en el borde de la cama bajaremos las piernas al suelo, dejando al paciente sentado.

Apoyará la pierna no lesionada en el suelo, cargando en ella todo el peso.

Una vez puesto de pie, se agarrará al apoya brazos de la silla más alejado de él, girando el cuerpo y se sentará.

Se debe sentar de forma progresiva.

La pierna lesionada se apoyará progresivamente en el suelo, si se puede.

Traslado del paciente de la cama a la silla y de la silla a la cama en intervenciones de cadera

¿Qué equipo debemos tener?

Cama

Silla

Triángulo (ver capítulo de ayudas técnicas).

¿Cómo lo hacemos?

Frene la cama.

Antes de proceder a levantar por primera vez, previamente se habrá tenido incorporado en cama, para evitar mareos por la inmovilización en cama.

Explíquelo al paciente la movilización que vamos a realizar y cómo debe colaborar en su realización (si es posible).

La movilización se realizará siguiendo los siguientes pasos:

Permanezca al lado de la cama por donde vamos a bajar al paciente.

Indique al paciente que se vaya desplazando hacia el borde de ésta ayudándose con el triángulo, la pierna no lesionada flexionada y que se incorpore apoyando los codos en la cama.

Sujete el miembro afectado manteniéndolo en abducción (separar la pierna) protegiéndola de movimientos bruscos. Esta maniobra es mejor que se la enseñe la enfermera.

Coloque la cama a 45°.

Deje caer el miembro sano fuera de la cama. El peso cargado en los codos se trasladará a las manos empujando hasta que el cuerpo quede sentado.

Una vez sentado en borde de la cama y esperando unos minutos para verificar el perfecto estado del paciente, colocaremos zapatillas las cuales deben ser cerradas y con suelo antideslizante. Sitúe la silla cerca de la cama (paralela) para que el desplazamiento sea el menor posible.

Se le indicará que se deslice todo lo posible hacia el borde de la cama y que coloque la mano en el

apoyabrazos más alejado de la cama. Se pondrá de pie sin cargar el miembro afectado y girando se sentará en la silla.

El traslado de la silla a la cama se realizará de igual forma, comenzando por su incorporación de la silla, sujetándose con las manos en los apoyabrazos y apoyando el miembro sano y sin cargar el afecto. Sé retirará la silla y con un giro se sentará en la cama y con ayuda del triángulo y del cuidador que dará seguridad y protección se procederá a subir ambas piernas siendo ayudado para ascender el miembro afecto.

Acomode al paciente en postura cómoda y valore tiempo de permanencia en silla.

A tener en cuenta:

El enfermo presentará una posición de 90 grados.

No debe cruzar las piernas.

Traslado del paciente de la cama a la silla y de la silla a la cama en enfermedades de columna

¿Qué debemos disponer?

Cama

Silla

Corsé / faja

¿Cómo lo hacemos?

Informe al paciente.

Coloque el corsé o faja si el paciente lo necesita.

Frene la cama y baje su altura de forma que el paciente pueda apoyar los pies en el suelo. Coloque la silla en paralelo a la cama, lo más cerca posible de ésta y frénela. Si es una silla de ruedas, levante los reposapiés.

Pida al paciente que se acerque al borde de la cama rodando sobre su costado para colocarse de lado y pasando la pierna más alejada del borde de la cama sobre la más cercana. Debe agarrar el borde del colchón con el brazo que se encuentra debajo y empujar con el puño del otro brazo sobre el colchón.

Empujar hacia arriba con los brazos a la vez que se deslizan las piernas sobre el borde del colchón. Mantener la sedestación (sentado) empujando con los puños en el colchón, por detrás y a ambos lados de las nalgas.

Si el paciente no puede sentarse sólo en el borde de la cama lo ayudaremos colocando un brazo alrededor de los hombros del paciente y otro por debajo de sus muslos, junto a las rodillas. Tener una buena base de apoyo, separando los pies y flexionando ligeramente las rodillas, levantar los muslos del paciente, girar sobre las puntas de nuestros pies en la dirección deseada a la vez que se tira de las piernas del paciente hacia fuera (esto aumenta el movimiento de descenso de la parte inferior del cuerpo a la vez que ayuda a poner en posición vertical la mitad superior del cuerpo). Evalúe la posible presencia de mareos antes de levantarlo a la silla, para evitar mantenerlo incorporado un rato en la cama.

Coloque o ayúdele a colocarse bata y zapatillas.

Pida que mantenga las manos sobre nuestros hombros y sujétele por la cintura. Mantenga un pie más adelantado que otro, las rodillas ligeramente flexionadas, y las piernas separadas. Le pediremos que haga un movimiento de balanceo hacia delante a la vez que lo ponemos en pie. Dígale que dé un paso hacia la silla a la vez que giramos. Ponga las manos del paciente sobre los brazos de la silla o sobre nuestros hombros. Al contar tres le pediremos que traslade el peso de su cuerpo hacia atrás a la vez que lo ayudamos a descender, trasladando el peso de nuestro cuerpo dando un paso hacia delante.

Coloque los reposapiés si los hubiera.

Para acostarlo repetir todo el proceso a la inversa y dejarlo colocado en el centro de la cama.

Cuidado con su espalda

Ayudar a caminar a nuestro enfermo está muy bien pero también hay que cuidar nuestra espalda.
"Espalda tocada espalda jorobada"

Recuerde que:

- Debe agacharse. No flexione su cuerpo para levantar al paciente.
- Mantenga su espalda y cabeza rectas.
- Separe los pies, para mantener una buena sustentación.
- Acérquese a su enfermo, cuando lo vaya a levantar.
- Use zapatos que no deslicen.
- No deje que la persona tire de su cuello al levantarse.
- Dígale siempre qué va a hacer.
- Insista que ayude el enfermo, aunque sea poco.

F.7.4. Qué hacer si el paciente se cae

Cuándo el paciente se está cayendo, ¿qué hacemos?

No trate de detener la caída. Lo más probable que usted también se lesione.

Protéjale la cabeza e intente que se deslice poco a poco al suelo.

Pregúntele si está bien. Observe si está sangrando.

Si tiene mucho dolor o está sangrando, pida ayuda inmediatamente. Recuerde los teléfonos que tiene anotados en letra grande.

Si la persona no está lesionada, pregúntele si puede levantarse. Una silla es de gran ayuda para levantar a alguien del suelo. Si observa que sola no puede levantar al paciente, acomódelo con una almohada en la cabeza y pida ayuda.

F.8. Vida social

Las horas no pasan nunca cuando uno está cuidando a un enfermo; más lentas aún si cuidamos a alguien en un hospital.

El aburrimiento es insoportable. Ahora bien, si cuidamos a alguien en su domicilio, el tema cambia.

Haga una reunión con familiares. Hable con ellos sobre lo que necesita. Pregunte quién está dispuesto a ayudar, aunque sea unas horas que nos suplante, estará muy bien.

A veces por no hablar surgen situaciones tensas. Expresa sus necesidades, no es debilidad, es una realidad.

Seguro que todos pueden aportar algo para aliviar su carga.

Todos necesitamos tener una vida agradable, siga estos consejos, le vendrán muy bien:

- Fomente la visita de amigos y familiares.
- Si no, puede invitarlos a comer. Sea sincero e invítelos con lo que pueda: un café o un licor.
- Si los amigos no pueden venir. El teléfono es de gran ayuda. Conversar telefónicamente no es lo ideal, pero ayuda mucho.
- Juegue a las cartas con el enfermo (si puede). Hay solitarios muy entretenidos.
- Vea la televisión de forma coherente. Mucho... cansa. Programe ver películas en determinados días (con palomitas incluidas).
- ¿Ha probado a armar rompecabezas? La verdad que son muy entretenidos.
- Internet también distrae mucho.
- Puede ser el momento de adquirir una afición.
- No se olvide de hacer ejercicios. Salga a caminar un rato y estire las piernas.

G. Cuidados en paciente con traumatismo craneoencefálico

Todo el mundo coincide en que este enfermo es uno de los más difíciles de cuidar. El cuidador si es un familiar directo se verá sometido a una de las pruebas más difíciles de sobrellevar.

Ver como una persona independiente vuelve a ser totalmente dependiente, es algo muy duro de digerir. Además, nada es gradual. Todo es repentino y sin aviso.

Antes de empezar a cuidar en el domicilio hay toda una parte previa muy dura. La UVI y la hospitalización pueden ser etapas de períodos largos y angustiosos.

Éste puede ser tema como para escribir un manual entero. Intentaremos describir algunas pautas para problemas frecuentes en el cuidado de este enfermo.

G.1 ¿Cómo podemos ayudar?

Este paciente sufrirá seguramente trastornos de conducta, alteraciones físicas y de conocimiento.

Debemos de aceptar que él no tiene la culpa y que ha cambiado a consecuencia del daño en el cerebro. Es difícil de aceptar, pero una vez que lo asumamos, podremos cuidarlo de la mejor manera.

La aceptación del cambio debe de ser de toda la familia y también de los amigos cercanos.

Es conveniente que exista un portavoz de la familia, para comunicarse con el médico y la enfermera.

La familia se verá afectada en todos los órdenes, social, económico y laboral.

La meta del cuidador es intentar reinsertar sociolaboralmente al enfermo.

No sólo el cuidador principal debe de tener este objetivo sino que toda la familia debe de implicarse.

G.2 ¿Qué hacer cuando el paciente no responde a estímulos?

Posiblemente en ésta etapa el paciente esté aún hospitalizado. El enfermo no responde, parece que estuviera dormido.

Debemos intentar que responda a estímulos externos. Lograr una respuesta a través de la vista, del oído, olfato o el tacto.

Poner su música favorita o el programa de televisión que le agradaba, es muy útil.

Deben alternarse los estímulos para evitar la confusión y la agitación del paciente.

Las visitas deben ser cortas, y de una o dos personas a la vez como mucho. No encienda la TV y la radio durante las visitas.

Aunque no parece que lo escuche, usted háblele en forma positiva y familiar. Despacio, claro, de personas que él conoce y de recuerdos graciosos familiares.

G.3 ¿Qué hacer cuando hay primeras respuestas?

El paciente empieza a responder a los estímulos. Al principio las respuestas serán leves y lentas. Es importante aumentar la frecuencia y la consistencia de esas respuestas.

Estimúlelo, pero recuerde que puede fatigarse fácilmente. No aguantará mas de 5 o 10 minutos de concentración.

Permita que descanse. Espere y no se precipite. No deje que sus ansias confundan al enfermo.

Muéstrele fotos de familiares que él aprecie.

¿Qué hacer cuando el paciente se agita?

Es probable que se encuentre desorientado en tiempo y en espacio. No se asuste, especialmente la primera vez. Esta etapa es transitoria, quizás no recuerde ni quién es.

Cuando esté agitado evite todo tipo de estímulo (radio, TV, etc.). Pida que las visitas se retiren.

Distráigalo del motivo que lo agita.

Comuníquese de forma tranquila y pausada. Haga preguntas directas. Sin opciones. Por ejemplo: ¿Quieres una manzana? No diga: ¿Quieres una manzana o una pera?

Si no puede hablar intente comunicarse mediante gestos o movimientos de ojos.

Oriéntelo. Pregúntele como se llama y qué edad tiene. Déle tiempo para responder, y si no se acuerda, ofrézcale la información.

Todo se le olvida fácilmente. Téngalo en cuenta.

Puede ayudar tener un calendario grande, con la fecha marcada. Pregúntele todos los días la fecha.

Recuérdale donde está: hospital, ciudad, etc.

No se asuste si observa que duerme mucho. Es normal después de un episodio de agitación, un período de descanso.

G.4 ¿Qué debemos hacer cuando esté en casa?

Supuestamente el enfermo evolucionó bien y ya realiza algunas actividades independientes.

Debe de incitarlo a que tenga descansos breves pero continuos. Aún está muy frágil.

Llevar una agenda para anotar las rutinas diarias y citas que el enfermo tenga programadas es de gran ayuda.

Aumente la complejidad de las tareas que realiza. Pero siempre conservando la paciencia, el camino es largo.

Cuando realice una tarea nueva, intente que no haya ruidos en los alrededores.

Repítale con frecuencia el material que debe de aprender. Marque rutinas.

Háblele despacio y directo. Las ideas deben de ser simples. Mírele a los ojos. Así facilita que le vea los gestos de su cara.

MotíVELO. No deje que esté apático.

G.5. ¿Qué hacer en los cambios de humor o enfados?

Tenga paciencia. Estos pacientes suelen comportarse a veces de forma violenta e incontrolada. No tienen la culpa. Es su daño cerebral que le impide ser como antes. Intente identificar qué genera su alteración, antes de que se vuelva violento.

Ignore su ira. Intente desviar su atención y no discuta. Vayase de la habitación por algunos minutos.

Posiblemente luego se arrepentirá. Hable con él y ayúdelo a interpretar lo ocurrido. Converse sobre cómo puede evitarse esa conducta.

Siempre intente que esté todo programado. La desorganización le provoca agitación y desconcierto. Provocando muchas veces ira.

¿Qué hacer si se comporta egoístamente?

Que nos pueda manipular es una conducta probable. También buscan la atención.

No acceda a todos sus caprichos. Fomente la autosuficiencia. Usted no es un esclavo. Es un cuidador.

Evite que se obsesione e incorpore nuevas ideas a la rutina.

No olvide consultar con su médico responsable.

H. Cuidados en paciente escayolado e inmovilizado

Qué pasa con las escayolas. ¿Qué debemos hacer y vigilar?

La inmovilización mediante una férula de yeso es algo habitual en personas que se han roto un brazo o una pierna. Surgen varias dudas habitualmente: ¿puede mojarse?, ¿Cómo hago para duchar a mi paciente?, ¿se puede escribir o dibujar en la escayola?. Prosiga leyendo y encontrará algunas recomendaciones útiles.

H.1. Recomendaciones para cuidar a una persona con inmovilización con escayola

- El yeso tarda en fraguar (endurecerse) aproximadamente 24 h. Al inicio del proceso su temperatura será algo elevada. No se preocupe no se está quemando, es normal. No debe forzar el secado con fuentes de calor externas (secadores, estufas...).
- Evite mojar el vendaje, puesto que la humedad lo deforma e impide que realice correctamente la inmovilización. Puede utilizar una bolsa de plástico para envolver el miembro afectado. Cierre bien la bolsa. Para que no entre agua. La incombustible tela adhesiva va muy bien para esto.
- No debe recortar, modificar o realizar agujeros en la escayola. Aunque quede mono. No se debe escribir o efectuar intervenciones no autorizadas.
- Es peligroso rascarse, ya que el riesgo de lesionar la piel bajo el vendaje es muy elevado, y las heridas producidas podrían infectarse. ¿Qué hacer si el picor es molesto?, habría que consultarlo al sanitario responsable. Puede que su paciente tenga una reacción alérgica.
- No introducir objetos de ninguna clase bajo el vendaje.

H.1.1. En la extremidad superior:

- Haga que mueva los dedos con frecuencia para evitar que se inflamen.
- Dígale que abra y cierre la mano frecuentemente (si no está lesionada) para favorecer una buena circulación.
- Observe que la extremidad inmovilizada esté elevada el mayor tiempo posible. La mano estará más alta que el codo con un pañuelo que coja todo el brazo.
- Quítele todos los anillos.

H.1.2. En la extremidad inferior:

- Mantenga la extremidad inmovilizada en alto el mayor tiempo posible. El pie estará al mismo nivel que la rodilla y la cadera.
- Dígale que mueva los dedos del pie para evitar la hinchazón y favorecer una buena circulación.
- Para desplazarse, observe que emplee las muletas o bastones aconsejados, y recuerde que no debe apoyar.

Si el yeso se deteriora, o el miembro inmovilizado presenta dolor importante, color amoratado, hinchazón, palidez o frialdad intensa, acuda al servicio de urgencias sin demora.

I. Cuidados en paciente con lesión medular

Dadas las peculiares características del lesionado medular (L.M.), cuando llega el momento del alta, puede presentar angustia al saber que ya no va a tener el apoyo del equipo sanitario. A la vez que le ilusiona ir a su hogar, aunque le atemoriza y le produce ansiedad el apartarse de la seguridad que le proporciona el hospital.

Hasta hace poco, el LM al irse de alta se llevaba sólo un informe médico. Las enfermeras no realizaban ningún informe escrito, como mucho, se daban instrucciones verbales tanto al paciente como a la familia.

El informe de enfermería al alta tras un periodo de hospitalización largo, como es el caso del LM, es uno de los requisitos imprescindibles para garantizar la continuidad de los cuidados. La planificación del alta requiere que se empiece a realizar desde el mismo momento del ingreso y una coordinación con otros profesionales sanitarios y no sanitarios para que ésta sea eficaz.

I.1 Identificación de los posibles problemas – Valoración para cuidar mejor

I.1.1 Edad: para determinar si es demasiado joven o demasiado mayor como para cuidar de sí mismo.

I.1.2. Tipo y alcance de la lesión: para establecer las limitaciones físicas y psicológicas, los mecanismos de afrontamiento que puedan interferir en la realización de autocuidado. Aquí usted debe de informarse sobre como está su paciente. Debería estudiar y tratar de comprender lo que tiene entre sus manos.

I.1.3. Existencia de familiares que puedan prestar unos cuidados básicos continuados, si él no los pudiera realizar. Todo apoyo para cuidar es poco.

I.1.4. El entorno físico del paciente: características y situación de la vivienda, si reúne las condiciones adecuadas a sus nuevas necesidades, posibles modificaciones para adaptarse a las nuevas demandas requeridas.

I.2. Educación sanitaria sobre los cuidados domiciliarios- Preparación

Para lograr unos cuidados óptimos en casa, es fundamental la educación sanitaria tanto del paciente como de su familia y posible cuidador de futuro. Ésta debe comenzar tan pronto como el estado del paciente se haya estabilizado y la familia esté lo suficientemente receptiva para aprender.

No debemos olvidar que la enseñanza es parte integrante de la asistencia hospitalaria en estos pacientes y debe estar presente a lo largo de todo su proceso, durante su estancia hospitalaria, de ésta forma disminuirá la ansiedad general del paciente y sus cuidadores.

Aproveche la hospitalización para aprender y póngase bajo la supervisión del personal que lo atiende, que corregirá las deficiencias en los conocimientos y progresivamente resolverá todas sus dudas según surjan.

Para completar su enseñanza es fundamental pedir información escrita. Esto mejorará tanto su comprensión como la retención de la información, y podrá encargarse de los cuidados con mayor independencia.

I.3. Coordinación con los equipos de salud. Es fundamental para conseguir unos cuidados continuados

La coordinación debe hacerse a varios niveles:

- Coordinación con otros profesionales en el ámbito de la salud. Fundamentalmente con el médico rehabilitador, terapeuta social, psicólogo y todos aquellos que intervienen en el cuidado del paciente durante su estancia hospitalaria.

- Coordinación con atención primaria. Va a servir para conseguir una continuidad en los cuidados, asegurar unos cuidados domiciliarios suficientes y evitar complicaciones y reingreso. Para facilitar esto es muy útil el informe escrito de alta de enfermería, ya que les va a proporcionar información sobre el diagnóstico del paciente, la educación sanitaria impartida en el hospital, la situación del paciente al alta, necesidad de procedimientos o técnicas específicas, problemas de enfermería reales o potenciales que presenta.

Después de lo expuesto y teniendo en cuenta la valoración individual de cada paciente, usted debe de saber los siguientes puntos.

A- Diagnóstico principal- El que ha llevado al paciente a ingresar en el hospital (por ejemplo "Paraplejia L2-L3"). Esta información sirve para cuando usted tenga que hablar con el médico. Infórmese sobre esta patología. Lo necesitará.

B- Medicación que precisa- nombre, dosis, pauta, finalidad que tiene, importancia de tomar la dosis prescrita, precauciones y efectos secundarios a tener en cuenta, duración del tratamiento.

C- Cuidados que precisa. Este apartado debe contener una redacción adaptada al nivel sociocultural del paciente y del cuidador, de forma que se pueda entender.

I.4. Los principales cuidados que puede presentar un LM tras su alta son:

I.4.1- Riesgo de disreflexia en relación con lesión medular (por encima de D7)

La disreflexia autónoma es una acción refleja potencialmente mortal que afecta principalmente a aquellos con lesiones en el cuello o en la parte superior de la espalda. Ocurre cuando hay irritación, dolor o estímulos al sistema nervioso por debajo del nivel de la lesión. Las áreas irritadas tratan de enviar señales al cerebro pero debido a que las señales no pueden pasar, se presenta una acción refleja sin que sea regulada por el cerebro. Se caracteriza por TA elevada de forma brusca.

Los cuidados a seguir son:

- Comprobar la distensión de la vejiga y realizar un CI (cateterismo intermitente) si precisa. Además debe valorar como es la orina, color olor, cantidad, presencia de sedimento, sangre, si presenta fiebre, tiene escalofríos, ya que son indicadores de una infección en la orina que podría agravar la disreflexia.
- Comprobar la presencia de fecalomas y administrar supositorios o extracción manual suave si precisara.
- Comprobar puntos de apoyo en la piel para descartar enrojecimiento o heridas. Valorar también la presencia de uñas encarnadas.
- Deberá acudir al medico si se detectan signos de infección urinaria, escaras o uñas encarnadas, así como si no consigue hacer deposición de la forma habitual.

I.4.2- Estreñimiento en relación con inmovilidad

Ante este problema potencial el LM deberá:

- Mantener un hábito horario para las deposiciones, por ejemplo siempre por la mañana después del desayuno, cada dos días.
- Seguir una dieta rica en fibra- verduras, fruta fresca, pan y cereales integrales. La cantidad a lo largo del día dependerá de la lesión y del tipo de deposiciones que haya estado haciendo durante su estancia hospitalaria, debiendo mantener el mismo hábito que tenía antes de irse de alta.
- Vigile las deposiciones, si éstas fueran más duras y secas o pasan más de tres días sin emitir deposiciones, deberá aumentar la ingesta de líquidos en la medida de lo posible y si pasan más de tres o cuatro días sin hacer o pasa un periodo en que las heces son más duras y secas o presenta sangrado o aparecen hemorroides, deberá consultar con el médico.

I.4.3 Incontinencia intestinal

- Evalúe utilizar dispositivos adecuados (pañal) para controlar este problema.
- Intente que el paciente tenga una evacuación diaria de heces a la misma hora para disminuir el volumen en caso de incontinencia.
- Incite a que coma una dieta con moderado contenido en fibra, para evitar que las heces sean excesivamente blandas.

I.4.4- Alteración de la eliminación vesical

Incontinencia refleja (diagnóstico médico)

En este caso deberá:

- Vaciar la vejiga del paciente cada 3-4 horas, o más frecuentemente si ha bebido más líquidos, cerveza, té, café. Si el paciente no puede hacerse un cateterismo intermitente usted debe utilizar la misma técnica que en el hospital, estimulación suprapúbica, tirar del vello púbico, golpear la parte interior del muslo, etc.
- Controle la ingesta de líquidos diarios, no más de 1500 c (1'5L), repartidos en cantidades decrecientes progresivamente de la mañana a la noche.
- Mantenga una buena higiene de la zona genital y de la piel, si hay escapes.
- Use dispositivos de seguridad: colector, pañal, absorbentes.

Retención urinaria. Diagnóstico médico.

Cuando la vejiga está muy llena puede haber pérdidas de orina al toser, al hacer un esfuerzo o ejercicio, por tanto deberá vaciarla con la frecuencia necesaria. Para evitar estos escapes deberá controlar la ingesta de líquidos, realizar estimulación cada tres o cuatro horas o más si lo considera necesario, procurará vaciar la vejiga antes de salir de casa, utilizando la misma técnica que en el hospital (contracción abdominal, Valsava, Credé). Si utilizaba C.I. (cateterismo intermitente). Debe realizarlo antes de salir de casa y adaptar los horarios de cateterismo a su estilo de vida, buscando que se altere lo menos posible. (Las técnicas no las explico porque seguramente usted las aprendió en el hospital, son muy específicas). Puede profundizar en las mencionadas técnicas en www.aselme.com (la Web de enfermería especializada en lesión medular).

- Realice la técnica de CI como se le explicó en el hospital (pídalo también por escrito), manteniendo una adecuada higiene de manos, zona genital y material de sondaje.
- Vigile la orina por si aparecen cambios en color, olor, arenilla, sangre, o el paciente presenta escalofríos, fiebre, aumento de espasmos, dolor suprapúbico o en zona lumbar. Ante cualquiera de estos signos debe acudir a su médico.

I.4.5. Seguridad

Las medidas de seguridad son:

- Compruebe la temperatura del agua del baño y de las mantas eléctricas antes de su uso. Si es preciso utilice un termómetro de baño y en el caso de las mantas eléctricas las pondrá siempre a baja temperatura.
- Pida que las superficies sean antideslizantes en el baño y agarraderos si necesita.
- Valore diariamente la piel de las zonas afectadas por la lesión en donde no hay sensibilidad, en busca de lesiones no detectadas, acuda a su médico si observa una zona grande enrojecida, falta piel o tiene una herida que no evoluciona favorablemente en uno o dos días.

- Pida barandillas en escaleras.
- Use barandillas en la cama si las necesita.
- Haga que el paciente frene siempre la silla de ruedas antes de trasladarse a la cama o al baño.
- Si usa andador, cuide que los suelos estén limpios y secos, libres de obstáculos, si hay alfombras quítelas aunque estén clavadas, evitará caídas.
- Usar zapatos que ajusten bien pero que no le hagan rozaduras, con suelas antideslizantes. Si camina no debe usar zapatillas abiertas por detrás.

I.4.6.- Piel

La incontinencia urinaria y/o fecal favorece la maceración de la piel y esto hace que sea más susceptible de erosionarse por una presión prolongada. Por ello debe:

- Mantener una buena ingesta de líquidos que asegure la hidratación de la piel.
- Ser rigurosos con la programación de vaciado de la vejiga.
- Utilizar los dispositivos indicados (colector, absorbentes), y mantener siempre la zona perineal limpia y seca.

La inmovilidad es otro factor que favorece la aparición de úlceras por presión, por tanto el LM debe tener presente:

- Cuando esté en la cama debe realizar cambios de postura el mismo o con ayuda de otra persona cada tres o cuatro horas, aplicando crema hidratante y vigilando los puntos de apoyo, aquellos donde hay menos tejido blando sobre el hueso (sacro, talones, codos, omóplatos), si es preciso puede utilizar un espejo para mirarse.
- Si hay zonas enrojecidas que no desaparecen después de una hora sin presión, aumentar la frecuencia de los cambios posturales y vigilarlas minuciosamente.
- Evitar las arrugas y los restos de comida, como las migas de pan, en la cama.
- Cuando esté sentado, utilizar el cojín para disminuir la presión en los glúteos. Además debe realizar impulsos con los brazos al menos cada media hora para aliviar la presión en las zonas de apoyo.
- Acuda al médico si aparece una lesión en la piel. Evitar el apoyo en esa zona hasta que la herida haya curado por completo.

I.4.7. Relaciones sociales

Debido a los problemas de pérdida de control de esfínteres, marcha en silla de ruedas, cambios en su rol familiar, pérdida de trabajo, el LM puede tender al aislamiento social, para vigilar este problema y evitar que aparezca:

- La familia debe estar atenta a sus expresiones de soledad, tristeza y poco deseo de vivir.
- Incite a buscar el apoyo de familiares, amigos, vecinos.
- Ayude a buscar el medio de transporte más adecuado para que se pueda desplazar.
- Asigne tareas del hogar que pueda realizar y responsabilizarle de ellas.
- Anímele a estudiar o trabajar en algo que pueda realizar (informática, idiomas, etc.).
- Favorezca el contacto con personas en similares características: grupos para personas en sillas de ruedas, deportes.
- Permita que exprese sus dudas y temores y ayude a buscarle soluciones.
- En el caso de incontinencia urinaria deberá adaptar la ingesta de líquidos a los horarios de sondaje, si es incontinencia intestinal- remitirse a los cuidados para este problema.

Comentario final:

El cuidado de este paciente es complejo. Infórmese, prepárese, aprenda del personal sanitario. Tampoco se asuste o amilane. Piensa que: “si otro lo hace yo también puedo hacerlo”.

Lógicamente que ésta breve guía no es suficiente. Intentamos darle unas recomendaciones sencillas para ayudarlo a cuidar bien. Usted y el lesionado medular necesitarán un aprendizaje continuo para obtener un cuidado satisfactorio.

J. Ayudas técnicas

Hay situaciones en la vida, en las que de forma temporal o permanente, nos vemos obligados a modificar las costumbres que tenemos, para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ducharnos, comer, ir a la cama, etc.), por lo que tendremos que utilizar ayudas técnicas.

Entendemos por ayuda técnica, ese utensilio con el cual podemos realizar las tareas que nos cuestan por la situación en la que nos encontramos.

A continuación presentamos una pequeña muestra de estas ayudas, que deberían recomendarles los profesionales, preferiblemente los terapeutas ocupacionales, ya que sin sus recomendaciones estas ayudas técnicas pueden ser inadecuadas o poco satisfactorias.

J.1. Ayudas técnicas para el aseo

Silla de ducha: podemos adquirirla con rueda grande (autopropulsable) o con rueda pequeña (de empuje para acompañante), eso nos permite ducharnos sentados, siempre y cuando tengamos el plato de ducha encastrado en el suelo.

Elevador de bañera: es un sistema de asiento automático para introducir en su bañera y evitar modificar el cuarto de baño.

Puede manejarlo usted mismo y le permite ducharse o bañarse.

Tabla de bañera: es una base sólida y segura que le permite ducharse sentado en la bañera. Solo es imprescindible no tener mampara.

Asiento giratorio: con él podemos ducharnos sentados en la bañera. Desde el exterior nos sentamos y nuestro cuidador o nosotros mismos metemos las piernas en la bañera.



Asideros: las colocaremos a la altura que nos corresponda para podernos duchar o bañar con seguridad, también para sentarnos y levantarnos del inodoro.

Antideslizantes: utilizaremos una alfombrilla dentro y fuera de la bañera para no resbalar y en suelos o superficies que puedan resultar deslizantes y así evitar caídas.



J.2. ayudas técnicas para el dormitorio

Cama articulada motorizada: le permite levantar automáticamente el cabecero/picero de forma independiente facilitando actividades de la vida diaria como la alimentación, vestido, etc.

Colchón antiescaras: práctico para aquellos pacientes que pasan mucho tiempo en la cama sin poder levantarse.

Grúa: permitirá trasladarlo a la silla, al inodoro e incluso a la bañera, sin esfuerzo del cuidador.

Triángulo incorporador: nos ayuda al pasar a la cama y al cuidador al cambio de la ropa de cama.

Barras laterales: pueden protegernos para no caer de la cama, para voltearnos, incorporarnos, cambiar las presiones de la espalda y ayudar al cuidador para asearnos y hacer la cama.

Tabla de transferencias: al ser de material flexible y deslizante. Facilita el paso de la silla de ruedas a la cama, al inodoro, a otra silla, etc. resbalando sobre ella sin esfuerzo.

Mesillas: podemos utilizarlas como mesa de comida si tiene bandejas laterales, incluso si se inclinan pueden usarse como atril de lectura.



J.3. Otras ayudas técnicas

Pinzas alargadoras: le resultarán prácticas para recoger y alcanzar objetos sin agacharse o aproximarse a ellos.

J. 4. Ayudas técnicas para alimentación

Cubiertos: podemos encontrarlos de varios tipos, con mango engrosado, con angulaciones de cuchara y tenedor, etc.



K. Recursos sociales para el cuidador

No existen personas “dependientes” y personas “independientes”, sino situaciones en las que una persona pierde parte de su autonomía para realizar determinadas tareas, es decir, se encuentra en situación de dependencia.

Los profesionales de servicios sociales gestionan los recursos necesarios para que el cuidador y su familiar reciban las atenciones domiciliarias, los apoyos a los cuidadores. Los Centros de día y los establecimientos residenciales, son esenciales para garantizar la protección a las personas que lo necesitan.

Las personas dependientes difícilmente aceptan el hecho de perder el control de su propia vida. Los cuidadores deben saber que hacer todas las tareas por la persona a la que cuidan, a veces no es lo mejor. Permitir que reconozcan sus propias limitaciones y elegir sus propias soluciones es mucho más útil para todos.

La tarea de cuidador puede ser una de las labores más importantes de la vida.

Generalmente no es fácil ni es una tarea para la que estemos preparados. Pueden surgir preguntas sobre la enfermedad o la discapacidad de la persona a la que cuidan. Si además el cuidador trabaja y quiere cumplir con todas sus responsabilidades, puede que él también necesite ayuda. La ayuda debe buscarla en su propia comunidad. Hay muchos servicios de financiación pública y privada que están a su disposición.

K.1. Recursos sociales

Si el cuidador necesita ayuda debe buscarla en su propia comunidad. Hay servicios de financiación pública y privada que están a su disposición.

La actual configuración de nuestro sistema de protección está basado en el principio de universalidad. Sin embargo los servicios sociales se ofrecen de manera desigual en el territorio español. Las diferencias entre Comunidades Autónomas son notables y las desigualdades entre quienes viven en áreas urbanas y rurales, importantes.

A la hora de solicitar los recursos tanto para la persona dependiente como para el cuidador, se tiene en cuenta fundamentalmente el nivel de renta. Por tanto, familias con un nivel de renta intermedio a veces no pueden acceder a todos los recursos públicos ni tampoco costearlo de manera privada. Por ello existe un gran número de familias que no reciben la suficiente atención social.

Los recursos sociales básicos que tienen todas las Comunidades Autónomas son:

- Atención domiciliaria
- Atención diurna
- Atención residencial
- Apoyo a las familias y cuidadores
- Ayudas técnicas

- Teleasistencia domiciliaria
- Ayudas económicas
- Respiro familiar
- Vacaciones con apoyo
- Termalismo social
- Voluntariado y asociaciones de ayuda mutua
- Servicio de información telefónica y atención de emergencias
- Centro estatal de autonomía personal y ayudas técnicas
- Coordinadora estatal de minusválidos físicos de España
- Servicio de información sobre discapacidades
- Cualesquiera otras de carácter técnico, económico o material que pudieran establecerse en respuesta a las necesidades

Estas funciones se realizan en coordinación con el área sanitaria.

Estos servicios se gestionan en los Servicios Sociales del Ayuntamiento de la localidad donde resida el solicitante.

Atención domiciliaria

Podrá incluir las siguientes actividades

- Limpieza cotidiana de la vivienda
- Preparación de alimentos en el hogar
- Suministro a domicilio de alimentos preparados
- Lavado, planchado y repaso de la ropa
- Adquisición de alimentos y otras compras, siempre por cuenta del usuario
- Atención personal, que puede incluir las siguientes actividades:
 - Apoyo en la higiene personal
 - Ayuda para aquellos usuarios que no pueden comer por sí mismos
 - Apoyo a la movilización dentro del hogar
 - Adiestramiento en la realización de actividades de la vida diaria que potencien la autonomía del usuario
 - Compañía tanto en el domicilio como fuera, para evitar situaciones de soledad y aislamiento
 - Acompañamiento fuera del domicilio para realizar diversas gestiones
 - Facilitar actividades de ocio en el domicilio

Servicio de comida a domicilio

Se trata de un servicio de reparto de comidas en el domicilio de la persona que lo tiene asignado.

Servicio de lavandería a domicilio

Se trata de un servicio de recogida, lavado y planchado de ropa y entrega en el domicilio.

Teleasistencia domiciliaria

A través de un equipamiento de comunicaciones e informático específico se facilitará:

- Un pulsador que permite conectarse con un servicio de atención social las 24 horas del día, los 365 días del año.

- Apoyo inmediato en situaciones de crisis, mediante el contacto verbal o movilizándolo los recursos.
- La actuación en el propio domicilio cuando proceda.

Ayudas para mejorar las condiciones de habitabilidad de la vivienda

Acondicionamiento de la vivienda tales como limpiezas a fondo, pintura, pequeñas reparaciones Adaptaciones funcionales del hogar, eliminación de barreras arquitectónicas y aumentando la seguridad en el entorno doméstico.

Servicio de información telefónica y atención de emergencias

Se conoce con las siglas de SITADE y se trata de un servicio telefónico gratuito (900 100 333) que facilita información en casos de emergencias.

Atención residencial

Incluye las residencias, los centros: de día, ocupacionales, especiales de empleo, sociosanitarios, de atención a minusválidos físicos (C.A.M.F.), de recuperación de minusválidos físicos (C.R.M.F.) y los de atención a minusválidos psíquicos (C.A.M.P.).

Residencias

Se trata de centros para vivir permanentemente en régimen de internado. Lo solicitan en su gran mayoría las personas de la tercera edad.

Centros de día

Son establecimientos de carácter público o privado que atienden a las personas dependientes durante el día, generalmente desde las 9 horas hasta las 17 horas, con el consiguiente descanso del familiar.

Centros ocupacionales y centros especiales de empleo:

Están dirigidos a personas jóvenes que no pueden realizar un trabajo ordinario por padecer una minusvalía. Realizan trabajos sencillos acordes con su discapacidad.

Centros sociosanitarios

Se crean para la atención y ayuda a personas que bien por un accidente o una enfermedad necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, en régimen de internado o diurno.

Centros de atención y recuperación de minusválidos

Dependientes del IMSERSO, se ocupan de la atención integral y el cuidado de la persona dependiente tanto en régimen de internado como diurno.

A nivel general los servicios que se prestan en la mayoría de los centros son:

Medicina general, rehabilitación, alimentación adecuada a las necesidades de cada uno, podología, peluquería, servicio de biblioteca y actividades sociales y recreativas.

Centro estatal de atención al daño cerebral

Es un centro dependiente del IMSERSO para la rehabilitación integral de usuarios con lesión cerebral adquirida, con una duración determinada y en régimen ambulatorio o de internado (para residentes de fuera de Madrid).

Centro estatal de autonomía personal y ayudas técnicas

Es un centro tecnológico dependiente del IMSERSO que tiene por objeto mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos a través de la accesibilidad integral, con especial atención a las personas con discapacidad y a las personas mayores.

Servicio de información sobre discapacidad

Es un servicio público que ofrece información de carácter estatal sobre la discapacidad.

Voluntariado y asociaciones de ayuda mutua

Los voluntarios son personas que individualmente trabajan con familias de manera desinteresada con la única finalidad de prestarles ayuda.

Las asociaciones son agrupaciones de personas que se unen y organizan en torno a un objetivo común, en este caso cuidar a una persona dependiente.

Coordinadora estatal de minusválidos físicos de España

Ofrecen diferentes servicios tales como vacaciones con apoyo, empleo, formación, ocio y tiempo libre y asesoría jurídica.

Ayudas económicas

Las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez se conceden a personas que no tienen ingresos suficientes por causa de la edad o por una minusvalía. Se solicitan en los ayuntamientos.

Termalismo social

Se trata de un programa de vacaciones gestionado por el IMSERSO que incluye alojamiento, manutención y tratamientos termales para personas pensionistas por jubilación e invalidez.

Respiro familiar

Se trata de un programa gestionado por algunos ayuntamientos y está dirigido a personas dependientes con el fin de que su cuidador descanse.

Reflexión final

El objetivo de los recursos socio sanitarios en el comienzo del siglo XXI es el de proporcionar una asistencia que mejore la calidad de vida de las personas dependientes, sin olvidar el bienestar de los cuidadores principales.

Las intervenciones a realizar deben dirigirse a la atención integral en el domicilio de las personas dependientes dotándolas de recursos suficientes para poder llevar una vida lo más saludable posible, evitando el internamiento en Centros residenciales siempre que lo permita el estado de salud de la persona.

Los cuidadores informales debieran percibir algún tipo de contraprestación social y económica que les permitiera afrontar esta situación sin renunciar a su vida cotidiana.

Cabe esperar que la nueva Ley de Dependencia que está previsto entre en vigor a partir del año 2007, subsane el olvido y los errores que anteriores leyes no han abordado.

K.2. Sitios web

www.seg-social.es/imserso

www.cermi.es

www.cocemfe.es

www.aequitas.org

www.vislibre.es

www.once.es

www.seg-social.es

www.fundaciononce.es

www.mtas.es

www.discapnet.es

www.enfermedades-raras.org

www.cruzroja.es

www.munimadrid.es

www.madrid.org

www.fedace.org

L. Bibliografía

1. Guide to Choosing Care in an Adult Family Home or Boarding Home. Medicaid. 2004.
2. Enfermería y Lesionado Medular. Hospital Asepeyo Coslada. Madrid. 2003.
3. Protocolos Enfase 7. Hospital Asepeyo Coslada. Madrid 2002.
4. Traumatismos de Cráneo. Una guía para la Familia. Hospital Fleni. Bs.As. 2002.
5. García Alonso. B. Alta de Enfermería en el Lesionado Medular. Año 2002.
6. González F. et al. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Revista Electrónica. Hospital Ramos Mejía.
7. Vázquez Sánchez. M. et al. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Editorial Doyma. Año 2002.
8. Bond Ae. Et. Al. Necesidades de familiares de pacientes con traumatismo encefalocraneal grave. Enfermería Clínica.2004.14(4).Pag 223-226.
9. Quero Rufián A. et. Al. Perfil y realidad social de cuidadores de pacientes en un hospital de Rh y traumatología. Nure investigación. Nro9. Octubre 2004.
10. La atención a las personas en situación de dependencia. Revista de Trabajo Social. Segundo semestre 2005
11. Protección a la dependencia, cuarto pilar del Estado de Bienestar. El nuevo lunes. II jornadas. 2005.
12. Federación española de daño cerebral. Guía de familias. 2004
13. Ayuda mutua y salud. Unidad de ayuda mutua y salud. Servicio de Promoción de la salud. Instituto de salud pública. Madrid, octubre 2005.
14. Ayuntamiento de Madrid. Recursos sociales. IMSERSO

Agradecimientos

A Marisa y Rosario Alvarez, auxiliares de enfermería que me han aportado mucho. A la psicóloga Pilar Fernández y la Dra. Isabel Moreno que asesoraron sobre las patologías medicas que mencionamos en el manual. A Teresa Mimo que tuvo paciencia de leer todo el texto, a la Dra. Dulce Puget (con su entrañable lápiz rojo) que me corrigió horrores ortográficos y giros de mi pueblo. Al Grupo de Enfermería por sus críticas y aliento. Y por último a Nuria Medina, que sin ella este trabajo no hubiera sido posible.



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y
ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151