

# **GUÍA PARA PACIENTES Y CUIDADORES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO**

**SERVICIO MEDICINA FÍSICA Y  
REHABILITACIÓN HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DEL HENARES**



El **daño cerebral adquirido (DCA)** es una lesión que se produce en las estructuras cerebrales de forma súbita como consecuencia de un accidente o una enfermedad en personas que han nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro.

Las causas del daño cerebral pueden ser múltiples, siendo la más frecuente el **accidente cerebrovascular o ICTUS**, que se produce por la interrupción repentina del flujo sanguíneo en una zona del cerebro o por una hemorragia tras rotura de un vaso sanguíneo.

El 44% de las personas que sobreviven a un ictus desarrollan discapacidad grave por el daño resultante.

Otras causas de daño cerebral adquirido son:

- traumatismos craneoencefálicos (TCE) producido por accidentes de tráfico, laborales, deportivos, caídas etc.
- anoxias cerebrales por infarto de miocardio por ejemplo, con interrupción del suministro de oxígeno al cerebro.
- los tumores cerebrales o las infecciones.

## **ALGUNAS CIFRAS**

- En España viven unas 440.000 personas con DCA.
- El 84% de los casos tuvieron su origen en un ictus y el 16% restante en traumatismos craneoencefálicos y otras causas.
- El 65 % de las personas con DCA son mayores de 65 años.
- Hasta el 89% de todos los pacientes quedará con alguna discapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

## **¿CUÁLES PUEDEN SER LAS CONSECUENCIAS DE UN DAÑO CEREBRAL?**

La consecuencia aguda más grave puede ser la muerte.

El ictus es la segunda causa de mortalidad en la mujer y la tercera en el hombre en nuestro país. Actualmente, en España, cada año, mueren unas 25.000 personas a causa del ictus.

Además, pueden existir otra serie de consecuencias a medio largo plazo, dado que no todos los

pacientes llegan a recuperar su nivel de funcionamiento inicial.

Algunas personas tienen graves secuelas durante toda la vida que les afecta a todas las áreas de funcionamiento mientras que otras personas tienen una recuperación casi total de algunas funciones y sin embargo otras funciones quedarán dañadas para siempre. Y otras personas van a tener una recuperación global casi completa.

Las secuelas se agrupan en cuatro dimensiones que pueden solaparse o no en una misma persona:

## **I. DÉFICITS FÍSICOS-MOTORES**

El déficit más visible es la **pérdida de fuerza**, que puede ser en todo el cuerpo (tetraparesia), en la mitad del cuerpo (hemiparesia) o en una extremidad (monoparesia).

Pueden producirse alteraciones del **equilibrio**, incapacidad para la **bipedestación** (mantenerse de pie), incapacidad para la **marcha**, limitaciones en el movimiento de una o varias extremidades, o incluso el control del tronco y cabeza en situación de reposo.

Otras alteraciones que pueden surgir son:

- **Temblores.**

- **Falta de sensibilidad** y movilidad fina en miembros del cuerpo (hormigueo o falta de tacto en el lado del cuerpo afectado)
  - **Pérdida** parcial o total **de alguno de los sentidos** como la vista (pérdida de visión de la mitad del campo visual (hemianopsia) de la que el paciente no suele ser consciente.
- Dificultad para tragar (**disfagia**)
- **Incontinencia urinaria** (que suele ser transitoria)
- **Espasticidad** (contracción permanente de algunos músculos, que puede causar dolor, rigidez, contracturas y dificultad para los movimientos)
- **Dolores articulares**, muy frecuente el dolor en el hombro paralizado (suele deberse a contracturas musculares locales).

## **II. ALTERACIONES COGNITIVAS**

### **1. A nivel cognitivo** pueden existir alteraciones de:

- **Orientación:** Conocimiento que la persona tiene del entorno temporal y espacial en el que se encuentra y el conocimiento de sí mismo.
- **Atención:** capacidad de mantener un objeto en el foco de la conciencia, distinguiéndose con precisión del resto.

- **Memoria:** capacidad de incorporar, almacenar y evocar información de forma clara y efectiva.
- **Aprendizaje.**
- **Lenguaje.**
- **Funciones ejecutivas:** son los procesos mentales mediante los cuales resolvemos nuestros problemas. Abarcan las capacidades cognitivas esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente, mediante la regulación cognitiva, conductual y emocional. Engloba entre otros los siguientes procesos: poner en estado de alerta al sistema de atención específico, activar mecanismos de memoria, planificar ideas, evaluar resultados, razonamiento abstracto, comportamiento social, resolución de problemas...

En definitiva, puede verse afectada la capacidad de pensamiento, toma de decisiones y control consciente de nuestra conducta.

### **III. ALTERACIONES CONDUCTUALES Y/O EMOCIONALES**

A la par que las alteraciones cognitivas aparecen otras de tipo conductuales y/o emocionales asociadas con cambios de carácter o personalidad. El origen de las alteraciones conductuales se podría considerar de dos formas:

► **Falta de inhibición**, lo que causa que la persona pueda mostrarse agresivo física o verbalmente.

► **Exceso de inhibición** o pobre iniciativa conductual. La persona con daño cerebral adquirido muestra apatía no iniciando actividades si no se le pide explícitamente, no disfruta tanto de las cosas que antes le gustaban, tiene sensación de agotamiento y letargo, y a nivel afectivo apenas expresa las emociones.

A nivel emocional, es posible que la persona se encuentre más irritable, impaciente, con explosiones súbitas de ira, síntomas de depresión, desánimo o labilidad emocional.

Finalmente, una característica frecuente en las personas con daño cerebral adquirido es su falta de conciencia de los déficits derivados de la lesión cerebral (anosognosia), especialmente cuando se trata de alteraciones cognitivas y emocionales. Si aparece este síntoma, es frecuente que la persona rechace la ayuda o dirección de quien le supervisa, dificultando su cuidado y rehabilitación.

Esta diversidad en las secuelas tras el daño cerebral hace imprescindible una evaluación individualizada previa al inicio de la rehabilitación. Cada paciente debe ser considerado como un caso único.

## IV. ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN

Estas secuelas se producen como consecuencia de la alteración de habilidades físicas y cognitivas o la combinación de estas.

Cuando se trata de alteraciones físicas, se ve afectada la **expresión oral** (debido a la pérdida de control de los músculos fonoarticulatorios), **escrita** (pérdida de control de los miembros superiores) o de la **comprensión** (pérdida de la capacidad de audición o interpretación de sonidos).

También existen alteraciones del lenguaje que producen la incapacidad para la expresión o comprensión oral, a pesar de que el sistema físico-motor permanezca intacto (por ejemplo, alguien que podría hablar, pero no encuentra las palabras). En este caso, se trata de una alteración de los procesos del lenguaje (comprensión, expresión) denominada **afasia**.

La **disartria** se define como un trastorno orgánico del lenguaje con un control insuficiente de los órganos articulatorios, que produce alteraciones en la articulación del habla, ausencia de coordinación entre movimientos musculares individuales en laringe, boca y aparato respiratorio, acompañado de incapacidad de predecir la intensidad del sonido o su duración.

El **mutismo** se define como incapacidad de emitir ninguna palabra.

## **¿QUÉ SECUELAS DE LA LESIÓN CEREBRAL TENDRÁ EL PACIENTE A MEDIO PLAZO?**

Es difícil determinar el nivel de recuperación que pueden alcanzar las personas con daño cerebral adquirido porque hay muchos factores que influyen en este proceso: el nivel de salud previo a la lesión, la gravedad de la lesión, la edad, los hábitos de vida...

Como regla general cuanto más grave sea la lesión peor será el pronóstico. Sin embargo, el cerebro nos puede sorprender y personas con lesiones severas pueden llegar a funcionar mejor que personas con lesiones más leves.

Con frecuencia las personas con daño cerebral adquirido que participan en un tratamiento de rehabilitación multidisciplinar consiguen avances más rápidos en las fases iniciales. Posteriormente, en el caso de haber mejoras, éstas suelen ser más discretas.

Finalmente se llega a una fase de estabilización en la que los objetivos de la intervención son potenciar las capacidades residuales de la persona con daño

cerebral adquirido y conseguir mejoras más concretas en su día a día. Una vez conseguido esto, el propósito de la rehabilitación será mantener ese nivel de funcionamiento y adaptarse a las circunstancias vitales propias.

Es muy probable que el daño cerebral haya cambiado significativamente a la persona afectada, a nivel cognitivo, emocional y conductual. La fase de recuperación es larga y lenta.

## **PAUTAS GENERALES DURANTE EL INGRESO EN EL HOSPITAL**

En esta fase el paciente necesita todo nuestro apoyo y cariño y estar preparado puede ser el mejor método para evitar conflictos y preocupaciones innecesarias y centrarnos en aportar nuestro grano de arena a su recuperación y bienestar.

El fin último del tratamiento es reincorporarlo lo mejor y más rápido posible a su vida habitual.

El retorno a su domicilio debe realizarse lo antes posible una vez estabilizada su situación clínica. Si el paciente cree que va a tener problemas con la adaptación en ese sentido, debería consultar lo antes posible.

Hay que animar al paciente para hacer actividades

tanto físicas como mentales que estimulen la recuperación de las facultades perdidas. La actividad del cerebro mejora su circulación y facilita nuevas conexiones entre neuronas.

## **1. DESCANSO Y SUEÑO**

Tras el daño cerebral, el paciente puede sufrir insomnio o hipersomnia (que se caracteriza por somnolencia diurna excesiva y fatiga).

Para ambos procesos, se aconsejan medidas generales como puede ser:

- ✓ Evitar el ruido y la luz por las noches para incentivar la conciliación del sueño.
- ✓ Crear un ambiente tranquilo para dormir.
- ✓ Acostarse a la misma hora todas las noches.
- ✓ Limitar el uso del teléfono/tecnología una hora antes de acostarse.
- ✓ Utilizar ejercicios de respiración o técnicas de relajación antes de acostarse.

Además, se debe mantener estimulado al paciente durante el día, puesto que la inactividad propia de esta enfermedad conduce al aburrimiento y a que la persona dormite durante gran parte del tiempo, con lo que se dificulta el sueño durante la noche y de ese modo, al estar alerta durante el día podrá colaborar de forma activa en su rehabilitación.

## **2. CUIDADOS POSTURALES Y SEDESTACIÓN**

Después de un daño cerebral, muchos pacientes quedan con diversos grados de discapacidad física que puede reducir su capacidad para cambiar de posición y postura. Una inmovilización prolongada asociada a una postura incorrecta puede provocar diversas complicaciones como pueden ser:

- Un aumento de la espasticidad.
- Aparición de deformidades, retracciones que disminuyen el movimiento de las articulaciones, pudiendo generar, además, dolor (particularmente hombro doloroso, aunque puede existir dolor cualquier articulación).
- Incrementa el riesgo de úlceras por presión.
- Problemas cardiocirculatorios: trombosis.
- Complicaciones respiratorias, etc.

El posicionamiento terapéutico, ya sea en cama, silla o silla de ruedas, tiene como objetivo reducir las complicaciones además asegura una nutrición e hidratación adecuadas.

Es aconsejable cambiar la posición del paciente en cama cada 2 ó 3 horas durante el día. Este período de tiempo aumentará conforme el paciente vaya mejorando y sea capaz de cambiar de posición por

sí mismo.

## 2.1. Colocación en decúbito supino (boca arriba)

1. La cabeza queda bien apoyada sobre la almohada.
2. El lado afecto (en la imagen en negro) estará estirado.
3. El brazo afecto se coloca estirado a lo largo del cuerpo sobre un almohadón más alto que el cuerpo. De este modo queda el codo en extensión, la muñeca en flexión dorsal y los dedos extendidos.



4. Opcionalmente se puede colocar una almohada debajo de la cadera y/o rodilla afectada asegurándose de que los pies estén en posición neutra (con los dedos mirando hacia arriba).

## 2.2. Colocación tumbado sobre lado afecto



Esta es una de las posiciones más importantes, porque el peso del cuerpo descansa sobre el lado afecto y esto ayudará al paciente a tomar conciencia de él.

1. La cabeza se encuentra un poco hacia delante con el tronco bien alineado.

2. Colocaremos una almohada en la espalda, encajada entre la cama y

el paciente para evitar que éste gire.

3. El brazo hemipléjico está semi-extendido, con la palma hacia arriba formando un ángulo no superior a  $90^\circ$  con el cuerpo. Es muy importante la colocación del hombro afecto, para posicionarlo correctamente se debe sacar el hombro afectado ligeramente hacia delante para que no recaiga el peso del cuerpo sobre él. (No tire del brazo o mano afectados. Asegúrese de que la muñeca y los dedos afectados estén extendidos).

4. La pierna inferior está extendida a nivel de la cadera y ligeramente flexionada en la rodilla.

5. La pierna superior está adelantada sobre una almohada, con flexión de cadera y rodilla.

### 2.3. Colocación tumbado sobre el lado sano



1. La cabeza descansa ligeramente hacia delante sobre la almohada.

2. El tronco se encuentra bien alineado, formando un ángulo recto sobre la superficie de la cama.

3. El hombro afecto debe estar extendido, con el brazo hacia delante sobre una almohada. Tanto el codo como los dedos están igualmente

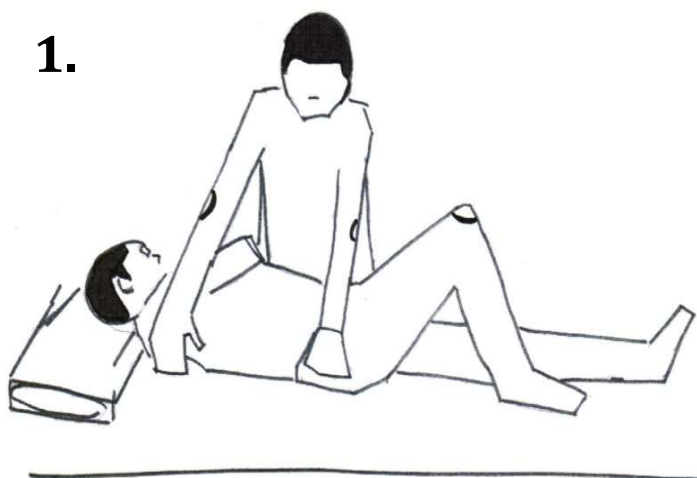
extendidos.

4. La pierna superior está apoyada sobre una almohada. El pie debe estar completamente apoyado sobre ella y no colgar.

5. El brazo sano descansa donde resulte más cómodo, con la cadera un poco extendida y ligera flexión de rodilla.

## 2.4. Forma correcta de levantar al enfermo de la cama (TRASFERENCIAS desde supino a sedestación):

En general, siempre que tengamos que hacer algún tipo de movilización o nos tengamos que dirigir a una persona que ha sufrido un daño cerebral, conviene hacerlo por el lado paralizado o más débil (pléjico), con la finalidad de estimular al máximo las aferencias (estímulos que le llegan al paciente). Si le hemos de ayudar a levantarse, hacer una transferencia, caminar... conviene hacerlo por el lado afectado pero sin tirar del brazo.

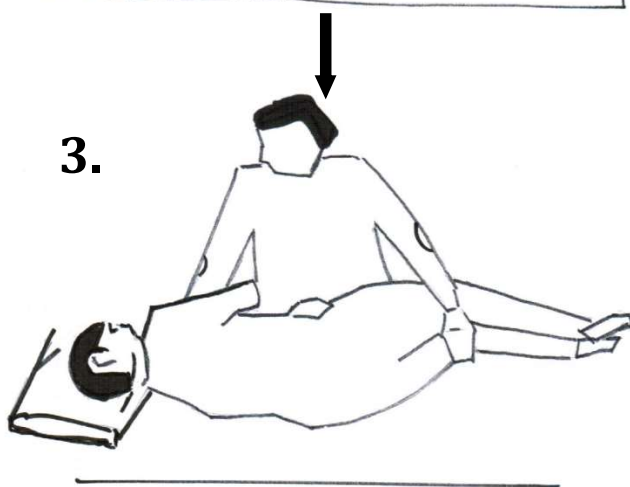


1. Se parte de la posición en decúbito supino (boca arriba), el brazo más alejado al cuidador, que es el brazo paralizado, sobre

el abdomen del paciente el cuidador se coloca al lado de la cama frente al paciente, sitúa sus manos en la cadera y hombro afecto para trasladar al paciente.

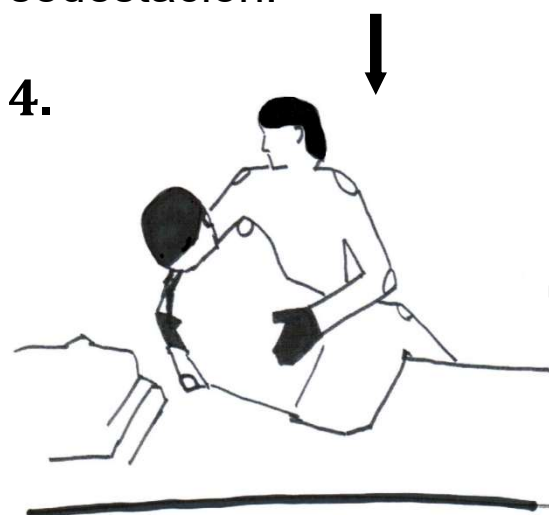


2. Posicionado en decúbito lateral (de medio lado) mirando al cuidador con el lado afecto quedando hacia arriba.

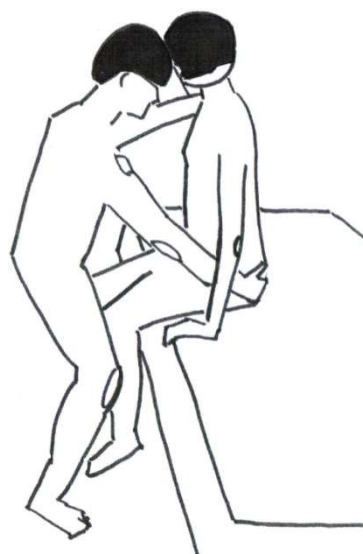


3. Una vez en esta posición, el cuidador coloca unos de sus brazos bajo la espalda del paciente a la altura de las escápulas y otro debajo de las rodillas

(4-5) para colocar al paciente en posición de sedestación.



5.



2.5. Forma correcta de poner al enfermo de pie

## desde posición sentada (TRASFERENCIA desde sedestación a bipedestación)

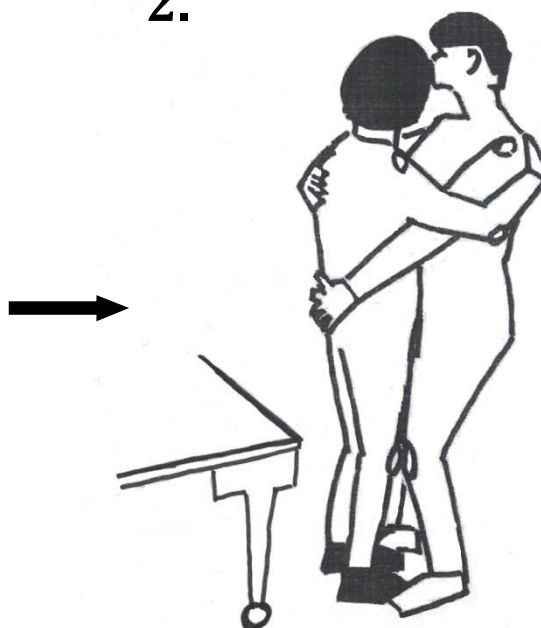
1. Para realizar el paso a bipedestación, el paciente se encuentra sentado y el cuidador se sitúa frente al paciente con las rodillas semiflexionadas, pies separados, espalda recta y con sus brazos rodeando el tronco del paciente por debajo de los brazos a la altura de las escapulas. El paciente puede abrazar al cuidador para sentirse más cómodo.

2. Desde esta posición el cuidador inicia la transferencia. En primer lugar, flexiona el tronco del paciente y traslada el peso de su cuerpo hacia atrás para despegar las nalgas del paciente de la cama y conseguir colocarlo en bipedestación.

1.

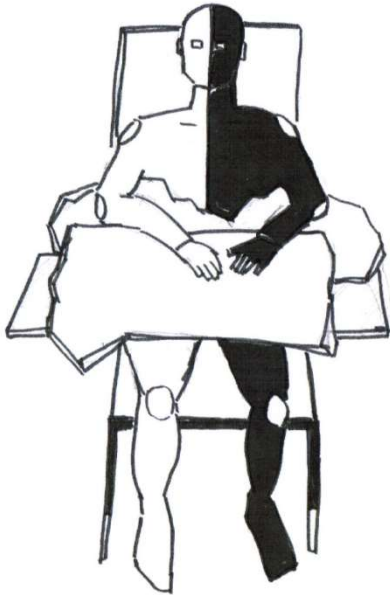


2.



**2.6. Forma correcta de mantener**

## sedestación



Los brazos deben descansar en mesa o similar próxima al tronco para evitar que este se deslice.

Las caderas deben estar lo más alineadas posibles con el respaldo y asiento, flexionadas 90°.

Las rodillas formando un ángulo recto con las caderas

Los pies deben estar

apoyados en el suelo

Además, se debe vigilar que la cabeza y el tronco estén alineados y su peso corporal distribuido equitativamente sobre sus nalgas

## 3.PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

### 3.1. ÚLCERAS POR PRESIÓN

La parálisis y la inmovilidad hacen que ciertas zonas del cuerpo estén expuestas a apoyos prolongados y sufran alteraciones que conducen a la formación de escaras y úlceras en la piel. Los lugares más predispuestos a que se formen éstas son: zona

sacra y espalda, tobillos, caderas y rodillas. Debe realizar cambios posturales cada 3 ó 4 horas y asegurar una correcta hidratación y nutrición del paciente.

Ha de mantenerse en todo momento la piel del paciente limpia y seca y se utilizarán jabones o sustancias limpiadoras que no agredan la piel, evitando la fricción cuando se realice su secado.

No es aconsejable usar sobre la piel alcoholes, como el de romero, ya que su utilización no sólo no beneficia el estado de la piel, sino que incluso la perjudica y en lugar de mantenerla en condiciones adecuadas de hidratación, produce el efecto contrario, es decir, la reseca y, por tanto, ayuda a la aparición de la lesión.

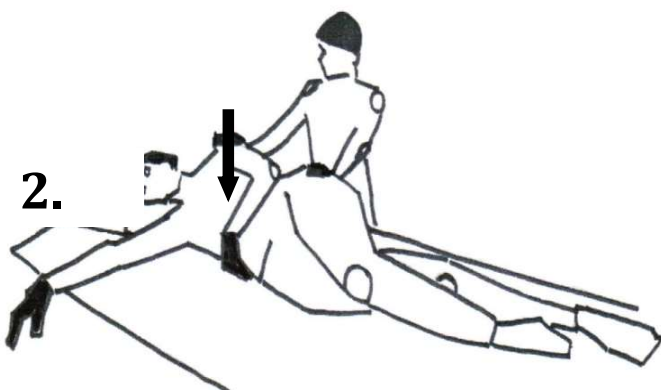
### **Ejemplo de cambio postural (ilustración):**

1.



1. Paciente boca arriba, el brazo afecto sobre el abdomen del paciente y la pierna del mismo lado se cruza por encima de la otra. Las manos del cuidador se colocan en cadera y hombro del lado afecto.

2.



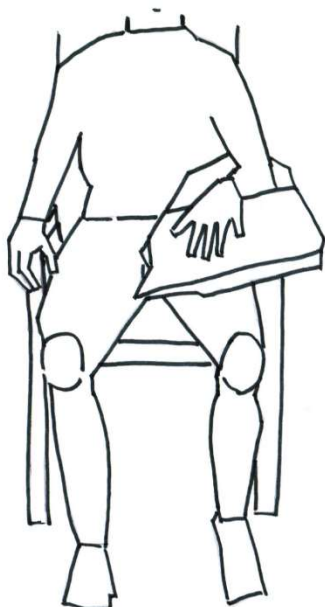
2. El cuidador debe mantener espalda recta y piernas semiflexionadas al realizar el medio giro del cuerpo del paciente.

Si el giro se hiciera hacia el lado afecto, se seguirán mismas pautas, teniendo especial cuidado en la posición del hombro, trayéndolo hacia delante, sin realizar gestos o tirones bruscos.

### 3.2. RETRACCIONES

La retracción de los músculos, en los pacientes con daño cerebral, se ve favorecida por la inmovilidad, la espasticidad y el mal posicionamiento del mismo, por todo ello, es MUY importante que el paciente mantenga desde el primer momento una postura adecuada en brazos y piernas con ayuda de cojines para evitar que se produzcan deformidades y posiciones viciosas que van a dificultar el tratamiento rehabilitador y, en definitiva, su correcta recuperación funcional.

Para evitar las retracciones debemos colocar los miembros superiores e inferiores del paciente en las siguientes posturas como se muestra en las fotos:



#### **- Miembro superior:**

Hombro en discreta separación, codo en semiextensión, muñeca y mano abiertas con separación de los dedos e intentando evitar que el primer dedo quede incluido.

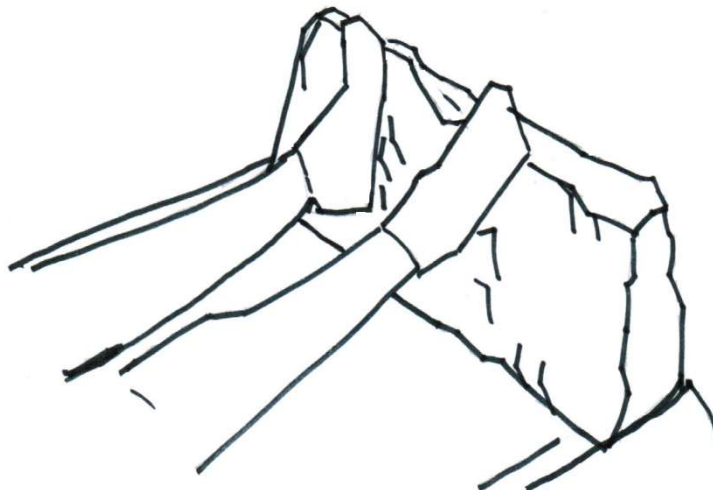


-

### Miembro inferior:

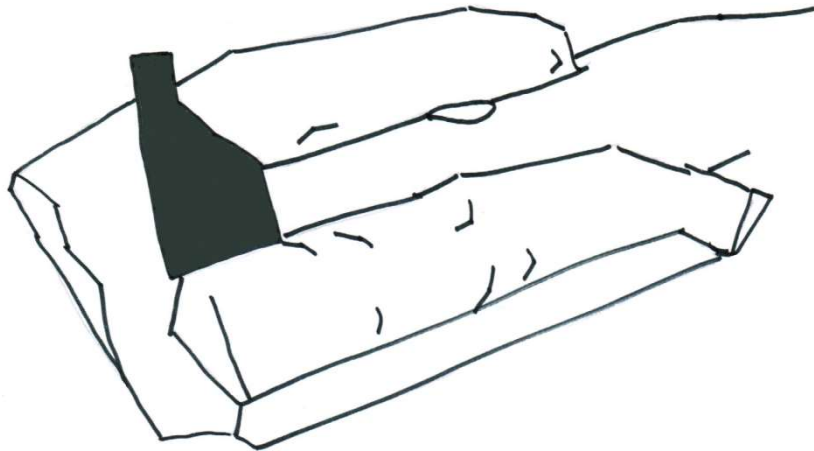
1. Tobillo y pie a 90° para evitar que aparezca deformidad en equino.

1.



2. Cadera y rodilla en separación y extensión colocar un cojín entre las piernas y otro bajo la pierna paralizada.

2.



### 3.3. DOLOR

Los supervivientes de un daño cerebral a menudo experimentan dolor. Esto abarca un espectro que va desde dolores articulares, hasta dolor global en los miembros con o sin limitación de movilidad. Cualquiera que sea el nivel de dolor, compromete la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

La inmovilidad y la debilidad muscular pueden causar dolor. Como resultado de la disminución de la actividad, los músculos y las articulaciones se vuelven rígidos, lo que restringe el movimiento del paciente, ya sea para caminar o para realizar actividades de la vida diaria (AVD).

**El dolor de hombro paralizado** es uno de los problemas de dolor más comunes después de un ictus y existen dos tipos:

- Con movilidad limitada que puede causar un "hombro congelado", que en realidad es tejido cicatricial que se forma en la articulación.
- Subluxación: esto básicamente significa que el brazo se sale de su cavidad porque los músculos del hombro no están lo suficientemente fuertes para sostenerlo.

La mejor manera de tratar el dolor de hombro es prevenirlo. Posicionarlo correctamente tanto en la cama como cuando está sentado y evitar “tirones” del mismo.

Una vez instaurado el dolor de hombro, el tratamiento específico se llevará a cabo mediante ejercicios de movilidad articular en los que el terapeuta mantenga la posición anatómica correcta de la articulación del hombro tanto como sea posible. Dichos ejercicios deben ser realizados de manera suave y prestando atención para evitar mayores lesiones.

Además de los ejercicios de movilidad se pueden emplear otros tratamientos, desde analgésicos habituales, antiinflamatorios o medicamentos que modulan el dolor de origen central, pasando por bloqueos musculares (infiltraciones) con toxina en caso de aumento de tono muscular.

El dolor, por supuesto, limita todos los aspectos de

la vida. Cuanto más intenso es, mayor es el impacto en la participación en la terapia, en el sueño y la sensación general de bienestar.

El dolor posterior a un daño cerebral suele ser una fuente de depresión en los supervivientes. Las personas que experimentan dolor durante períodos prolongados deben ser vigiladas de cerca para detectar signos de depresión y ansiedad.

Si se experimenta dolor, del tipo que sea, debe notificarse tanto a los terapeutas como al médico al cargo, para poder realizar una valoración completa y ofrecer el mejor tratamiento en cada caso.

### 3.4 NUTRICIÓN Y PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN (DISFAGIA)

La nutrición y la hidratación son muy importantes para mantener una buena calidad de vida y evitar recaídas.

La nutrición tiene que ser equilibrada, con aporte calórico y proteico suficiente. A nivel nutricional, es necesaria una alimentación saludable y es un factor clave para la recuperación después de un daño cerebral. Al comer los alimentos adecuados, se pueden controlar los principales factores de riesgo de accidente cerebrovascular particularmente: obesidad, tensión arterial alta, diabetes, etc...

La **disfagia** es un término que significa dificultad para masticar y tragar alimentos. Puede ocurrir después de cualquier daño cerebral y puede hacer que comer y beber sea difícil y peligroso.

❖ **Los signos y síntomas generales de la disfagia son:**

- ❖ Alimentos o líquidos que se derraman de la boca.
- ❖ Alimentos que quedan en la boca después de tragar.
- ❖ Esfuerzo adicional o aumento del tiempo necesario para masticar o tragar.
- ❖ Sensación de que la comida o el líquido “va por el sitio equivocado”.
- ❖ Tos, carraspeo, voz húmeda o gorgoteante durante y/o después de comer o beber.
- ❖ Pérdida de peso o deshidratación.

En caso de aparecer cualquiera de estos síntomas, el equipo multidisciplinar del hospital puede ayudar con estos problemas, realizando primero una valoración exhaustiva y posteriormente enseñando estrategias para mejorar la calidad de la masticación y la deglución para prevenir la aspiración (es decir, que el alimento o el líquido entre en las vías respiratorias/pulmones).

También se pueden realizar cambios en la consistencia de los alimentos (por ejemplo, purés, sólidos blandos, alimentos triturados) y líquidos (por

ejemplo, líquidos espesos como la miel o el néctar) para garantizar una deglución segura y minimizar el riesgo de aspiración.

Si existe dificultad para comer y beber, el logopeda (terapeuta del habla, el lenguaje y la deglución) trabajará para mejorar su capacidad de comer y tragar alimentos y bebidas de forma segura.

Aquí hay algunas pautas a seguir para garantizar una deglución segura:

- Sentarse erguido en la silla o cama.
- Comer sólo cuando se esté despierto y alerta.
- Tomar pequeños bocados y sorbos.
- Comer/beber a un ritmo lento.
- Revisar la boca en busca de restos de comida que pueda estar retenida en sus mejillas o en la lengua.
- Alternar un poco de comida y luego bebida durante la comida.

Sin embargo, es necesario advertir que pueden presentarse dificultades al tragar o masticar a pesar de todo, e incluso puede ser necesaria la prescripción de una sonda nasogástrica (una sonda que se introduce por la nariz y alcanza el estómago) como alternativa a la alimentación cuando el paciente es incapaz de tragar o se atraganta fácilmente con los líquidos.

La colocación de una sonda nasogástrica es

recomendable cuando el problema es temporal y si debe permanecer un período de tiempo no superior a dos meses. Esta sonda no es cómoda para el paciente, dificulta la rehabilitación e inhibe los reflejos. La permanencia prolongada de ésta puede provocar lesiones en la nariz, irritación laríngea y esofágica.

En el momento que se conoce que el paciente requiere un período largo de alimentación enteral se indica la gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

### **3.5 PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y NEUMONIA**

La inmovilización y la dificultad para respirar y los problemas para tragar, también predisponen a la aparición de neumonía por retención de secreciones. Los cambios posturales y fisioterapia respiratoria pueden ayudar a prevenirla.

### **3.6. PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE**

Son trastornos que afectan a la relación del paciente con su entorno. Su participación en la vida diaria se ve comprometida por las dificultades que tienen para comunicarse.

Se producen por alteraciones físicas, cognitivas, lingüísticas o la combinación de éstas.

Los tipos de trastornos de la comunicación más frecuentes tras un daño cerebral son:

- Afasia: afecta a los procesos del lenguaje pudiendo ocasionar dificultades en la expresión oral y escrita y en la comprensión del lenguaje oral y escrito. Por ejemplo, cuando una persona quiere hablar y no encuentra las palabras, o cuando al hablar con ella, ésta no entiende lo que le estamos contando.
- Disartria: afecta a la expresión oral. Se produce por dificultades en la programación o ejecución motora del habla. Esto provoca que el habla de estas personas sea poco inteligible.
- Apraxia verbal: afecta a la expresión oral y a la planificación y coordinación motora del habla. Por ejemplo, cuando una persona en el intento de decir la palabra que quiere, realiza un gran esfuerzo para su correcta emisión ya que tiene dificultades en la selección de los fonemas.

*Otros: dificultades en escritura por pérdida de control de los miembros superiores y dificultades de lectura por alteraciones visuales.*

## **❖ CONSEJOS PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LA PERSONA QUE PRESENTA DIFICULTADES EN EL LENGUAJE Y HABLA:**

El paciente posiblemente pueda comunicarse a pesar de las dificultades en el lenguaje y habla. Por ello, fomentaremos la comunicación tanto verbal como gestual:

- Establecer contacto ocular durante la comunicación con el paciente. Nos colocaremos enfrente de la persona y a su misma altura.
- Evitar ambientes ruidosos y distracciones.
- Hablar despacio, vocalizando con claridad y con adecuada entonación. No usar tono infantil.
- Emplear frases sencillas, cortas y bien estructuradas.
- Si le pedimos que haga algo, le daremos las órdenes de una en una.
- Formularemos preguntas cerradas de respuesta corta o de respuesta SI/NO oral o gestual en función de sus capacidades.
- No terminaremos las palabras o frases del paciente ni hablaremos por él. Es necesario darles su tiempo para responder y que así pueda participar en la comunicación y en su entorno.
- Si no entiende algo, le diremos el mensaje de otra manera y nos aseguraremos que lo ha entendido.
- Los apoyos visuales, el uso de gestos faciales y señalar en la conversación ayudan al paciente a comprender mejor lo que se le está contando.

- Evitar conversaciones cruzadas entre varias personas y tratar de no saltar de un tema a otro en la conversación
- Evitar los momentos en que la persona esté más cansada o más somnolienta.
- Reforzar positivamente cada logro en la comunicación para motivarle a que siga comunicándose.

### 3.7. CAIDAS

El paciente que ha sufrido un daño cerebral, es más propenso a sufrir caídas, por múltiples factores, entre ellos: la debilidad muscular, la alteración sensitiva, los déficits visuales o déficits de equilibrio, etc...

#### **❖ CONSEJOS GENERALES PARA PREVENIR CAIDAS:**

- Es importante que realice ejercicios para fortalecer la musculatura y entrenar en casa el equilibrio.
- Hay que tener en cuenta y vigilar los problemas de visión y aquellos fármacos que pueden producir somnolencia.
- Hay que identificar aquellos aspectos del hogar que puedan suponer un mayor riesgo de caídas y realizar pequeños cambios en el mismo como retirar alfombras, poner sillas de plástico en la

bañera o ducha, además de asideros, utilizar zapatos con suela antideslizante, sillas que no se muevan y tengan apoyabrazos para ayudarle cuando se sienta y se levanta, mantener los objetos de uso cotidiano en zonas accesibles y a una altura cómoda para la persona que los va a usar, y así evitar la necesidad de hacer equilibrios o subirse a escaleras, taburetes o sillas.

- También es importante iluminar bien los ambientes, incluidos pasillos y baño, sobre todo por la noche.

### 3.8. FATIGA

La fatiga tras el daño cerebral se caracteriza por una sensación desproporcionada de cansancio, falta de energía y una necesidad de descanso mayor de lo habitual, aunque el descanso puede no ser eficaz para aliviarla. No existe consenso a la hora de definirla.

Es uno de los síntomas más comunes tras la lesión del cerebro y se acepta que afecta aproximadamente al 50% de las personas después de la misma. Puede presentarse en cualquier momento evolutivo.

Hay que tenerla en cuenta y, de aparecer, tomar las medidas pertinentes, tanto el paciente como los profesionales al cargo.

## ❖ **CONSEJOS GENERALES PARA AYUDAR A SOBRELLEVAR LA FATIGA:**

- Buscar ayuda. La fatiga puede acompañarnos durante el proceso de rehabilitación. Pero si existe fatiga al finalizar de las terapias o tras el alta médica, es importante buscar ayuda profesional, consultado con su médico. Pueden valorar su condición y sugerir métodos de tratamiento.
- Revisar la medicación que toma, para detectar efectos secundarios. A veces, la fatiga es un efecto secundario de ciertos medicamentos.
- Predecir situaciones que puedan precipitar o exacerbar la fatiga.
- Realizar pausas o descansos a lo largo del día.
- Tratar de no hacer demasiadas cosas a la vez.
- Realizar un diario de la energía: niveles de actividad y niveles de energía.
- Intentar realizar ejercicio físico. El ejercicio es una solución sorprendente para la fatiga tras el daño cerebral. Aunque el ejercicio requiere energía, podría ayudar a aumentar la resistencia y reducir la fatiga a largo plazo.
- Tener una alimentación adecuada.

- Dormir adecuadamente.
- Centrarse en una tarea cada vez. Las tareas múltiples quitan energía. Es mejor hacer las cosas con calma y de una en una.
- Manejar los cambios emocionales. La depresión y la ansiedad son comunes tras el ictus cuando existe fatiga. Buscar tratamiento para trastornos del estado de ánimo como la depresión puede ayudar a aliviar la fatiga.

## **3.9. INCONTINENCIA Y ESTREÑIMIENTO**

### **3.9.1. INCONTINENCIA**

La incontinencia sucede cuando se debilitan los músculos que controlan la orina y las heces. La fuga inconsciente es el síntoma más común, pero es posible que tenga otros tipos de problemas de control de la vejiga y los intestinos.

Las causas pueden ser variadas, por lo que la actuación terapéutica en cada caso será específica e individualizada.

Los problemas de incontinencia tanto urinaria como fecal tras el daño cerebral pueden ser bastante frecuentes sobre todo en un primer momento.

## ❖ TRATAMIENTO GENERAL

En muchos casos, la incontinencia se puede mejorar rápidamente como parte del proceso de recuperación o como resultado de un tratamiento o terapia. Los tratamientos incluyen:

- Fármacos
- Entrenamiento de vejiga e intestino
- Cirugía
- Uso de sondas

## ❖ TRATAMIENTOS CONDUCTUALES Y TERAPIAS FÍSICAS

El **diagnóstico y tratamiento** tempranos son importantes para prevenir posibles complicaciones como infecciones del tracto urinario o lesiones de la piel. Para ello un profesional de la salud puede determinar una estrategia para superar la incontinencia.

El entrenamiento de la vejiga y los intestinos se puede personalizar para mejorar la incontinencia y ayudar a controlar los síntomas crónicos.

## ❖ CONSEJOS GENERALES

Estos consejos pueden ayudarle a controlar mejor la incontinencia:

- Realizar modificaciones en la dieta. Algunos alimentos y líquidos pueden afectar a la

continencia vesical e intestinal. Por ejemplo, muchas personas tienen una mayor necesidad de orinar después de beber café o alcohol. Los alimentos picantes también pueden afectar su vejiga.

- Controlar la ingesta. Cambiar el horario, las cantidades y los tipos de líquidos puede ayudar a controlar la incontinencia urinaria. Por ejemplo, puede resultar útil limitar la cantidad de líquido que bebe antes de acostarse.
- Seleccionar la ropa adecuada. Use ropa que sea fácil de poner y quitar.
- Modificar la accesibilidad en el hogar, asegurándose el fácil acceso al baño.
- Comunicar los problemas de incontinencia a los profesionales sanitarios al cargo para que estos puedan guiar y aconsejar sobre cuál es el mejor tratamiento a seguir.

### **3.9.2. ESTREÑIMIENTO**

El estreñimiento es común después de un daño cerebral y generalmente no tiene una única causa. Pueden coexistir múltiples factores, tales como los cambios en el estilo de vida y los nuevos medicamentos después de la lesión (que pueden provocar estreñimiento, malestar e hinchazón).

## ❖ RECOMENDACIONES GENERALES Y CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA:

- Realizar ejercicio físico en la medida de las posibilidades.
- Modificar o ajustar la dieta a la nueva situación. Es esencial una dieta rica en fibra y una abundante ingesta de líquidos (agua) para promover la regularidad intestinal (siempre bajo supervisión médica, dado que existen patologías concomitantes en las que hay que vigilar el exceso de líquidos, y éste puede ser nocivo).
- Los individuos con dificultad para deglutir tienden a disminuir su consumo de líquidos y fibra, lo que también puede afectar negativamente al movimiento intestinal.
- Vigilar otros factores pueden causar estreñimiento durante el proceso de recuperación. Por ejemplo, después de sufrir una lesión de este tipo, es posible que comience a tomar fármacos que afectan el intestino y causan estreñimiento.
- Se debe comunicar los problemas de estreñimiento a los profesionales sanitarios al cargo y si las modificaciones del estilo de vida no son suficientes, dichos profesionales deben guiar y aconsejar sobre cuál es el mejor tratamiento a seguir.

### 3.10. ALTERACIONES COGNITIVAS, CONDUCTUALES Y/O EMOCIONALES

Las alteraciones cognitivas tras un daño cerebral son muy habituales, y según el tipo, delimitación y otros factores, están asociadas a discapacidad y dependencia, lo que representa una carga importante para los pacientes y para los familiares y cuidadores.

Entre los déficits cognitivos se incluyen problemas de memoria, atención, lenguaje y percepción, así como alteraciones ejecutivas del pensamiento. Además, los trastornos del estado de ánimo son comunes y pueden presentarse como depresión o ansiedad.

Tras un proceso como es el daño cerebral sobrevenido, es importante evaluar las dificultades o déficits del paciente desde un primer momento, y según los resultados de esa valoración adecuar el tratamiento.

Además, en caso de confirmarse las sospechas clínicas, tanto el paciente como los familiares/cuidadores deben ser informados adecuadamente de las dificultades y del tratamiento propuesto.

### **3.10.1. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LAS ALTERACIONES COGNITIVAS.**

- Asegurarse de que el paciente entiende (preguntando y observando). Dar información sencilla.
- Si no entendiera, se pueden utilizar gestos o señales para acompañar las palabras.
- Mantener un entorno tranquilo, hablar despacio y sólo una persona cada vez, utilizando frases cortas y claras. Llamar la atención del paciente cuando se dirija a él, y darle tiempo para responder.
- Eliminar distractores (radio, TV, etc.).
- Evitar conversaciones largas. Valorar si aparecen signos de fatiga y dejar que descansa.
- Aprovechar para estimularle cuando está descansado.
- A medida que el paciente vaya preguntando, es bueno darle información sobre sí mismo, sobre lo que le ha sucedido y los tratamientos que está siguiendo.
- Procure que tenga a la vista calendario y reloj.
- Animar a leer y comentar las noticias del día, si el paciente está en condiciones
- No es adecuado preguntar insistentemente al afectado que tiene problemas de memoria. En vez de ello, repítale las cosas importantes siempre que pueda. Puede darle pistas para que recuerde.
- Es bueno saber lo que va a pasar (por ejemplo,

llevar un diario donde pueda consultar sus actividades).

- Es muy importante favorecer las rutinas, puesto que incluso las personas con graves problemas de memoria se benefician de la repetición de las actividades para conseguir aprenderlas.
- Si se muestra dispuesto, anímele a mantenerse activo mentalmente (Ej.: juegos de mesa, pasatiempos...).
- Conviene actividades sencillas de tipo manipulativo (puzzles, encajables, etc.) porque favorecen el mantenimiento de la atención.
- Siempre que sea posible, implíquelo en las decisiones (por ejemplo, qué quiere hacer en un determinado momento).
- Aunque parezca sencillo no lo es: no le pida más de lo que puede dar.

### **3.10.2. RECOMENDACIONES GENERALES PARA ALTERACIONES EMOCIONALES**

- Lo más importante que se puede hacer para apoyar a una persona con ánimo deprimido es ayudar a obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- Animar a que la persona enferma se tome el tratamiento.
- Ofrecer apoyo emocional y evitar abandonar al afectado, tiene más necesidad de comprensión, paciencia, consideración y ánimo.

- Centrar la atención en las cosas positivas que conserva.
- Proponer actividades atractivas, que le gusten y que le resulten fáciles de realizar.
- Pedir que haga solo las cosas que sabemos que puede hacer, evitando las situaciones que puedan suponer un “compromiso” para sus capacidades.

Además, el paciente debe ser consciente de que puede y debe:

- Solicitar ayuda.
- Hablar con alguien.
- Mantenerse informado.
- Mantenerse activo.
- Expresar los sentimientos.
- Comer bien y evitar la cafeína y el alcohol.

## **EL TRATAMIENTO REHABILITADOR**

El tratamiento de rehabilitación consiste en un conjunto de técnicas pensadas para recuperar, en la medida de lo posible, la independencia en la movilidad y en las actividades de la vida cotidiana y lograr la máxima calidad de vida.

❖ De la rehabilitación en el hospital se ocupa un **EQUIPO INTERDISCIPLINARIO** formado, según los casos, por médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas,

neuropsicólogos, trabajadores sociales, y técnicos ortopédicos, cada uno de ellos con funciones específicas dentro del proceso:

- **Médico rehabilitador:** especialidad médica que comprende el diagnóstico, valoración, prevención y tratamiento del paciente con discapacidad dirigido a facilitar, mantener o devolver la máxima capacidad funcional resultante. Realiza una valoración minuciosa de la situación física y funcional del paciente a su llegada. Establece pautas de tratamiento adecuadas y específicas para cada paciente según la patología de base y evolución.

Prevé posibles complicaciones características de la patología que presente el paciente y establece las medidas oportunas.

Su ámbito de actuación implica la asistencia integral de personas con discapacidad o en situaciones residuales deficitarias en los campos del aparato locomotor, sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio y a nivel sensitivo, así como las repercusiones psicológicas y socio-laborales concomitantes.

- **Fisioterapeuta:** profesional sanitario formado en todos los aspectos de la anatomía y fisiología relacionados con el funcionamiento normal del cuerpo, con énfasis en el movimiento. Ayuda a los supervivientes de un daño cerebral a recuperar la fuerza, la coordinación, el equilibrio y el control del

movimiento, incluido caminar, subir escaleras y acostarse y levantarse de la cama.

Tiene como misión, además de la puramente asistencial, la del asesoramiento acerca de las cuestiones de fisioterapia que interesan sobre la recuperación del usuario. Es decir, comunicar, informar y educar sobre el tratamiento de fisioterapia a otros participantes del proceso de rehabilitación (cuidadores, familiares, amigos, entorno social, resto de terapeutas del equipo rehabilitador).

- **Terapeuta ocupacional:** profesional sanitario que se especializa en la atención de personas con Daño Cerebral Adquirido en condiciones que afectan al funcionamiento diario del ser humano. La meta principal del terapeuta ocupacional es ayudar a la persona a alcanzar su máximo nivel de independencia durante las actividades de la vida diaria. Es un experto en el análisis de actividades y la adaptación de estas para lograr la independencia de la persona con daño cerebral.

Readapta al paciente a su nueva situación mediante el aprendizaje de nuevas formas de realizar diferentes tareas (vestirse, asearse, etc.). Acondiciona el entorno técnico y arquitectónico de la persona para una mejor recuperación.

- **Logopeda:** es el profesional responsable de la prevención, asesoramiento, evaluación, tratamiento, manejo y estudio científico de la comunicación

humana y los trastornos asociados (por ejemplo la deglución).

- **Neuropsicólogo:** psicólogo especializado en las relaciones cerebro-conducta. Interviene en las distintas fases del proceso de rehabilitación. En una primera fase, realiza una evaluación de base de las capacidades de la persona. En ella intenta estimar la capacidad de funcionamiento intelectual y cognitivo, así como determinar su nivel de funcionamiento anterior a la lesión cerebral. Esta evaluación sirve de base para documentar la línea base de funcionamiento, planificar la intervención y potenciar la recuperación.

El neuropsicólogo también identifica cambios en la personalidad y el comportamiento emocional de la persona con daño cerebral que puedan estar asociados a los daños en su cerebro como consecuencia del mismo. También suele llevar a cabo la rehabilitación cognitiva en caso de ser necesaria.

- **Trabajador social:** profesional que proporciona atención y escucha a personas y a sus familias durante todo el proceso de atención tras el daño cerebral, además de informar y orientar en todo lo relativo a recursos y prestaciones que les permitan afrontar la discapacidad de la manera más normalizada posible.

- **Técnico ortopédico:** profesional de la salud que se encarga de hacer y ajustar aparatos ortopédicos y férulas (ortesis) para los pacientes que necesitan un sostén adicional para partes del cuerpo debilitadas a causa de una lesión, una enfermedad o trastornos de los nervios, los músculos o los huesos. Suministra además, ayudas técnicas para la movilidad y la adaptación del entorno, como son andadores, muletas, sillas de ruedas, grúas, etc.

### ❖ **OBJETIVOS DE REHABILITACIÓN**

Los objetivos generales en el tratamiento de REHABILITACIÓN son:

1. Prevenir y tratar las posibles complicaciones.
2. Mantener y/o recuperar las funciones orgánicas.
3. Restablecer las capacidades funcionales perdidas.
4. Adaptar las funciones residuales.

El tiempo de rehabilitación que precisará un paciente variará en función de los **objetivos de cada caso**, así, en un paciente de edad avanzada con afectación grave, la rehabilitación se puede centrar en conseguir un traslado de la cama a la silla de ruedas con facilidad; sin embargo en un paciente joven, laboralmente activo, con afectación leve o moderada del habla o de la movilidad, la rehabilitación puede durar hasta 6 meses, o hasta que alcance su mayor capacidad funcional.

Las modalidades de tratamiento que pueden recibir los pacientes incluyen los regímenes de ingreso hospitalario y tratamiento ambulatorio. La elección de una u otra modalidad deberá venir determinada por las necesidades de tratamiento y la gravedad o severidad de los síntomas clínicos del paciente.

- En el **ámbito hospitalario** existe un gran consenso en la literatura revisada al señalar que las unidades de ictus (en caso de un accidente cerebrovascular) con equipos multidisciplinares especializados, son más efectivas que las unidades generales de los hospitales o que residencias u otros servicios sanitarios de tercer nivel.
- El **tratamiento ambulatorio** asegura la continuidad el tratamiento, y por tanto la posibilidad de obtener beneficios adicionales para muchos pacientes que son dados de alta de los hospitales de agudos o para aquellos que, habiéndose beneficiado del tratamiento en centros de neurorrehabilitación específicos, precisan continuar su tratamiento de forma ambulatoria. Este tipo de tratamiento puede ofrecerse bajo múltiples recursos (centros hospitalarios con programas ambulatorios, centros de día, programas en la comunidad, programas a domicilio, etc.).

En cualquier caso, a efectos prácticos lo

recomendado por las guías es continuar el tratamiento de forma ambulatoria en las 24-72 h siguientes al alta hospitalaria en aquellos pacientes que lo precisen y de acuerdo al programa establecido por el equipo terapéutico.

## ❖ ¿Hasta cuándo hay que hacer rehabilitación?

La duración del tratamiento no debe estar sujeta a limitaciones de tiempo, sino que debe basarse en la respuesta al tratamiento y en las posibilidades de mejoría en función del mayor grado de evidencia disponible a juicio del equipo terapéutico.

En general, las lesiones moderadas o graves, la mayor parte de la recuperación se experimenta en los **tres primeros meses**, la recuperación prosigue más lentamente hasta, al menos, los **seis meses** y algunos pacientes continúan recuperándose levemente hasta **el año**. En cualquier momento de la evolución, cuando el **médico rehabilitador establezca que se ha llegado a la máxima recuperación posible**, es decir, que se ha alcanzado una fase de estabilización, se cursará el alta de las terapias.

Tras ello, pueden seguir existiendo pequeños progresos en una menor medida, y aunque no se haga rehabilitación dirigida, se tiene que seguir realizando sistemáticamente y de manera constante

una pauta de ejercicios de mantenimiento además de mantener una ocupación y un ocio adecuados según las posibilidades de cada individuo.

Por tanto, tras el alta de las terapias, deben ofrecerse servicios de promoción de la salud, actividad física, apoyo y seguimiento a largo plazo para garantizar que se mantengan los beneficios alcanzados, detectar posibles complicaciones médicas o valorar posibles cambios en la funcionalidad o grado de dependencia que hagan necesario el acceso a nuevos programas de tratamiento.

## **CONSEJOS SOBRE CUIDADOS DE LA VIDA DIARIA**

Las actividades de la vida diaria incluyen tanto las tareas para un cuidado personal básico (asearse, vestirse, comer, etc.) como las habilidades necesarias para ser independientes en casa y en la comunidad (conducir, cocinar, comprar, etc.).

### **❖ ASEO E HIGIENE PERSONAL**

Es importante cuidar la higiene del paciente para evitar infecciones, con especial atención si existiese incontinencia urinaria o fecal, y para que el enfermo se vea mejor a sí mismo. Si es posible la persona deberá responsabilizarse de su propia higiene.

## **RECOMENDACIONES DE ASEO E HIGIENE**

- Si puede, mejor ducharse en lugar de bañarse. Las duchas son más seguras que las bañeras, hay menos riesgo de caídas.
- Utilizar un banco de baño para facilitar la ducha y el baño.
- Instalar barras de apoyo para facilitar el movimiento y suelos antideslizantes.
- Utilizar alfombras de baño con ventosas para evitar resbalones.
- Es conveniente poner una alarma cerca de la ducha o WC para poder pedir ayuda en caso de caída accidental durante la transferencia.

## **¿CÓMO REALIZAR EL ASEO?**

Lo principal y más importante es que usted participe de forma activa en su aseo. Es necesario que utilice en la medida de lo posible su lado más afectado.

- Es conveniente que se realice esta actividad siempre en el mismo orden.
- En caso de que existan dificultades en la comprensión, atención, memoria, etc, será necesario simplificar los pasos del aseo, utilizando frases cortas y sencillas.
- En caso de existir problemas sensitivos será necesario antes de comenzar a asearse

- comprobar la temperatura del agua con alguna zona del cuerpo donde se conserve la sensibilidad.
- Asegurarse de tener todo lo imprescindible dentro del baño al alcance y de que haya alguien cerca para ayudar en caso de necesidad.
  - Para afeitarse puede utilizar maquinillas eléctricas para evitar cortes o problemas de sensibilidad.
  - Intentar realizar la higiene buco-dental, peinado... de la manera más autónoma posible.
  - Existen una serie de productos de apoyo y adaptaciones como por ejemplo cepillos de mango largo, mangos engrosados, etc, que le pueden facilitar la realización de las tareas.

## ❖ **VESTIDO**

El vestido es una de las actividades que más satisfacción personal supone cuando se lleva a cabo de la forma más independiente posible.

Uno de los objetivos para aumentar la independencia del paciente será ponerse por sí mismo todas las prendas que le sean posibles, reservando la ayuda del cuidador para todo aquello que no pueda realizar.

Después de un daño cerebral, incluso las tareas más simples pueden resultar desalentadoras, especialmente vestirse. No pierda la fe: el objetivo es volver a sus rutinas normales de vestido tan pronto como sea posible.

## CONSEJOS GENERALES:

- Reservar el tiempo adecuado para poder vestirse y desnudarse. No hay que preocuparse si al principio se hace de forma lenta y con cierta dificultad, con la práctica se irá haciendo con mayor rapidez y facilidad.
- La ropa de uso diario debe estar al alcance. Es aconsejable colocar en el armario la ropa de la estación correspondiente, para evitar ponerse ropa que no sea apropiada.
- Elegir ropa holgada. Es más fácil de poner y quitar. Además con cinturas elásticas para mayor comodidad.
- Vestirse sentado.
- Usar zapatos sin cordones, cómodos y mejor con cierres o broches de velcro.
- También se puede usar velcro en la ropa en lugar de botones y cordones.

## CONSEJOS ESPECÍFICOS DE VESTIDO:

- Es aconsejable empezar a vestirse siempre por la extremidad afectada y desvestirse al revés (es decir, por la extremidad sana).
- Para ponerse una camiseta, jersey o blusa cerrada lo primero es colocarla de forma correcta sobre las piernas. Busque por dentro de la prenda la manga de la extremidad afectada e introduzca la mano

afectada con ayuda de su mano sana, y súbase la prenda por encima del codo, seguidamente introduzca la extremidad sana todo lo posible y termine por introducir la cabeza, ajustándose bien la prenda.

- Para ponerse una camisa o chaqueta al igual que en el caso de la camiseta lo primero es colocar la camisa de forma correcta para identificar la manga de la extremidad afectada e introduzca ese brazo, súbase la prenda por encima del codo y sujetando el cuello de la camisa pásese la prenda por detrás de la cabeza e introduzca la extremidad sana.
- Para la ropa interior, los pantalones y los calcetines deben, estando sentado, colocar la pierna afectada encima de la pierna sana con ambas manos si es posible o sino con la mano sana (en posición de piernas cruzadas), así le será más fácil meter la pierna en la prenda o colocarse el calcetín. Baje la pierna afectada al suelo e introduzca la pierna sana, súbase la prenda todo lo que le sea posible y si puede ponerse de pie solo o con ayuda levántese para acabar de subir y ajustar la prenda.

## **RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR**

Las familias y los cuidadores son una parte esencial del proceso de recuperación. Una familia bien

informada, bien organizada, trabajando en colaboración con el equipo de rehabilitación, podrá esperar obtener mejores resultados que si el paciente actúa por sí solo. Facilitan al resto del equipo información precisa sobre los síntomas y las dificultades en el día a día; trabajan para mantener y afianzar las mejorías conseguidas por los profesionales y son de vital importancia para motivar y animar al paciente en su esfuerzo diario por recuperarse.

El impacto del daño cerebral puede ser tan importante para los familiares como para la persona afectada.

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

## **PRINCIPALES SÍNTOMAS NEGATIVOS DEL CUIDADOR.**

- Agotamiento físico y mental.
- Labilidad emocional.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Conductas de consumo abusivas.

- Trastornos del sueño.
- Alteraciones del apetito y el peso.
- Aislamiento social.
- Dificultades cognitivas.
- Problemas laborales.

## ❖ **CONSEJOS BASICOS PARA EL CUIDADOR.**

- Es importante que la tarea de cuidar se reparta entre varias personas y no recaiga en una sola.
- La recuperación y la rehabilitación en general tiene una evolución larga y lenta, por lo se debe mantener la calma, tomarse con tranquilidad y transmitir serenidad a nuestro familiar.
- Deben existir momentos de respiro en los que se disfrute tiempo libre para dedicarlo a actividades de ocio, sociales, ocupaciones anteriores, cuidado de sí mismo... Es necesario que se descansa adecuadamente.
- Puede ser conveniente contar con alguien con quien hablar de cómo se siente, poder expresar sus emociones, asumir lo que ha pasado, etc.
- También es importante, con la ayuda de los profesionales y aprender a tratar al familiar con daño cerebral.

## **RECURSOS Y AYUDAS SANITARIAS QUE SE PUEDEN SOLICITAR**

Lo primero que debe hacer durante el ingreso es ponerse en contacto con el Trabajador Social del hospital o centro sanitario en el que se encuentre, ya que le va a facilitar toda la información y orientación necesaria respecto a los recursos sociales y ayudas que pueden solicitar.

### **1. RECURSOS ASISTENCIALES TRAS ALTA HOSPITALARIA EN FASE SUBAGUDA**

En el momento del alta hospitalaria tras el proceso agudo, existen diferentes alternativas de atención en función del estado y características de la persona y la consideración de reversibilidad de su daño. De hecho, en este momento del alta existen diversas alternativas de atención:

- **Domicilio:** paciente independiente sin secuelas.
- **Domicilio con rehabilitación ambulatoria:** con déficits leves-moderados.
- **Rehabilitación hospitalaria:** con déficits moderados/graves para programas de rehabilitación en centros/hospitales de media estancia.
- **Hospital de media-larga estancia:** con déficits graves no candidatos a programas de rehabilitación de media estancia.

En caso de haber realizado rehabilitación ambulatoria u hospitalaria, una vez terminada esta atención, las personas que cumplan el perfil podrían además solicitar recibir atención en el **Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC)** prestando asistencia personalizada temporalmente en régimen residencial o ambulatorio.

Serán beneficiarias de los programas de intervención directa del CEADAC las personas que reúnan los siguientes requisitos:

- Ser beneficiaria de la Seguridad Social o tener derecho a las prestaciones.
- Ser mayor de 16 y menor de 50 años.
- Estar afectada de daño sobrevenido y no progresivo de cualquier origen.
- No padecer enfermedad transmisible en fase activa, que pueda poner en riesgo la salud de las personas usuarias y personal del centro.
- Estabilidad médica.
- Alta hospitalaria reciente.
- Posibilidad razonable de rehabilitación.
- Capacidad para una mínima convivencia en el Centro.

## 2. RECURSOS ASISTENCIALES EN LA FASE CRÓNICA

Una vez finalizada la fase de rehabilitación subaguda, no existe ninguna normativa que regule la conexión socio-sanitaria en la Comunidad de Madrid, es decir, en esta fase la atención forma parte del ámbito de lo social.

Desde los centros de rehabilitación en fase subaguda el trabajador social informa y proporciona ayuda a la familia y a la persona con daño cerebral de cara a realizar los trámites oportunos en los servicios sociales para continuidad de cuidados y tratamiento.

Las alternativas de atención en la fase crónica son las siguientes:

- **Residencias asistenciales:**

Son centros de convivencia que sirven de vivienda permanente, donde se presta atención integral y continuada; atienden diferentes niveles de dependencia y ofertan planes de cuidados personalizados. La Cartera de servicios es la misma que para los Centros de día, con horario de 24 horas.

Los requisitos para solicitar el ingreso en una residencia pueden variar de una Comunidad

Autónoma a otra. Los servicios sociales son los que se suelen encargar de la tramitación.

- **Centros de día:**

Recurso social intermedio entre el domicilio y la residencia. Se presta atención socio-sanitaria al paciente y de apoyo a la familia. Tienden a promover la autonomía personal del enfermo y su permanencia en su entorno. Retrasan los ingresos residenciales. Los servicios que ofrecen son:

- Acogida: con horario de lunes a viernes de 8h a 20h (optativo para el paciente).
- Restauración: desayuno, comida y merienda.
- Atención social (animación sociocultural).
- Higiene personal (baño).
- Atención a la salud (médica, psicológica, enfermería, terapia ocupacional, RH) de mantenimiento.
- Transporte adecuado.

- **Centros ocupacionales:**

Son centros para discapacitados que por sus déficits no se pueden incorporar a un programa educativo de readaptación laboral. Son para mayores de 18 años y se solicitan en los Servicios Sociales municipales.

- **Viviendas comunitarias:**

Se trata de un equipamiento social de alojamiento para personas con autonomía personal que carecen de una vivienda en condiciones adecuadas. Además

de alojamiento, los pisos tutelados ofrecen servicios de supervisión, tele asistencia, apoyo personal y social.

### **3. OTROS RECURSOS A TENER EN CUENTA**

#### **Centros de salud**

Los equipos de Atención Primaria son el nexo de unión entre los distintos niveles asistenciales, ejerciendo la función de coordinación en la asistencia. La Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud tiene establecido, además, sistemas de atención médica y de enfermería a domicilio para manejo de problemas frecuentes en la lesión cerebral.

#### **Tele-asistencia (Ámbito Local/Estatal)**

Atención telefónica ininterrumpida, con control permanente para facilitar la permanencia del usuario en su domicilio. Debe solicitarse en los Servicios Sociales.

#### **Centros Base de Valoración y Orientación a personas con discapacidad**

Servicios especializados de atención básica a personas con discapacidad. Sus funciones son

informar, valorar, orientar (tratamientos rehabilitadores, formación y empleo, accesibilidad y ayudas técnicas, etc.), intervención terapéutica (atención temprana, intervención psicomotriz, fisioterapia, logopedia, intervención psicológica, psicoterapia) y elaboración de dictámenes técnicos facultativos para las diferentes prestaciones.

Los Centros Base atienden a una población de sus correspondientes demarcaciones geográficas. En función del código postal de su lugar de residencia, le corresponderá uno de los nueve Centros Base que existen en la Comunidad de Madrid (dependientes de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad D. G. de Atención a Personas con Discapacidad).

## **DIRECCIÓN DE INTERÉS (web)**

En la siguiente dirección web se resumen los recursos tanto residenciales como centros de día, hospitales de media estancia, recursos ambulatorios, etc.

\*\*Tríptico de recursos sobre Daño Cerebral Adquirido en la Comunidad de Madrid. (Pertenece a la Plataforma española por el Daño Cerebral Adquirido)

[https://www.plataformadca.org/files/ugd/442ee4\\_e8d618383d3348e48fad1b0b27654acf.pdf](https://www.plataformadca.org/files/ugd/442ee4_e8d618383d3348e48fad1b0b27654acf.pdf)

Se puede acceder a ella desde la pagina web: [www.plataformadca.org](http://www.plataformadca.org) e ir a la pestaña: guía recursos rehabilitación DCA



PLATAFORMA ESPAÑOLA POR EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

[Inicio](#) [Guía de recursos rehabilitación DCA](#) [Quiénes somos](#) [Qué hacemos](#) [Sobre el DCA](#) [Hazte miembro](#) [Contacto](#)

Últimas noticias



**Decálogo del cuidador en el DCA. " Si eres cuidador, te tienes que cuidar: Si cuidas, cuídate**

26 de octubre 2023