

Curso Anual de Auditoría Médica Hospital Alemán

Director: Dr. Agustín Orlando

Daño, Discapacidad, Minusvalía

Análisis del enfoque asistencial

Un trabajo en equipo

Autores:

García, Elsa Gladys

Kammerath, Oscar

Negro, Oscar

Canale, Carlos

Noviembre, 2006

CONTENIDO

Introducción

Objetivo

Metodología

Marco teórico

Análisis

Rol e interrelación de Auditoría Médica

Marco Legal

Conclusión

Anexo: Manual de procedimientos en la etapa aguda

Referencias bibliográficas

DAÑO, DISCAPACIDAD, MINUSVALÍA

ANÁLISIS DEL ENFOQUE ASISTENCIAL

INTRODUCCIÓN

Las tendencias demográficas indican que la población de América Latina se vuelve cada vez más vieja y más urbana, dos factores de riesgo para la aparición de deficiencias y discapacidades. Los ancianos tienen una prevalencia alta de estas condiciones, pero, entre las víctimas de accidentes y de la violencia, hay personas de todas las edades y estas causas están produciendo un número creciente de discapacidades.

Aproximadamente el 8% de la población mundial tiene una discapacidad motora, sensorial (visual o auditiva) y mental; la mitad de este porcentaje tiene una limitación funcional permanente. De ese 8 %, unos 3 millones de personas, sólo el 1% tiene discapacidades severas que requieren acciones muy complejas de rehabilitación con internación en centros asistenciales especializados, el resto necesita acciones de rehabilitación de menor complejidad. Pero la realidad es que el 100% de las personas discapacitadas necesita de alguna acción de rehabilitación, ya sea simple o compleja.

Las crisis económicas de los países subdesarrollados han afectado a los grupos más desprotegidos. En todos los países la prevalencia de discapacidades y minusvalías es mayor en las zonas empobrecidas y entre los niños y adolescentes las tasas de discapacidades alcanzan valores 10 veces mayores que en los países desarrollados.

En nuestro país el 7.1 de la población tiene alguna discapacidad. (ENDI-encuesta Nacional de discapacidad). El mayor porcentaje 39.5% son motoras, le siguen las visuales (22%), las auditivas (18%) y las mentales (15%). INDEC-2002/2003.

La implementación de acciones de rehabilitación es por lo común insuficiente y fragmentaria. El porcentaje de hospitales generales que ofrecen asistencia rehabilitadora es muy bajo, pues varía entre el 4 y el 14,5%, el hecho de que en la educación y formación del personal de salud sólo se incluyan excepcionalmente materias relacionadas con la discapacidad contribuye a agravar este déficit.

La problemática del discapacitado incluye no sólo lo orgánico sino también el impacto de este daño en lo social y cultural, requiriendo un enfoque global integrado dentro del campo de la salud pública.

OBJETIVOS

- La aplicación de procedimientos de rehabilitación preventiva en la etapa aguda a fin de disminuir el riesgo de que se produzcan daños secundarios en pacientes internados
- La toma de conciencia por parte de los financiadores sobre los requerimientos de los pacientes con discapacidad, en tratamiento de rehabilitación.

METODOLOGÍA

- Análisis de la problemática de la discapacidad en las distintas etapas.

MARCO TEÓRICO

La Rehabilitación comprende todas las medidas necesarias para disminuir el impacto de una condición discapacitante y productora de desventajas que impiden la integración social.

Una de las principales características del proceso de rehabilitación es la continuidad. Es un proceso dinámico que no busca curar, sí prevenir complicaciones y por sobre todo siempre preservar o devolver la función.

Incluye medidas de prevención, rehabilitación propiamente dicha e integración, relacionadas al daño, la discapacidad y la minusvalía.

El conocer definiciones básicas: *deficiencia, discapacidad, minusvalía*, nos permite entender los aspectos y las acciones asistenciales de rehabilitación a implementar.

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (OMS, 1980)

Deficiencia / Daño: toda pérdida o anomalía de una función o estructura anatómica, fisiológica o psicológica. No indica enfermedad. *Características:* temporaria o permanente, innata o adquirida, parcial o total.

Discapacidad: toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. *Características:* objetivable (toma forma al tiempo que el individuo toma conciencia).

Minusvalía / Desventaja: situación que limita al individuo o le impide desempeñar el rol que es normal para él, consecuencia de una deficiencia o discapacidad. *Características:* la severidad se considera en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

Las discapacidades se clasifican acorde a su topografía y función en cuatro categorías:

Mental: disminución / alteración de capacidades conductuales o intelectuales. Ej.: retraso mental, esquizofrenia.

Sensorial: disminución de algunos de los sentidos: visual, auditivo. Ej.: ceguera, hipoacusia.

Motora: alteración del sistema músculo esquelético (del movimiento). Ej.: hemiplejia, lesión medular, artritis reumatoidea, etc.

Visceral: alteración de órganos y sistemas homeostáticos (endocrino, cardiovascular, respiratorio etc.). Ej.: diabetes, EPOC, IRC, insuficiencia cardiaca.

CORRELACIÓN DE LOS CONCEPTOS

DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD	MINUSVALIA
Del lenguaje	Para hablar	De orientación
Del órg. de la audición	Para escuchar	De orientación
Del órg. de la visión	Para ver	De orientación
Músculo esquelético	Para higiene y auto cuidado Para alimentación Para deambulaci3n	Independencia funcional
Psicol3gica	Alteraci3n de la conducta	De integraci3n social

ANÁLISIS

En las *Instituciones polivalentes*, entre los pacientes internados y las consultas externas, en algún momento de sus etapas diagnósticas o terapéuticas encontramos alguna discapacidad transitoria, y aproximadamente un 10% de los pacientes presentaran distintos tipos de discapacidades permanentes.

En las internaciones, las complicaciones más frecuentes son:

- Las asociadas al aislamiento (confusión, síndrome de privación sensorial, etc.).
- Las secundarias a la inmovilización tales como afecciones respiratorias, úlceras por decúbito, deformidades articulares, atrofia muscular.

Comenzar implementando un programa de rehabilitación desde el inicio de la internación para evitar las complicaciones, redundaría en el beneficio de reducir los tiempos y los costos de la internación.

En las *Instituciones monovalentes* (Centros de rehabilitación), es de destacar que durante el tratamiento de los pacientes nos encontramos con dificultades que retrasan el proceso de rehabilitación, prolongando las internaciones y la duración de los tratamientos, con el consecuente aumento del costo para los financiadores.

Las dificultades que nos encontramos en las distintas etapas están en relación con:

- La *provisión de equipamiento* transitorio o definitivo (férulas, slings, corsé, collares ortopédicos, ortesis, bastones, silla de ruedas, silla de baño, cama ortopédica) **no son otorgadas en tiempo y forma.**
- Las *salidas terapéuticas al hogar* (durante el tratamiento el salida transitoria al hogar del paciente es beneficioso para evaluar las dificultades que presenta respecto

a las actividades de auto cuidado, barreras arquitectónicas a modificar, inserción en el núcleo familiar) **no son autorizadas por la cobertura social, salvo excepciones.**

- **Las adaptaciones para el hogar** (silla de baño, barandas, mangos extensibles para alcanzar objetos, etc.), **no son provistas** por todas las coberturas.
- **El alta de internación inoportuna**

Prolongación de las internaciones

Causas más frecuentes:

1. Lentitud en la provisión de los requerimientos de sostén, como los respiratorios: aspirador, nebulizador, descartables, etc., y elementos de sostén nutricional: bomba de infusión, alimentos, suplementos dietarios.
2. Retardo en el otorgamiento del equipamiento adecuado (ortesis, ayudas de marcha, etc.).
3. Déficit en la adecuación progresiva de la familia y el paciente a la nueva condición (al no ser autorizadas las salidas terapéuticas)

Consecuencias:

La familia, comienza con un peregrinar de dificultades que los llenan de incertidumbre, miedos y prefieren defender a toda costa la continuidad de la internación, dado que es más segura y “cómoda”, recurriendo en muchos casos al recurso de amparo.

Externación precoz

Cuando no se ha completado el tratamiento, por límites estrictos en la cobertura que manejan días y no procesos, llevan a re-internaciones en centros de alta complejidad por aparición de complicaciones, con la posterior derivación a centros de rehabilitación, y en algunos casos al recurso de amparo.

- **Tratamiento posterior a la internación:** nos encontramos con el incumplimiento de los requerimientos: atención de enfermería, insumos, descartables, terapias etc., con la aparición de complicaciones e intercurrencias; con traslados en móviles

irregulares(ambulancias, remises) con la consecuente concurrencias discontinuas a los tratamientos, que prolongan la duración de los mismos.

- ***En el mantenimiento de los logros:*** una vez completado el tratamiento de rehabilitación, la funcionalidad adquirida se mantiene si se continúa con actividades tales como natación u otra actividad física, ***no reconocida*** por la mayoría de las coberturas.
- ***La capacitación y recalificación laboral*** por parte de las aseguradoras, por diversos factores, ***no siempre se realiza***, quedando inconclusa la reinserción social del paciente.

ROL E INTERRELACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA

Sabiendo que todo acto médico implica el gasto de un recurso, si aplicamos la mayor racionalidad posible en este gasto, lograremos la máxima eficiencia del mismo.

En la búsqueda de la eficiencia del gasto (relación entre los gastos realizados y los resultados obtenidos), todos los establecimientos sanitarios con internación deberían analizar el desarrollo de protocolos de prevención de daño secundario.

En las Instituciones polivalentes, la rehabilitación se debería enfocar desde el punto de vista multidisciplinario incluyendo a médicos fisiatras y otros especialistas, enfermeras, camilleros, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogas, asistentes sociales y todos aquellos involucrados en la atención del paciente, diseñando normas claras que faciliten la ejecución de técnicas específicas de prevención adecuadas a cada institución. En la adecuada orientación que brinde el equipo de salud al alta de internación del paciente agudo, en la que debe estar involucrada el área de Auditoría Médica, puede estar signada su futura evolución.

Ante una problemática que va más allá de la alteración funcional, donde el entorno familiar y social es de peso, en la etapa de reeducación propiamente dicha, fuese en Institución monovalente, Internación Domiciliaria, Hospital de día o Consultorios Externos, el enfoque conjunto del área de Auditoría con el médico tratante, permitiría coordinar los tiempos de tratamiento y objetivos concretos a cumplir en las diferentes etapas, con una correcta orientación y contención del paciente y la familia.

En nuestro país faltan instituciones para cuidados de pacientes críticos tales como estados vegetativos persistentes, con soporte de oxígeno, alimentación enteral, labilidad clínica, jóvenes con secuelas neurológicas graves, etc.

MARCO LEGAL

En nuestro país se ha buscado un marco jurídico para las personas con discapacidad, en especial las leyes 22431 y 24901 en donde se dispone una serie de obligaciones al Estado y en especial para los agentes del seguro incluidos en el Ley 23660, como los organismos responsables del financiamiento de estas prestaciones. Entre estas obligaciones y además de lo inherente a las prestaciones médicas, figuran como prestaciones obligatorias la educación diferencial, la recalificación y la reinserción laboral.

Para la Ley 22.431, art. 2º, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada física, mental que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

La ley 24.901 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad “, el Decreto 762/97 por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y el Decreto 1193/98, Reglamentario de la Ley de Prestaciones Básicas, crean la estructura jurídico institucional necesaria para la implementación del Sistema de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.

Por Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social, posteriormente modificada por Resolución 036/03 del M.S.A.S. se aprobó el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

El 1º de Septiembre de 2006 por Resolución 1328/2006 se modifica el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

CONCLUSIÓN:

En la actualidad se tiene una *visión fragmentaria* de la discapacidad cuando por lo expuesto deberíamos tener una *visión sistémica /totalizadora* que nos permita un abordaje integral propiciando la *mejor calidad de vida* para nuestros pacientes, sin perder de vista la clara diferenciación del *valor- costo* de las prestaciones, por que a nuestro entender una mayor inversión inicial se traduce en una reducción de los costos finales.

El descuido de los pacientes y la ignorancia, por falta de información adecuada por parte de los profesionales del equipo de salud, muchas veces da lugar a la aparición de daño secundario prevenible, con la consecuente disminución de la habilidad funcional residual (incapacidad).

La aplicación de procedimientos orientativos destinados a prevenir los daños secundarios más frecuentes, llevaría a la progresiva disminución de los tiempos de internación (y por ende de los costos finales) (Ver **ANEXO**).

Respecto a la legislación, si bien la cobertura es amplia en la etapa secuelar, nos encontramos con limitaciones en la etapa aguda con límites en la cantidad de prestaciones anuales (PMO).

Al no existir desde lo legal una adecuación de las prestaciones según el grado y tipo de discapacidad, nos encontramos con una falta de equidad en los derechos asistenciales, lo que demanda una interrelación continua de *prestadores y financiadores*.

Creemos que el área de **Auditoría Médica** tiene un rol importante en el asesoramiento, tanto al equipo tratante del paciente como a “la financiadora”, sobre la reducción de costos que resultan de una adecuada supervisión de las necesidades, en tiempo y forma, para limitar secuelas y prevenir complicaciones.

ANEXO

NORMAS BÁSICAS DE PROCEDIMIENTOS EN EL AGUDO

La prevención debe instaurarse desde el inicio de la afección y a lo largo de toda la internación del individuo tendiendo al uso racional de los recursos existentes en la mayoría de las instituciones. Con el agregado de otros profesionales del equipo de salud se pueden abarcar la mayoría de los requerimientos de los pacientes internados.

Incluye los cuidados respiratorios y nutricionales, agregándose a ellos lo inherente al cuidado de la piel, la alineación de los segmentos corporales con el equipamiento transitorio correspondiente, la estimulación multisensorial, la comunicación y la contención/organización familiar.

Cuidados Respiratorios:

Los cuidados respiratorios son una columna fundamental en la prevención del daño secundario ya que la hipoxemia persistente aumenta notablemente la morbimortalidad y la discapacidad residual en pacientes graves.

En todas las etapas del tratamiento deben continuar el apoyo y la reeducación respiratoria hasta que se estabilicen los parámetros funcionales respiratorios en niveles fisiológicos y así mantenerlos durante toda la internación.

Cuidado nutricional

Es importante pesquisar e identificar posibles causas que alteren el estado nutricional (estados hipercatabólicos con alto gasto o estados de bajo ingreso o pérdidas) para suplir el déficit o corregirlo.

Pueden estar asociadas directamente a la patología que motivó la internación del paciente, a otra patología previa o ser secundario a otros factores como:

- Negativismo a la ingesta
- Depresión leve del sensorio
- Gerontes dementizados
- Dificultades en la alimentación
- Liberación de catecolaminas (stress metabólico)
- Infecciones
- Fracturas
- Quemaduras
- “Scalps”
- Escaras
- Hipertonía o agitación

Es importante realizar un monitoreo nutricional continuo relacionando los resultados del perfil de laboratorio y los otros parámetros con los requerimientos del paciente.

Cuando por alguna razón el paciente no puede realizar la ingesta oral se indica aporte por vía enteral.

Se inicia con sonda nasointestinal pero tendemos a la realización de una gastrostomía o yeyunostomía cuando:

- El paciente presente alguna causa por la que se suponga que no comenzará con la alimentación por vía oral en el corto plazo (30 a 45 días en nuestro medio).
- No tolere la sonda nasointestinal o esté contraindicada su utilización.

Si es posible la gastro o la yeyunostomía debería efectuarse con control endoscópico.

Contraindicamos la gastro o yeyunostomía en cualquier paciente con desnutrición severa por el consiguiente retraso en la cicatrización.

Recordemos mantener adecuadas posturas en la cama durante la alimentación enteral para prevenir el reflujo gastroesofágico y el paso a vía aérea del alimento.

El paciente debe sedentar a no menos de 45° cuando recibe la alimentación o hidratación y permanecer hasta 30-45 minutos en esta postura después de haber finalizado la ingesta ya sea por vía oral o enteral. Estas son las medidas más importantes para prevenir el reflujo y las consiguientes neumopatías aspirativas.

Por la misma razón se considera mejor ingerir la alimentación en forma fraccionada y no en forma continua.

Cuando el paciente podría iniciar ingesta oral se estudian los posibles trastornos deglutorios con evaluación de reflejos o pruebas con control radiológico tardío y en base a dichos resultados se inician la reeducación precoz de praxias orolingüofaciales y de los trastornos deglutorios específicos. Para efectuar una videofluoroscopia (estudio indicado para determinar un trastorno de deglución) el paciente debe estar conectado, cumpliendo órdenes simples y con una adecuada tolerancia a la sedentación.

Según los resultados se selecciona la vía de aporte: oral, enteral o mixta.

Se considera que el paciente no puede quedar solo con ingesta oral hasta que no esté en condiciones de recibir por boca todo el requerimiento calórico necesario y la suficiente ingesta hídrica.

Cuidado de la piel y mucosas:

Mantenerlo limpio y seco, higienizando diariamente y en forma vigorosa con soluciones yodadas o con hipoclorito de sodio y secarlo cuidadosamente para evitar micosis en los pliegues. Esta higiene diaria también representa un estímulo que favorece la conexión con el medio.

Realizar un estricto cuidado de la cavidad bucal, encías y piezas dentarias pues el paciente deglute e incluso aspira los “detritus” intracavitarios. Está demostrado que en las infecciones del tracto respiratorio de causa aspirativa es menor la virulencia de los gérmenes cuando se efectúan sistemáticamente estos cuidados.

También con la higiene diaria y el cepillado se previene o disminuye la periodontitis, el aflojamiento y la pérdida "a posteriori" de piezas dentarias; también sirve para estimular la musculatura peri oral hipotónica.

Debe efectuarse diariamente un masaje de encías y cavidad oral con gasas embebidas en bicarbonato de sodio o bien la higiene con cepillo de dientes eléctrico y soluciones antisépticas orales con una aspiración concomitante de los restos del lavado y de la descamación mucosa.

No olvidar el baño ocular diario y la lubricación conjuntival para prevenir lesiones corneanas irreversibles en pacientes inmovilizados.

Prevención de escaras:

Las escaras son siempre daño secundario prevenible y el principal modo de evitarlas es cambiando los puntos de apoyo en forma intervalada (rotaciones).

Las rotaciones deben realizarse las 24 hs. del día en forma horaria, adecuando la frecuencia (cada 2 o 3 horas) a la potencialidad escarógena del paciente (determinada por el grado de inmovilidad, tipo y calidad de la piel, estado nutricional, etc.).

La tolerancia máxima es de 3 horas por decúbito. Debe figurar en las indicaciones de enfermería la frecuencia y los horarios de las rotaciones al igual que la medicación. Cuidar que luego de cada rotación el paciente quede bien posturado en los decúbitos dorsal y lateral intentando los semilaterales desde el ingreso del paciente a Terapia Intensiva.

Colocar interfases blandas entre zonas de presión manteniendo su uso el tiempo necesario. Recordar que el uso de estos elementos **no libera de la obligación de rotar al paciente**, sólo prolongan los intervalos de cada rotación. Siempre se debe cuidar que las sábanas estén limpias, secas y tensas.

Si el paciente está confuso-agitado y/o presenta tutores externos se deben acolchar todas las superficies que lo rodean y también los tutores para evitar que se lesione a sí mismo y a los que lo rodean.

Alineación de segmentos corporales y mantenimiento de los rangos articulares:

Postura:

Las posturas inadecuadas acentúan el desbalance muscular favoreciendo el desarrollo de actitudes compensatorias patológicas. Clínicamente se traduce en dolor, posturas reflejas en masa, ascensos importantes de la frecuencia cardiorrespiratoria, alteraciones del ritmo de sueño/vigilia, aumento de movimientos reflejos o de agitación, lo cual provoca un aumento del gasto metabólico innecesario. También las posturas inadecuadas dificultan la utilización de vías, drenajes, yesos, férulas y tutores externos.

Que se busca al realizar los cuidados posturales:

- Brindar confort al paciente
- Disminuir gasto metabólico
- Disminuir estímulos nociceptivos
- Disminuir el tono patológico
- Prevenir deformidades
- Cuidar la piel
- Favorecer posturas de drenaje

Como efectuar estos cuidados:

Hay que tener en cuenta las características del paciente, no se puede generalizar la indicación de “cuidados posturales”, sino se deben indicar específicamente los que corresponden.

Debe considerarse especialmente:

1. Paciente con catéteres de medición de presiones internas (PIC, PVC, etc): mantenerlo sentado entre 30 y 45°, posturarlo suavemente vigilando que no aparezcan taquicardia y/o taquipnea.
2. Soluciones de continuidad en piel y celular subcutáneo como quemaduras, “scalps”, heridas abiertas, úlceras: evitar el apoyo sobre dicha zona colocando descargas periféricas.

3. Vías de aporte y drenaje: evitar obstrucción del flujo y/o el arrancamiento de las mismas.
4. Mantener las cinturas escapular (ambos hombros) y pelviana (ambas caderas) en el mismo plano del espacio, ya sea en los decúbitos dorsal o laterales.
5. Mantener los miembros inferiores extendidos (se puede utilizar una almohada para relajar isquiotibiales que no provoque una flexión de rodilla mayor de 15°), alineados, en abducción mínima de caderas, evitando la rotación interna o externa con rodillos rígidos laterales (posición neutra), disminuyendo la presión sobre los calcáneos y los maléolos con anillos acolchados, parches de hidrocoloides y/o sachets blandos de suero.
6. Mantener la cabeza y el cuello en posición neutra alineados con el tronco. Evitar las rotaciones extremas que perduran en el tiempo y producen severos desbalances y retracciones en la musculatura cervical con las consiguientes dificultades para la reeducación de la deglución y la sedentación en etapas posteriores.
7. Todo el material que se utiliza para posturar al paciente (cuñas, almohadas, rollos o paneles) deben ser con coberturas lavables o de material descartable. Son de gran utilidad los sachets rígidos de suero de un litro, los blandos de 250 cm³ y los de glicina utilizados en los lavados vesicales.
8. Colocar los miembros superiores elevados sobre cuñas o almohadas para evitar el edema postural y en posición funcional, las muñecas en flexión dorsal parcial y dedos en semiflexión con oposición del pulgar, ayudándose con férulas termomoldeables o elementos descartables como rollos de vendas o sachets blandos.
9. Suprimir la carga de peso sobre los pies para prevenir deformidades estructuradas en equino que interferirán con la bipedestación y la marcha.
10. En caso de fracturas:
 - Conocer fundamentalmente las localizaciones, el tipo de las mismas y su condición de **ESTABLES** o **INESTABLES** (que tolere o no las fuerzas fisiológicas sin perder las relaciones anatómicas).
 - En las fracturas de miembros y en las lesiones ligamentarias articulares si están feruladas y en plan quirúrgico se deben fijar ambos segmentos (distal y proximal) para evitar algún desplazamiento al posturar, rotar y/o movilizar el paciente.

- En caso de presentar tutores externos o tracción esquelética: almohadillar las clavijas y las puntas para proteger al paciente y al personal.

La *postura* ideal dependerá del *tono muscular* que predomine en el paciente o de cómo este varíe durante la evolución del cuadro:

A- *paciente conectado*, que solamente no puede desplazar algún segmento corporal y hay que posturarla pasivamente y luego el paciente colabora manteniendo la postura correcta.

B- *pacientes* que por distintas razones *no comprenden*, no colaboran y tienen alto riesgo de daño secundario por inmovilidad y/o aislamiento. En este grupo se presentan con tres tipos básicos: el paciente *flácido o hipotónico*, el que presenta *hipertonía* en distintos grados y aquel que al ir progresando favorablemente su nivel de conciencia presenta un cuadro de *agitación-confusión* que no le permite mantener una postura constante.

- El *paciente flácido* es aquel en que más fácil se encuentra la postura adecuada manteniéndola con cuñas, rollos o almohadas para que ambas cinturas estén en el mismo plano y los miembros se alineen en posición neutra.
- El paciente *confuso/agitado*, está en movimiento continuo buscando con su cuerpo puntos estables de referencia; extiende sus miembros explorando el espacio que lo rodea, hace arrastres en la cama hasta donde encuentre un límite fijo y reconocible, si no se encuentra contenido probablemente se caiga de la cama. Necesita una adecuada estimulación propioceptiva que le sirva de marco de referencia para poder orientarse, por ejemplo:
 - ✓ No atarlo y solicitar el acompañamiento de un familiar durante las 24 hs.
 - ✓ Acolchando el lecho, incluso las barandas, y rodeándolo de almohadas para agregarle presión externa (paciente embutido) suprimiendo la carga de peso directa sobre los pies para prevenir deformidades estructuradas en equino que interferirán con la bipedestación y la marcha.
 - ✓ Insistir en la sedentación precoz, adecuadamente equipado, con custodia y de acuerdo a la tolerancia.

Mantenimiento de rangos articulare:

La movilización es importante iniciarla precozmente para mantener los rangos articulares, iniciar estimulación propioceptiva, prevenir complicaciones vasculares y del metabolismo fosfocálcico.

Movilizarlo al menos dos veces por día no forzando mas allá del rango articular normal si hay hipotonía o el rango presente si hay espasticidad (para evitar micro traumatismos de partes blandas peri articulares).

Equipamiento Transitorio:

Colchones o colchonetas de agua y/o aire: indicados en los pacientes con movilidad reducida (flácidos o hipertónicos severos) desde los períodos iniciales como uno mas de los elementos necesarios en la prevención de lesiones por decúbito para disminuir la presión en los puntos de apoyo de las prominencias óseas.

Cuando el paciente presenta algún tipo de movilidad voluntaria suficiente para realizar sedentación, rolados y arrastres en la cama hay que cambiar estos colchones por otros convencionales para facilitar la reeducación del equilibrio y las actividades de independencia funcional.

Cama ortopédica: articulada y con barandas. Se sugiere que tenga 2 m de largo por 0,90m de ancho para facilitar los cuidados del paciente y evitar algunas deformidades atribuibles a la escasa superficie donde posturar al enfermo.

Pieles médicas como interfases blandas, cuñas para drenaje postural, rodillos para mantener los miembros inferiores en eje y/o almohadas: son elementos muy útiles para facilitar el manejo y control de posturas, pero en la etapa aguda la dificultad para su limpieza correcta y su reposición hacen necesario manejarse con elementos fabricados en *materiales fácilmente lavables* o con *elementos descartables* luego de su uso (envases de suero, ya sea los rígidos de un litro o los blandos de 250 cm³ o los blandos con glicina), apósitos, rollos de vendas, etc.

Elementos neumáticos: para cuidados posturales, estabilizaciones articulares, drenaje de edemas periféricos y/o prevención de trombo embolismos.

Férulas: La experiencia demuestra que la utilización precoz de las mismas, aun en la etapa aguda, influye favorablemente en la recuperación funcional del enfermo.

Es recomendable su confección en materiales termomoldeables **a medida y según las necesidades del paciente** y modificándolas acorde a la evolución del cuadro, son más livianas e higiénicas que las confeccionadas con vendas de yeso aunque estas cumplen perfectamente la función.

Sillas: se insiste en la *sedentación precoz* en sillas de ruedas de respaldo alto reclinable en un comienzo y progresar a 90° cuando aumente la tolerancia, apoyabrazos rebatibles o desmontables para facilitar sus transferencias y eventualmente con apoya piernas regulables si hay edemas o fracturas de miembros inferiores que los requieran. No debemos olvidar que la silla debe poseer todos los accesorios requeridos para poder desplazar al paciente con seguridad, confort y posturas adecuadas.

Estimulación multisensorial y comunicación:

Plan de estimulación:

El objetivo es lograr la conexión con el medio.

Se recurrirá a la estimulación táctil en cara, cuello, palmas y abdomen por ser las de mayor representación cortical. La estimulación auditiva se realizará con grabaciones de voces, ruido y música familiar y de su agrado.

Se aplican los estímulos en forma intervalada, durante el día solamente (para remedar el ciclo sueño/vigilia normal), estableciendo períodos de descanso, utilizando un canal sensorial por vez (auditivo, visual, gustativo, olfativo o táctil) y si es posible de un lado en cada oportunidad.

Se debe evitar tanto la hipoestimulación como la hiperestimulación.

Todo el personal en contacto con el paciente y su familia debe conocer y aplicar la misma técnica de estimulación.

Se debe asegurar un hábitat tranquilo creando un ambiente que favorezca el despertar del paciente.

Recordemos que en estos pacientes la confusión se debe a una lentificación global de todas sus funciones con una incapacidad parcial para recepcionar y procesar los datos que reciba.

Comunicación:

Hay que iniciar un código de comunicación con el paciente, aunque sea puramente gestual, con el parpadeo o con algunos pequeños movimientos voluntarios que aparezcan en cabeza y miembros superiores (descartar la prehensión palmar pues en estos pacientes generalmente es refleja, asociado al frecuente daño frontal).

No agotarlo al paciente respetando sus latencias prolongadas y su fatiga.

Si se establece un mínimo código gestual útil hay que asegurarse que tanto familiares como personal a cargo utilicen el mismo para no agravar la confusión del paciente.

En el primer período se desarrollar comunicación aplicada a las necesidades básicas.

Antes de presentar tablillas alfabéticas o con figuras asegurarse que pueden hacer uso de las mismas.

Los problemas de comunicación verbal se ponen de manifiesto cuando el paciente inicia su relación con el medio.

Se debe tratar siempre al paciente como si comprendiera ya que tienden a estar callados con riesgo de hacer asociaciones erróneas. La comprensión del lenguaje suele estar presente aunque no entiende lo que dicen (gritos, sonrisas, expresiones de disgusto, etc.).

Recomendaciones:

- Hablar una sola persona por vez, evitar los diálogos cruzados.
- Hacer preguntas con una sola opción de respuesta
- Mostrar el objeto concreto al que se hace referencia y nombrarlo dentro del contexto:
- Ante el riesgo que el paciente presente una afasia no enseñarle palabras por repetición (vaso -vaso- vaso) o por series (uno- dos- tres- cuatro). Pueden fijarse estereotipias que retardarán el proceso de aprendizaje.
- Respetar los tiempos de procesamiento y fatiga.

- Cuando no entiende lo que quiere expresar el paciente hay que reconocérselo. No mentirle pues se da cuenta. No interpretar lo que dice según propia conveniencia.

Contención y organización de los familiares:

El grupo familiar debe abordarse precozmente para evitar el manejo inadecuado del paciente y conflictos de interacción con el equipo de salud. Los objetivos a lograr con esta conducta son:

A) Generales:

- Clarificar el diagnóstico y pronóstico funcional del paciente. Si va a continuar tratamiento de rehabilitación orientar sobre este tema.
- Dar contención emocional.
- Cuidar los recursos familiares:

Humanos: para evitar el agotamiento de todos los familiares en forma simultánea evitando el abandono posterior. Deben organizar los horarios y repartirse actividades para que todos puedan acompañarlo y descansar sin resentir sus propias rutinas individuales.

Económicos: orientar en todo lo que respecta a trámites de tipo social, coberturas de salud, seguros, denuncias, etc.

B) Específico:

Adiestrar en las técnicas de estimulación sensorio-motriz y algunos cuidados preventivos. El familiar espontáneamente va a accionar, por lo que se debe asegurar que ésta sea una acción positiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Kottle Frederic,J.;Amate, Alicia Ester- “Adelantos Clínicos en Medicina Física y Rehabilitación” OPS 1994.
- 2- “Programa de Medicina Preventiva”- Fasc. Discapacitados- Biblioteca de la Salud- Fundación Favaloro. Agosto 1995.
- 3- García, Elsa; von Zeschau , María J.: Negro,O.; Miyagi, H.- “Prevención del Daño secundario con acciones precoces en Rehabilitación” (trabajo monográfico), Curso de Gerenciamiento de Organizaciones de Salud. Dic. 2000
- 4- Lopreiato, Nicolás- “Seguridad Social para Discapacitados, el rol de los agentes de seguro” (trabajo monográfico), Curso de Auditoría Médica H. Alemán). Nov. 2005.
- 5- Lizarraga, Lemus- “Introducción a la Salud Pública”- Escuela de Salud Pública – Fac. de Medicina. USAL- 1995
- 6- Malagón, Londoño; Galán Morera; Pontón Laverde- “Garantía de Calidad en Salud”- Panamericana- 1999
- 7- Romano Yalour, Margot; Tobar, Federico- “¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?”- Cuaderno ISALUD N° 3
- 8- www.gov.ar/marcobásico
- 9- www.cndisc.gov.ar
- 10- www.desarrollosocial.gov.ar