



1 - ABORDAJE DE PACIENTE DOMICILIARIO EN COMA NEUROLÓGICO CON FACTORES SOCIALES DE RIESGO

A.I. Barreno Estévez^a y L. Aceytuno Moreno

^aEnfermera Comunitaria de Enlace. ^bTrabajadora Social.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 22 años en estado de coma por hidrocefalia y malformación arteriovenosa silviana. Tras derivación ventrículo peritoneal sin éxito y bacteriemias con evolución tórpida es trasladado al domicilio por estabilidad clínico-radiológica. Paciente encamado, en situación de gran dependencia con limitación de la capacidad de obrar. Precisa de ayuda para la realización de todas las AVDB y, por su pérdida de autonomía física, mental, intelectual y sensorial, necesidad de apoyo generalizado para su autonomía personal. Presenta los siguientes factores sociales de riesgo: Extranjero sin residencia legal en España, determinación de la capacidad de obrar en trámite, unidad familiar de cuatro miembros sin ingresos económicos, necesidades de subsistencia de primer orden, aislamiento social, barreras arquitectónicas externas e internas y ausencia de soporte social de protección a personas discapacitadas y dependientes.

Exploración y pruebas complementarias: Desde Atención Primaria: valoración médica sistematizada. Analítica con proteinograma. Valoración enfermera por patrones de M. Gordon y realización de plan de cuidados en domicilio. Control de contantes, parámetros antropomórficos, sonda alimentación y eliminación. Exploración neurología Glasgow, valoración estado nutricional MNA, riesgo de escaras Norton, test disfagia, índice de Katz, Bartel, índice de Lawton y Brody. Escala sobrecarga del cuidador Zarit. Valoración social. Factores sociales de riesgo, situación sociosanitaria, provisión de cuidados, actividad, familia y entorno, limitaciones y condiciones favorecedoras, plan de intervención social. Escala sociofamiliar de Gijón.

Juicio clínico: Paciente en estado de coma en atención domiciliaria desde Atención Primaria de Salud. Encamado con dependencia total para la realización de las actividades de la vida diaria básicas y falta de autonomía. Extranjero carente de derechos sociales por situación administrativa irregular. Unidad familiar de cuatro miembros con necesidades económicas de primer orden. Aislamiento social y existencia de barreras arquitectónicas externas e internas.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico médico principal es la hidrocefalia. No existen biomarcadores objetivos o análisis de laboratorio para determinar si un paciente es o no consciente de sí mismo o su entorno. El diagnóstico diferencial del Estado vegetativo y el Estado de Mínima Consciencia se basa exclusivamente en la exploración clínica del paciente, y la observación del repertorio de comportamientos que es capaz de mostrar tanto de manera espontánea, como en respuesta a la estimulación externa proporcionada por el evaluador (Royal College of Physicians,

2003). La función del clínico es deducir si los comportamientos que muestra el paciente son reflejos o indican que es capaz de interactuar con su entorno de manera intencional. Las escalas de más soporte científico son SMART y CRS-R y las técnicas de RM estructural. Las técnicas de RM estructural han demostrado un gran potencial para asistir en diagnóstico. Identificar adecuadamente las capacidades cognitivas del paciente tiene profundas implicaciones clínicas, pero también éticas, y morales (Weijer et al., 2014).

Comentario final: A raíz de la coordinación de trabajo social entre niveles asistenciales (Hospital-Centro de Salud), se realiza visita domiciliaria al alta hospitalaria e interconsulta con la Unidad de Atención familiar (UAF) y Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE). Se establece un abordaje integral del paciente domiciliario, mediante un proceso diagnóstico interdisciplinar (UAF, ECE y trabajadora social). Dirigido a determinar las capacidades y problemas médicos, psicosociales y funcionales del paciente y su entorno, con el fin de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo. Se determina el plan de cuidados domiciliarios del paciente y su cuidadora prestando educación sanitaria en todo el proceso. Se establece el plan de intervención social con un abordaje legal que promueva la determinación de la capacidad de obrar del paciente y la residencia en territorio español por razones humanitarias. Así como, un abordaje social con la finalidad de cubrir necesidades de subsistencia básicas mediante la intervención de los servicios sociales comunitarios y abordaje de afrontamiento familiar. Hasta el momento, no se han producido ingresos hospitalarios ni atención en el Servicio de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. *Medicine*. 2015;11(76).
2. Gata Maya D, Domingo Santos A, Méndez Guerrero A, Hernández Gallego J. Protocolo diagnóstico etiológico del paciente en coma.
3. Domingo Santos A, Méndez Guerrero A, Gata Maya D, Bermejo Pareja F. NANDA Internacional 2012-2014. Clasificación NOC, NIC, NNN. Enfermería Protocolo de valoración social de AP.