

GZBAren errehabilitazioa Gipuzkoan

Familiarteko eta pazienteentzako gida



Osakidetza

Donostia Ospitalea
Hospital Donostia

MATIA
FUNDAZIOA



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

DIRECCIÓN TERRITORIAL
DE SANIDAD Y CONSUMO

Lantaldea

- Marta Álvarez de Arcaya. Matia Ospitalea.
- Jose M. Begiristain. Gipuzkoako Osasun Planeko Zerbitzua
- Ana Gamio. Errehabilitazioko Zerbitzua. Donostia Ospitalea
- Juan Luis González Oliveras. Errehabilitazioko Zerbitzua. Matia Ospitalea.
- Isabel Larrañaga. Gipuzkoako Osasun Planeko Zerbitzua
- Natividad Lizarraga. Errehabilitazioko Zerbitzua. Donostia Ospitalea
- Andoni Orube. Donostia Ospitaleko zuzendariordea
- Elena Sukia. Kalitateko Zerbitzua. Donostia Ospitalea
- Elena Ugarteburu Izagirre. Errehabilitazioko Zerbitzua. Zumarragako Ospitalea.

JARDUERA-PLANA

GZBAren ERREHABILITAZIOA GIPUZKOAN

GZBAren ERREHABILITAZIOA GIPUZKOAN JARDUERA-PLANA

Osasun Saileko Lurralde Zuzendaritzako, Donostia Ospitaleko eta Birmingham-Matia Ospitaleko fakultatibo batzuek osatutako lan-taldeak "GZBAren Errehabilitazioa Gipuzkoan" hausnarketa burutu ondoren dokumentu hauek sortu ditu:

1.- Jarduera Plana

GZBAren errehabilitazioan murgildutako profesionalentzako dokumentua da hori. Eta ondorengoak jasotzen ditu: arazoarentzako sarrera, GZBAren oraingo egoeraren balantzea, Jarduera-plan orokorra –maila asistentzial desberdinetatik– eta interbentzioaren garapenerako erakusleak. Paziente-talde handiak ezarri dira, haien egoera funtzionalaren arabera, eta agente gehiagoren interbentzioa jasotzeaz gain, solairuko lan gehigarriaren planaren soslai burutu da.

Planaren filosofia da bide homogeen, koherente, adostu eta jarraitua sortzea, bai akutuen ospitalean bai egonaldi ertainekoan, eta aurreikusi da etorkizunean ospitalez kanpoko asistentzia mailen garapena egingo dela.

2.- Pazienteentzako eta senideentzako gida

Bertan GZBAren arrazoiak eta manifestazioak deskribatzeaz gain, aholkuak ematen dira oinarrizko zainketa baterako, bai ospitalean, bai pazientearen etxean berak eta familiartekoei edota zaintzaileei egiteko. Helburua da idatziz ematea aholku espezifikoak arazo bakoitzarentzat, pazientearen beharretara egokituak, gaixotasunaren eboluzio-unea eta pazientearen zirkunstantziak kontuan hartuta. Horretarako koaderno bat argitaratu da, fitxa batzuekin, pazienteentzat, eta zaintzaile eta familiartekoentzat, errehabilitazio-jarduerak modu jarraituan egingez, GZBAren ondorioak gainditzeko.

JARDUERA-PLANA

GZBAren ERREHABILITAZIOA GIPUZKOAN

SARRERA

Gaixotasun zerebrobaskular akutua (GZBA) lehentasunezko arloa da Euskadiko Osasun Politiken barruan. 2002-2010 Osasun Planak (OP) epealdi horretan lortu beharreko helburu espezifikoak deskribatzen ditu eta, aipatutako Planean jasotako esku hartzeko estrategien artean, GZBAtik eratorritako desgaitasuna ahalik eta gehien murrizteko helburua duten esku-hartzeei zuzenean edo zeharka lotuta dauden batzuk jasotzen dira¹:

- “GZBA jasan duten pazienteen errehabilitazioa sustatzea, haien bizi-kalitatea hobetzeko eraginkorra dela frogatu baita.”
- “GZBAk eragindako desgaitasuna neurtzeko, laguntza-maila guztiek eskala balidatu berak erabiltzea bultzatzea.”
- “GZBAri buruzko osasun-informazioko sistema bat garatzea, epidemiologiaren eta laguntzaren alderditik, arazoa hobeto ezagutu ahal izateko.”

Osasun Sailak errehabilitazioaren funtzionamenduan eta prestazioetan hobetu beharreko alderdiak adierazi ditu “Euskal Sanitate Publikoan Gaixotasun Kronikoen Errehabilitazioa Hobetzeko Proiektua 2007-2009” izeneko dokumentuan². Ardatz horretatik ere, Donostia Ospitalean indarrean dagoen “GZBAren Errehabilitazio Tratamenduaren Bide Klinikoren Diseinua eta Ezarpena” izeneko dokumentuak GZBA duen paziente batekin garatu beharreko jarduera egokien sekuentzia zehaztu du³ eta, halaber, GZBA kasuen % 100ean beharrezko baliabide terapeutikoaren esleipena galarazten duten arrazoiak adierazten ditu:

1. Errehabilitazio-tratamenduen eskaera- eta aplikazio-irizpideen aldakortasuna.
2. Arazoak errehabilitaziorako eskaera/erantzuna zirkuituetan, sail arteko kontsultetan.
3. Baliabideak (fisioterapeutak, alegia) eta tratamenduaren eskaria bateratzeko arazoak.

Erreferentziazat hartuta aipatutako 3 dokumentuak, eta Gipuzkoan Donostia eta Zumarraga ospitaletako mediku errehabilitatzaileek, Ricardo Bermingham Ospitaleko mediku geriatrek eta Osasun Planeko teknikariek osatutako taldea, Gipuzkoan GZBA osteko errehabilitazioan garatu beharreko ildo orokorrak adostu dira, **errehabilitazio-terapia aplikatzeko aldakortasuna murrizteko eta paziente guztiek tratamendu egokia berdintasunez eskuratzea bermatzeko helburuarekin**.

Asmo hori gauzatzeko, Osakidetza zerbitzu publikoek eta hitzartutako zerbitzuek garatu beharreko jarduerak ezarri ditu taldeak, errehabilitazio-terapien eraginkortasuna bermatzen duten printzipio gidarieratik abiatuta.

- GZBAren ondoren errehabilitazioa goiz hastea.
- Egungo errehabilitazio-zerbitzuak pixkanaka areagotzen joatea (egonaldi ertainetarako oheak eta ospitale kanpoko errehabilitazioa), bost urtetan GZBA baten ondoren errehabilitazioa behar duten eta Gipuzkoako egoiliarrek diren paziente guztiek (eta horien senideek) euren beharrei egokitutako arreta jaso dezaten.
- Errehabilitazioa errehabilitazio-geletatik harago joatea eta solairuan jarraitzea, pazientearekin eta horren familiarekin (zaintzailearekin) harremana duten profesional guztiek parte har dezaten.
- Pazienteak zein senideek errehabilitazio-tratamenduan parte hartzea. Parte-hartze horrek gaixotasunari buruzko, jarduera egokienari buruzko eta tratamenduan elkarrekin lan egiteko onurei buruzko informazioa jasotzeko esku-bidean egon behar du oinarrituta.

GZBA-OSTEKO ERREHABILITAZIOAREN EGUNGO EGOERA GIPUZKOAN

GZBA kasuak deskribatzeko, alta hartzean diagnostiko nagusi gisa GNSREN 9. BERRIKUSPENEAN ondorengo kodeetako bat eman zaien ospitaleratutako paziente guztiak hartu dira kontuan: 430, 431, 432.x, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.91.

1. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Euskadiko Osasun Politikak. 2002-2010 Osasun Plana.

2. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Euskal Sanitate Publikoan Gaixotasun Kronikoen Errehabilitazioa Hobetzeko Proiektua. 2007-2009.

3. Ugarteburu E, Lizarraga N, Carrera E. “GZBAren Errehabilitazio Tratamenduaren Bide Klinikoren Diseinua eta Ezarpena”.

1. Taula. GZBAgatiko altak, ospitalaren, sexuaren eta zerbitzuaren arabera alta-unean Gipuzkoa 2008

2008	ALTAK	Gizonezkoak		Emakumeak		Batez besteko adina	Batez besteko egonaldia	Heriotzak	
		n	%	n	%			n	%
DEBAGOIENKO OSP.	31	17	54,8	14	45,2	77,8	6,0	4	12,9
- Barne Medikuntza	31	17	54,8	14	45,2	77,8	6,0	4	12,9
BIDASOAKO OSP.	124	67	54,0	57	46,0	76,9	9,2	12	9,7
- Neurologia	109	61	56,0	48	44,0	76,3	8,7	10	9,2
- Barne Medikuntza	15	6	40,0	9	60,0	81,5	12,7	2	13,3
DONOSTIA OSP.	952	533	56,0	419	44,0	72,6	10,6	157	16,5
- Neurologia	685	389	56,8	296	43,2	74,7	9,8	69	10,1
- Neurokirurgia	153	90	58,8	63	41,2	65,7	16,2	25	16,3
- ZIU	55	28	50,9	27	49,1	62,4	4,5	47	85,5
- Barne Medikuntza	40	14	35,0	26	65,0	81,1	10,6	10	25,0
- Beste batzuk	19	12	63,2	7	36,8	63,5	12,3	6	31,6
MENDAROKO OSP.	51	32	62,7	19	37,3	76,3	9,3	10	19,6
- Barne Medikuntza	51	32	62,7	19	37,3	76,3	9,3	10	19,6
ZUMARRAGAKO OSP.	154	74	48,1	80	51,9	78,2	8,0	9	5,8
- Barne Medikuntza	154	74	48,1	80	51,9	78,2	8,0	9	5,8

2008an 1.312 paziente ospitaleratu ziren GZBA zela medio Gaixo Akutuen Ospitaleetan Gipuzkoan, eta horietatik % 55 gizonezkoak izan ziren. Ospitaleratutako pertsona guztietatik % 14,6 hil ziren ospitalean zeuden bitartean. Ospitaleratutako pertsona gehienak Donostia Ospitalean egon ziren (% 65); ondoren datoz Zumarraga eta Bidasoako ospitaleak (% 11,7 eta % 9,5, hurrenez hurren).

Donostia Ospitalean GZBAgatik 2007ko urriaren 1etik 2008ko ekainaren 30era bitartean ospitaleratutako 684 pazienteei berriki egindako ebaluazio bati esker ikus dezakegun bezala, 106 paziente hil ziren, guztira, ospitalean zeuden bitartean (2. taula).

2. taula. Pazienteen banaketa, alta motaren arabera eta errehabilitazio-zerbitzurako sail arteko kontsulta-eskaeraren arabera.

Errehabilitaziorako sail arteko kontsulta-eskaera				
		Bai	Ez	Guztira
Bizirik	Kopurua	279	299	578
	%	48,3	51,7	100
Hildakoak	Kopurua	12	94	106
	%	11,3	88,7	100
Guztira	Kopurua	291	393	684
	%	42,5	57,5	100

Bizirik iraun duten 578 pazienteetatik, %48,3ri sail arteko kontsulta eskatu zitzairen eta eskaera horietan ez da desberdintasun nabarmenik antzematen sexuaren arabera, ezta adinaren arabera ere.

3. taula. Sail arteko kontsulten eskaera GZBA zuten pazienteen adinaren eta sexuaren arabera*. Donostia Osp.

Sail arteko kontsulten eskaerak				
Adina		Gizonezkoak K= 344	Emakumeak K=234	Guztira K=578
< 45	Kop.	6	7	13
	%	27,3	58,3	38,2
45-64	Kop.	56	14	70
	%	57,7	43,8	54,3
65-74	Kop.	34	22	56
	%	39,1	61,1	45,5
75-84	Kop.	49	42	91
	%	48,0	46,7	47,4
≥ 85	Kop.	20	29	49
	%	55,6	45,3	49,0
Total	Kop.	165	114	279
	%	48,0	48,7	48,3

*Bizirik iraun duten pazienteak bakarrik

GZBA duten paziente gehien-gehienak (% 95) Neurologia eta Neurokirurgia zerbitzuetan ospitaleratzten dira eta ez da alderik sumatzen bi zerbitzu horietan sail arteko kontsulta eskatzen zaien pazienteen proportzioan (ospitaleratutakoen % 50 ingurura iristen da portzentaje hori).

4. taula. Pazienteen banaketa, zerbitzuaren arabera eta errehabilitazio-zerbitzurako sail arteko kontsulta-eskaeraren arabera alta-unean

Sail arteko kontsulten eskaerak		
Neurologia	K	225
	%	49,7
Neurokirurgia	K	46
	%	48,9
Barne Medikuntza	K	4
	%	36,4
Gainerakoak	K	4
	%	20,0
Guztira	K	279
	%	48,3

*Bizirik iraun duten pazienteak bakarrik

279 sail arteko kontsulta-eskaera horietatik, % 96 errehabilitazio-zerbitzuak erantzun zituen eta eskaera egin zenetik zerbitzua gauzatu bitarteko batez besteko denbora 3,4 egunekoa izan zen. Sail arteko kontsulta eskatzen zaien pazienteen % 25en kasuan, gauzatze-epe hori 4 egun baino gehiagora luzatzen da. Eskaeren % 4,3tan (12 paziente) ez da azaltzen errehabilitazio-zerbitzuak sail arteko kontsulta gauzatu duenik. (5. taula)

5. taula. Sail arteko kontsultaren eskaera gauzatzeko behar izan den denbora

Sail arteko kontsulten eskaerak		279
Gauzatu gabeko sail arteko kontsultak		12
		Batez beste
		DE
		25
Pertzentilak		1,04
		50
		2,02
		75
		4,14

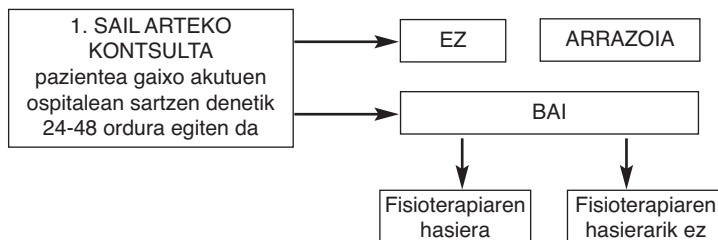
*Bizirik iraun duten pazienteak bakarrik

GZBA-OSTEKO ERREHABILITAZIORAKO JARDUKETA-PLANA

Gaixo Akutuen Ospitaleak

Errehabilitazio-zerbitzuen esku-hartzeak ahalik eta goiztiarrena izan behar du eta, beraz, beharrezkoa da GZBAgatik ospitaleratu ondorengo lehen 24-48 orduetan sail arteko lehen kontsulta-eskaera egitea.

IKTUSERAKO ERREHABILITAZIOA I

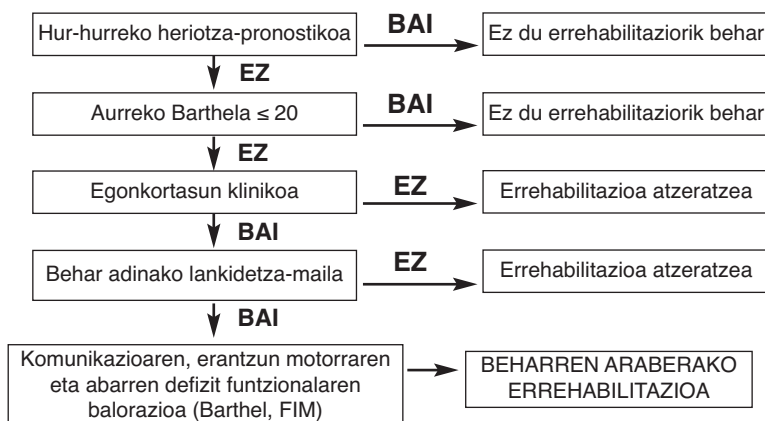


“GZBAren Errehabilitazio Tratamenduen Bide Klinikoak” ezartzen duen bezala, hauek dira errehabilitazioaren helburuak fase akutuan: gaixoa jarrera egokian egotea, giltzadura-balantze analitiko mantentzea mobilizazio pasiboen bidez, erasanak ez dauden gorputz-adarren eta erasandako gorputz-adarretan gelditzen den mugikortasunaren lan aktiboa, arnas fisioterapia, eta esertzen modu goiztiarrean hastea.

Errehabilitazio-terapien hasiera ezartzeko, kontuan hartuko dira pazientearen egonkortasun medikoaren maila, kontzientzia-maila eta egoera klinikoa, ondorengo eskeman adierazten den bezala. Pazientearen ezegonkortasun klinikoa-gatik errehabilitazioaren hasiera atzeratzen denean, Egonaldi Ertainetan ospitaleratzea —susperraldi-proiektuarekin batera— izan daiteke beste aukera bat.

Errehabilitazio-planaren helburuetako bat pazientearen hobekuntza funtzionala da, maila horretako defizitaren hasierako balorazio bat eskatzen duena. Egoera funtzionalaren balorazioak argi eta garbi bereizi behar ditu GZBAk sortutako defizita (ospitaleratzeko arrazoia) eta aurretiko osasun-arazoengatik metatutako defizita (sendatzeko aski zaila).

IKTUSERAKO ERREHABILITAZIOA II



GZBAren aurreko egoera funtzionala zein pazientearen eboluzioaren aurrerapausoak baloratzeko, tresna balidatuak erabiliko dira (Barthel, FIM) eta lortutako puntuazioa erregistratuko da.

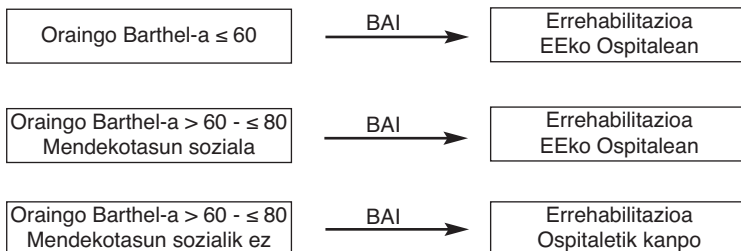
Errehabilitazio-terapiak aplikatzeko laguntza-maila pazientearen gaitasun funtzionalaren eta egoera klinikoaren arabera izango da.

Mendekotasun sozialaren balorazioa gaur egun Egonaldi Ertaineko pazienteak bideratzeko erabiltzen den galdesortaren bidez egingo da.

Mendeko sozialtzat hartuko dira delako galdeketa balorazio sozialaren ataleko 1, 2, 4 itemetako batzuetan (familia-egoera, bizikidetzeta eta bizilekua neurtzekoetan, hain zuzen ere) 2 puntu edo gehiago lortzen dituzten pazienteak.

IKTUSERAKO ERREHABILITAZIOA III

GZBAren aurretik 20tik gorako Barthel balioa duten pazienteen kokapena, klinikoki egonkortuak eta behar adinako lankidetzeta-maila eskaintzen dutenak.



Egonaldi Ertaineko ospitalea: Errehabilitazio Unitatea

Dokumentu honetako **I. Eranskinak** Errehabilitazio Zerbitzuko profesionalek terapiako eta solairuko geletan era programatuan egin beharreko jarduerak zerrendatzen ditu. Era berean, jardueren iraupena eta periodikotasuna adierazten dira. Hala ere, errehabilitazio-zerbitzuek berrikusi eta aldatu ahal izango dituzte jarduera horiek, pazientearen eboluzioaren arabera.

Gimnasioko errehabilitazio-jarduerak solairuan jarraitu behar dute eta, bertan, erizainen eta laguntzaileen ardurapean egongo dira funtsean, betiere mediku errehabilitatzaileen koordinaziopean eta eguneroko bizitzako jarduerak berriz egin ahal izatera bideratuta. Jarduera horiek jarraituak izan behar dute paziente ospitalean dagoen bitartean (ez dira jarduera puntualak) eta baita diziiplina anitzekoak ere (medikuak, erizainak, laguntzaileak, gizarte-laguntzaileak nahiz harrera-zerbitzua arituko dira horietan).

Solairuko errehabilitazio-jarduerak pazienteari eta familiari bideratua egon behar du:

A.- Pazienteari bideratua:

- EBJk egin ahal izateko gaitzea, bai oinarritzakoak (elikatzea, janztea, gernu-ihesa, higieena, bainua, etab.), bai instrumentalak (etxeko lanak, igogailua erabiltzea, etab.).
- defizita konpentsatzeko laguntza teknikoak (gurpil-aulkia, beso-euskarria, osagarriak, etab.en) erabilerari buruz informazioa eta aholkatzea.
- mugikortasuna hobetzea (gimnasioan hasitako martxaren berreziketa).
Aurrerapausoak baloratzeko, komeni da noizean behin Barthel motako tresnak aplikatzea. Taldeak pazientearen eboluzioa eta egindako aurrerapausoak baloratu behar ditu, hurrengo faseetan lortu beharreko helburuak ezarriz. Horretarako, diseinatu den jarduera eta pazientearen eboluzioa orritan erregistratu behar dituzte erizainek.

B.- Familiari / zaintzaileari bideratua

GZBAk familiaren funtzionamenduan duen eragina aski ezaguna da. Senideek informazioa eta prestakuntza egokia jaso behar dute, eta paziente horien zaintzaileek epe ertain edo luzera behar izan dezaketen laguntza emozionala aurreikusi. Prozesu horrek jarraitua izan behar du (ospitaleratzearen hasieratik alta ematen den arte). Pazienteak eta senideek jaso beharreko informazioaren eta hezkuntzaren barnean pazientearen zaintzari lotutako zenbait gai sartu behar dira.

- Osasun-hezkuntza (prestakuntza/hezkuntza-programak), erasandako pertsonen eta horien zaintzaileei bideratua eta autonomia bultzatzera orientatua, independentzia-mailarik handiena eta independentzia hori pazienteak etxera itzultzen denean mantenduko dela bermatuz.
- Zaintzaileak eta/edo pazienteak prestakuntza egokia jaso behar dute, ekipamendua behar bezala erabiltzeko.
- Altaren unean, paziente guztiak ebaluatu behar dira, segurtasuna eta independentzia funtzionala zein ekipamenduk edo egokitzapenek handitu ditzaketen zehazteko.
- Gaixoa ospitalean sartzen den unetik, errehabilitazio-zerbitzuak, harrera-zerbitzuarekin, pazientearekin eta familia-rekin batera, pazientearen alta prestatu behar dute, pazientearen beharretarako egokia den laguntza-baliabidea (etxea, egoitza, esparru soziosanitariokoa) kontuan hartuta.
- Pazientearen eta senideen itxaropenak pazientearen errealitatera (pronostikoa) egokitzea, altaren unean. Pazienteek eta senideek tokian tokiko laguntza-erakundeei buruzko informazioa jaso behar dute.

KALITATE-ADIERAZLEAK

Esku-hartze honen garapenak prozesu osoari lotutako kalitate-adierazleak eta 2009an aplikatu beharreko estandarrak ezartzea eskatzen du. Lehen fasean, adierazle horiek ebaluatzeke, garuneko ictus gisa sailkatutako GZBAk aipatuko ditugu (Osakliniker) (GNS 9. Berrikuspenean Diagnostiko nagusi gisa = Ondorengo kodeetako edozein: 430, 431, 432.x, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.91). Egonaldi ertaineko ospitaleen kasuan kode horiez gain V57.9 satuko da.

Urteko estandarrak lortutako aurrerapausoen arabera egokitzen joango dira.

Urteko analisi-epea dagokion C-Pan ezarritakoa izango da eta informazioa ondorengo datu-baseetatik eskuratuko da:

- CMBD datu-basea
- Clinic: Sail arteko kontsulten txostenak
- Pazienteak bideratzeko programa

GZBA duten pazienteen kalitate-adierazleak				
	Kop.	%	Estandarra	Helburuak
Altan emandako GZBA				
Ospitaleko hilkortasuna				
Sail arteko kontsulta eskatu zaien pazienteak			%90	>% 55
Eskaera gauzatzeko denbora (ospitaler.)			< 24 ordu	<48 ordu
Sail arteko kontsulta egin zaien pazienteak (eskaera guztietatik).			eskatutakoen %95	Bizirik iraun duten eta alta eman zaien guztien %90
Altan emandako pazienteak, fisioterapia ospitaleko altaren aurretik hasi denean			> % 75	% 20
Aurreko Barthel-a ≤ 20			2010ean sartzeko	Neurketa
Egungo Barthel-a > 20 - ≤ 60			2010ean sartzeko	Neurketa
Egungo Barthel-a > 60 - ≤ 80			2010ean sartzeko	Neurketa
Oraingo Barthel-a > 60 - ≤ 80 eta mendekotasun soziala			2010ean sartzeko	Neurketa
Batez besteko egonaldia			35 egun	40 egun
Efizientzia lorpen funtzionalean			≥ 0,80	> 0,75
etxeko alden %			> % 60	

PLANAREN ETORKIZUNeko GARAPENA

2010ean aplikazio informatiko bat diseinatuko da, GZBA pazienteak ospitalean dauden bitartean lortutako informazioan oinarriturik ondorengo adierazleak eskuratzea ahalbidetuko duena:

- Terapia horretarako hautagai gisa baloratu diren errehabilitazio bidez egindako sail arteko kontsulten %.
- Errehabilitazio anbulatorioarekin altan emandako eta errehabilitaziorako egokiak diren sail arteko kontsulten %.
- Egonaldi ertainean, altan emandako eta errehabilitaziorako egokiak diren sail arteko kontsulten %. (Baloratu bi taldeetan: adina, aurreko Barthel-a eta egonaldi ertainean, alta-unean lortutako Barthel-a).
- Errehabilitazioko, Susperraldiko edo ZAUTik kanpoko zainketa aringarrietako proiektuekin egonaldi ertainera bideratutako GZBA diagnostikoen %

Era berean, datozen bi urteetan, Plan honetan ezarri eta deskribatutako jarduerak Gipuzkoako eskualde-ospitale guztietan jarriko dira martxan.

I. ERANSKINA**EGONALDI ERTAINEKO (EEko) ERREHABILITAZIOKO PAZIENTE TALDEAK:**

Egonaldi Ertaineko Errehabilitazio Unitateetan garatu behar diren jarduerak ezartzeko, 4 paziente talde zehaztu dira erasan-mailaren arabera.

II TALDEA	Ezin da ordu eta erdiz ESERITA EGON
III A TALDEA	Ordu eta erdiz ESERITA EGON daiteke eta ezin daiteke ZUTIK EGON; ± Mintzamenaren Trastornoa
III B TALDEA	Ordu eta erdiz ESERITA EGON eta LAGUNTZAREKIN ZUTIK EGON daiteke; ± Mintzamenaren Trastornoa
III C TALDEA	Ordu eta erdiz ESERITA eta ZUTIK EGON DAITEKE + Ibiltzen hastea ± Mintzamenaren Trastornoa

Kanpoan gelditzen dira I eta IV TALDEAK. Lehenengoaren kasuan, ezegonkortasun klinikoa izateagatik (horrek, Sustapertze Unitatean sendatzeko egokia dela adierazten du), eta, bigarrenaren kasuan, ondorio arinak eta Gaixo Akutuen Unitatetik Errehabilitazio Anbulatoriora zuzenean igarotzeko behar adinako independentzia funtzionala izateagatik.

ERABILI BEHARREKO TEKNIKAK

Erabili beharreko baliabide generikoen definizioa, esaterako:

- A. Zinesiterapia
- C. Teknika espezifikoa
- E. Ibileraren berreziketa
- G. Logopedia

- B. Jarreraren kontrola eta eserita egotea
- D. Jarreraren kontrola eta zutik egotea
- F. EBJetarako berreziketa
- H. Terapia okupazionala (espezifikoa)

Ondoren GZBAren errehabilitazioan ospitaleak duen intentsitate terapeutikoa deskribatzen da. Era berean, talde bakoitzerako intentsitate terapeutikoa ere baloratzen da.

II TALDEA: Ezin da ordu eta erdiz ESERITA EGON**Intentsitate terapeutikoa:**

- A: Zinesiterapia
- B: Jarreraren kontrola eta eserita egotea
- C izan daiteke: Teknika espezifikoa
- F: EBJetarako berreziketa

III A TALDEA: Ordu eta erdiz ESERITA EGON daiteke eta ezin daiteke ZUTIK EGON, ± Mintzamenaren Trastornoa**Intentsitate terapeutikoa:**

- A: Zinesiterapia
- C izan daiteke: Teknika espezifikoa
- D: Jarreraren kontrola eta zutik egotea
- F: EBJetarako berreziketa
- ± G: Logopedia

III B TALDEA: Ordu eta erdiz ESERITA EGON eta LAGUNTZAREKIN ZUTIK EGON daiteke; ± Mintzamenaren Trastornoa**Intentsitate terapeutikoa:**

- A: Zinesiterapia
- C izan daiteke: Teknika espezifikoa
- D: Jarreraren kontrola eta zutik egotea (++)
- E: Ibileraren berreziketa (+)
- F: EBJetarako berreziketa
- ± G: Logopedia

III C TALDEA: Ordu eta erdiz ESERITA EGON eta LAGUNTZAREKIN ZUTIK EGON daiteke; + Ibiltzen hastea ± Mintzamenaren Trastornoa; gizarte-laguntzarik eta/edo traba arkitektonikorik gabe.**Intentsitate terapeutikoa:**

- A: Zinesiterapia
- C izan daiteke: Teknika espezifikoa
- D: Jarreraren kontrola eta zutik egotea (+)
- E: Ibileraren berreziketa (++)
- F: EBJetarako berreziketa
- ± G: Logopedia

TALDE BAKOITZERAKO ESKU-HARTZE PLANA

Talde bakoitzerako oinarritzko jarduketa-plan bat deskribatzen dugu, ondorengoak izan beharko dituenak:

- Errehabilitazio unitateen barruan garatu beharreko esku-hartze orokorrak
- Fisioterapiaren bidez garatu beharreko defizit motorrerako esku-hartzea
- Eguneroko bizitzako oinarritzko jardueretarako eta jarduera instrumentaletarako errehabilitaziora orientatutako esku-hartzeak
- GZBAren errehabilitazioari lotutako ohiko konplikazioen tratamendua

Gure iritzian emaitzarik onenak aurreko guztia bateratuta lortzen dira eta pazienteak ospitalean dagoen bitartean egunean zehar errehabilitazio-jarduera guztiak baliatu behar dira. Hortaz, informazioa transmititzeko mekanismo egokiak behar dira, helburu partzialei, horien gaineko lanari eta lortzen diren emaitzei dagokienez.

Informazioaren transmisioa Errehabilitazio Prozesuan lan egiten duen diziplina arteko taldeko elementuei dagokie, idatzizko eta ahozko euskarrien bidez (Diziplina Anitzeko Bilerak)

II TALDEA: Ezin da ordu eta erdiz ESERITA EGON

Esku-hartze plana:

1. Jarduera orokorrak:

- Hidratazio- eta nutrizio-egoera egokiak direla bermatzea:
 - elikaduraren balorazioa, dietak eta ahoartutakoak egokituz
 - elikadura osagarria, behar izatekotan, eta noizean behin baloratzea
- Disfagiaren tratamendua, egonez gero:
 - disfagiaren balorazioa eta aspirazioen arriskua
 - konpentsaziozko tratamendua (jarrerazkoa eta bolumen-biskositatearena)*
 - aho-faringeetako jardunen berreziketa*
- Gernu-ihesaren tratamendua (konpentsaziozkoa eta/edo berreziketazkoa)*:
 - gernu-ihesaren balorazioa eta onera etortzeko posibilitateak
 - solairurako esku-hartze plana
- Beste konplikazio batzuen prebentzioa:
 - Presioko ultzerak: presioko ultzeren balorazioa sartzeko orduan eta tratamendua arriskuaren balorazioa (Norton-en indizea + hipoestesia) eta estrategia konpentsatzaileak (jarrera-aldaketak, presiorik eragiten ez duten gainazalak...) eta/edo berrezitzaileak*
 - erorketak: erortzeko arriskuaren balorazioa, eta euspen- eta prebentzio-plana, behar izatekotan*
 - deliriuma: delirium-arriskuaren balorazioa eta esku-hartze plana*
- Ohetik pixkanaka ateratzen joatea, tolerantziaren arabera: altxatze-plan indibidualizatua, tolerantziaren arabera, eta fisioterapia-ordutegia*.
- Gorputzaren eta artikulazioen jarrera egokia mantentzea, bai eserita, bai ohean*. Behar bezala prestatutako erizainek egin beharrekoa.
- Orientazioa, komunikazioa eta autopertzepzioa errazteko estrategiak*. Behar bezala prestatutako erizainek egin beharrekoa.
- Asalduraren emozionalen tratamendua: laguntza emozionala*, tratamendu farmakologikoa, behar izanez gero, eta psikologoa, egokitutako joz gero.
- Pazienteei eta zaintzaileei egokitutako oinarritzko informazioa/heziketa, aurreko edukiei buruzkoa.

2. Errehabilitazio motorra:

2.1-Fisioterapia gimnasioan edo solairuan, pazientearen egoeraren eta antolaketa-aukeren arabera; 15-30' eguneko, pazientearen tolerantziaren arabera.

- Teknika erraztaileak/estimulaztaileak alde hemiplegikoan (Bobath, Kabat, Perfetti...)
- Fisioterapia pasiboa plegia osoetan (flexoen eta sorbalda mingarriaren prebentzioa)
- Fisioterapia aktiboa/lagundua paresietan
- Buruaren eta enborraren kontrol-lanaren hasiera eseritako jarreraren.

2.2. Errehabilitazioa EBOJ eta EBJletan diziplina arteko taldearen bidez*

- Teknika konpentsatzaileekin hastea erasana ez daukan aldean
- Eginkizunetara orientatutako errehabilitazioarekin hastea

2.3. Familia espero daitekeen eboluzioari eta pronostikoari buruz informatzea, taldearen asteko bileraren ondoren.

2.4. Goiko gorputz-adarraren ariketa autopasiboak eta enborraren kontrola eserita, trebatutako erizainekin.

Familia heztea, gogorazteko ardura izan dezan.

3.- GZBArekin lotutako konplikazioen tratamendua

- Espastikotasuna
- Min neuropatikoa
- Jarreragatiko mina edo giltzaduretako mina

*** Horrela adierazitako puntu guztietan familia heztea komeni da.**

II TALDEA. Esku-hartzea Solairuan eta Gimnasioan, behar izanez gero					
HELBURUA	ESKU-HARTZEA	AGENTEA	INTENTSITATEA	FAMILIAREN ESKU-HARTZEA	
Preskripzioa + koordinazioa errehabilitazio-programa indibiduala	Alterazioak ebaluatzea Beste agenteentzako jarraibideak preskribatzea	Mediku errehabilitatzailea	Jarraitua		
Nutrizioa / Hidratazioa	Nutrizioaren balorazioa Dieta/likidoak hartzea bermatzea	Solairuko pertsonala (Koordinazioa erizainekin)	4-5 sol.+5 lik.		
Disfagiak (egonez gero)	Disfagia konpentsatzea: jarrerazkoa eta bolumen-biskositatea Berreziketa: - disfagia - aho eta faringeko praxiak	- Erizain trebatua - Logoterapeuta	15' 4-5, +5 lik. (dieta egokitua)	Familia eta zaintzaileak heztea	
Presioko ultzerrei aurrea hartzea (Aplikatu Norton <14 duten paziente guztietan. Norton > 14 bada, baloratu hiperestesia).	Jarrera-aldaketak Azala hidratatzea Orpoak babestea Aulkian esertzea Gainazal bereziak	Solairuko pertsonala (Koordinazioa erizainekin)	4-5 eguneko 1 eguneko 2 eguneko 2 eguneko	Familia eta zaintzaileak heztea (posible bada)	
Beheko arnasbideetako infekzioen prebentzioa.	Jarrera-aldaketak Aulkian esertzea Arnas fisioterapia (behar izanez gero).	Solairuko pertsonala (Koordinazioa erizainekin) Fisioterapeuta	4-5 2 15' (*)		
Erorketei aurrea hartzea	oheari / aulkari eustea pazientearen arabera egokitutako neurriak	Solairuko pertsonala Diziplina arteko lantaldea	Jarraitua	Familia eta zaintzaileak heztea	
Ebakuazio-alterazioen tratamendua	Konpentsatzea eta berreztea	Solairuko pertsonala (Koordinazioa erizainekin) Diziplina arteko lantaldea	Neurri konpentsatzaileak bermatzea, egunean 5 aldiz gutxienez	Familia eta zaintzaileak heztea (posible bada)	

(*) Terapia-denbora horiek gutxieneako dira. Toleratzen duten paziente guztietan, egunean > 3 orduko tratamendua komeni da guztira.

Pixkanaka altxatzea	Ohetik pixkanaka ateratzea: altxatze-plan individualizatua Eserita egotearen tolerantzia	Solairuko pertsonala (Koordinazioa erizainekin)	Tolerantziaren eta fisioterapiako ordutegiaren arabera 2 aldiz	Familia eta zaintzaileak heztea
Giltzadura eta muskuluetako zurruntasunei aurre hartzea	Jarrera egokia ohean/aulkian	Solairuko pertsonala Fisioterapeuten kontrola	Jarraitua	Familia eta zaintzaileak heztea
Komunikazioa erraztea	Gomendatutako estrategiak	Diziplina arteko lantaldea Logoterapeuta	Jarraitua 30' -ko saioa (*)	Familia eta zaintzaileak heztea
Orientazioa/autopertzepzioa sustatzea	Gomendatutako estrategiak	Solairuko pertsonala Terapeuta okupazionala	Jarraitua	Familia eta zaintzaileak heztea
Alterazio emozionalen, jokabide-aldaketen eta deliriumaren prebentzioa eta tratamendua	Estrategia pautatuak psikoterapia	Medikua Solairuko pertsonala Psikologoa	Jarraitua Astean behin gutxienez	Familia eta zaintzaileak heztea
Berreziketa funtzional motor eta sentsitiboa	Errehabilitazio motorra Irakaskuntza: - goiko gorputz-adarreko autopasiboak - enborraren kontrola eserita	Mediku errehabilitatzailearen pauta Fisioterapeuta Treatutako erizainak	30' -ko espezifikoa, (60' -ra) zabaltzeko aukerarekin (*), gimnasioan edo solairuan, egokitasunaren arabera Jarraitua	Eboluzioari eta pronostikioari buruz familia astero informatzea Zaintzaileak heztea, gogo- rarazteko eta zuzentzeko
EBJ eta EBJletarako berreztea	Estrategia pautatuak: - Teknika konpentsatzaileak, erasana ez dagoen aldean - Eginkizunetara bideratutako errehabilitazioa	● Diziplina anitzeko lantaldea ● Koordinazioa erizainekin ● Terapia okupazionala	Garbiketa: 1 Jantztea: 1-2 Buelta ematea: 5-6 Jatea: 4-5	Familia eta zaintzaileak heztea (beharrezkoa bada)

III A, III B eta III C TALDEETAN II TALDERAKO pautatutakoa egingo da.**III A TALDEA: Ordu eta erdiz ESERITA EGON daiteke eta ezin daiteke ZUTIK EGON ± Mintzamenaren Trastornoa. Esku-hartze plana**

1. Jarduera orokorrak:
 - Hidratazio- eta nutrizio-egoera egokiak direla bermatzea.
 - Disfagiaren tratamendua, egonez gero (konpentsaziozkoa eta/edo berreziketakoa).
 - Gernu-ihesaren tratamendua (konpentsaziozkoa eta/edo berreziketazkoa).
 - Beste konplikazio batzuen prebentzioa (presioko ultzerak, erorketak, deliriuma).
 - Ohetik pixkanaka ateratzen joatea tolerantziaren arabera.
 - Gorputzaren eta artikulazioen jarrera egokia, bai eserita, bai ohean.
 - Orientazioa, komunikazioa eta autopertzepzioa errazteko estrategiak.
 - Asaldu emozionalen tratamendua.
 - Aurreko puntuei buruz, pazienteei eta zaintzaileei egokitutako oinarritzko informazioa/heziketa ematea.
2. Errehabilitazio motorra: jarduera motorrak solairuan egingo dira, fisioterapiako gomendioen arabera: zutik jartzea barran, ibilera lagundua, eskailerak gainbegiraketarekin*.
 - 2.1-Fisioterapia gimnasioan: 60-90' eguneko, pazientearen tolerantziaren arabera.
 - Teknika laguntzaileak/estimulatzailerak alde hemiplegikoan. (Bobath, Kabat, Perfetti...).
 - Fisioterapia pasiboa plegia osoetan. (flexoen eta sorbalda mingarriaren prebentzioa).
 - Fisioterapia aktiboa/lagundua paresietan.
 - Enborraren kontrola eserita.
 - 2.2.- Errehabilitazioa EBOJ eta EBJletan diziplina arteko lantaldearen bidez.
 - Teknika konpentsatzaileak erasana ez dagoen aldean.
 - Eginkizunetara bideratutako errehabilitazioa.
3. GZBArekin lotutako konplikazioen tratamendua.
 - Espastikotasuna.
 - Min neuropatikoa.
 - Jarreragatiko mina edo giltzaduretako mina.
4. Mintzamenaren errehabilitazioa (logopedia), beharrezkoa izanez gero.

III B TALDEA: Ordu eta erdiz ESERITA eta LAGUNTZAREKIN ZUTIK EGON DAITEKE ± Mintzamenaren Trastornoa. Esku-hartze plana

1. Jarduera orokorrak:
 - Hidratazio- eta nutrizio-egoera egokiak direla bermatzea.
 - Disfagiaren tratamendua, egonez gero (konpentsaziozkoa eta/edo berreziketakoa).
 - Gernu-ihesaren tratamendua (konpentsaziozkoa eta/edo berreziketazkoa).
 - Beste konplikazio batzuen prebentzioa (presioko ultzerak, erorketak, deliriuma).
 - Ohetik pixkanaka ateratzen joatea tolerantziaren arabera.
 - Gorputzaren eta artikulazioen jarrera egokia, bai eserita, bai ohean.
 - Orientazioa, komunikazioa eta autopertzepzioa errazteko estrategiak.
 - Asaldu emozionalen tratamendua.
 - Aurreko edukiei buruz, pazienteei eta zaintzaileei egokitutako oinarritzko informazioa/heziketa ematea.
2. Errehabilitazio motorra:
 - 2.1-Fisioterapia gimnasioan: 60-90' eguneko, pazientearen tolerantziaren arabera.
 - Teknika laguntzaileak/estimulatzailerak alde hemiplegikoan. (Bobath, Kabat, Perfetti...).
 - Fisioterapia pasiboa plegia osoetan. (flexoen eta sorbalda mingarriaren prebentzioa).
 - Fisioterapia aktiboa/lagundua paresietan.
 - Enborraren kontrola eserita.
 - Jarreraren kontrol egokia zutik egotean.
 - 2.2.- Errehabilitazioa EBOJ eta EBJletan diziplina arteko lantaldearen bidez.
 - Teknika konpentsatzaileak erasana ez dagoen aldean.
 - Eginkizunetara bideratutako errehabilitazioa.
3. GZBArekin lotutako konplikazioen tratamendua.
 - Espastikotasuna.
 - Min neuropatikoa.
 - Jarreragatiko mina edo giltzaduretako mina.
4. Mintzamenaren errehabilitazioa (logopedia), beharrezkoa izanez gero.

III C TALDEA: Ordu eta erdiz ESERITA eta ZUTIK EGON DAITEKE

+ Ibiltzen hastea ± Mintzamenaren Trastornoa
(Gizarte-laguntzarik eta/edo traba arkitektonikorik gabe)

Esku-hartze plana**1. Jarduera orokorrak:**

- Hidratazio- eta nutrizio-egoera egokiak direla bermatzea.
- Disfagiaren tratamendua, egonez gero (konpentsaziozkoa eta/edo berreziketazkoa).
- Gernu-ihesaren tratamendua (konpentsaziozkoa eta/edo berreziketazkoa).
- Beste konplikazio batzuen prebentzioa (presioko ultzerak, erorketak, deliriuma).
- Ohetik pixkanaka ateratzen joatea tolerantziaren arabera.
- Gorputzaren eta artikulazioen jarrera egokia mantentzea, bai eserita, bai ohean.
- Orientazioa, komunikazioa eta autopertzepzioa errazteko estrategiak.
- Asaldu emozionalen tratamendua.
- Aurreko edukiei buruz, pazienteei eta zaintzaileei egokitutako oinarritzko informazioa/heziketa ematea.

2. Errehabilitazio motorra:**2.1. Fisioterapia gimnasioan: 60-90' eguneko, pazientearen tolerantziaren arabera.**

- Teknika laguntzaileak alde hemiplegikoan (Bobath, Kabat, Perfetti...).
- Fisioterapia pasiboa plegia osoetan.
(flexoen eta sorbalda mingarriaren prebentzioa).
- Fisioterapia aktiboa/lagundua paresietan.
- Jarreraren kontrola hobetzea zutik egotean.
- Barra paraleloen laguntzarekin ibiltzen hastea.
- Bastoi ingelesaren laguntzarekin ibiltzen hastea, eboluzioaren arabera.
- Ibileraren berreziketa.
- Ortesi antiekinoa kontuan hartzea.
- Eskaileretarako, oztopoetarako eta espaloietarako entrenamendua.
- Lurretik altxatzen irakastea.
- Alta eman ondoren egin beharreko mantentze-arietak irakastea.

2.2. Errehabilitazioa EBOJ eta EBJletan diziplina arteko lantaldearen bidez.

- Teknika konpentsatzaileak erasana ez dagoen aldean.
- Eginkizunetara bideratutako errehabilitazioa, etxerako itzulera aurreikusiz.

3. GZBArekin lotutako konplikazioen tratamendua.

- Espastikotasuna.
- Min neuropatikoa.
- Jarreragatiko mina edo giltzaduretako mina.

4. Mintzamenaren errehabilitazioa (logopedia), beharrezkoa izanez gero.

III (A, B, C) TALDEA. Solairuko Jarduketak (+ Fisioterapia Gimnasioan)				
HELBURUA	ESKU-HARTZEA	AGENTEA	INTENTSITATEA	FAMILIAREN ESKU-HARTZEA
II talderako adierazitako esku-hartzeez gain, ondorengoak ere egingo dira:				
Funtzio motorren eta sentitiboaren berreziketa (desplazamendua)	Zutik egotea (IIIA) Laguntzarekin oinez ibiltzea (IIIB) Oinez ibiltzea (IIIC) Transferentziak (guztietan)	Fisioterapeuta	45' espezifikoa, gimnasioan 60' -ra (*) zabal daitekeena	Alderdi horiei buruz eta ibiltzeko laguntza teknikoak, ortesiari edo etxeko laguntzari buruz familia eta zaintzaileak informatzea
EBJ guztien berreziketa funtzionala	Helburu zehatzak kontuan hartuta eta indikazioen arabera	Terapia okupazionala Solairuko pertsonala, terapeutak agindutakoari jarraituta.	45' espezifikoa (*) Jarraitua	Familia eta zaintzaileak hezteak
Laguntza ortopedikoak	Preskripzioa Hornikuntza	Mediku errehabilitatzailea Ortopediako teknikaria		Ibiltzeko laguntza teknikoak, ortesiari edo etxeko laguntzari buruz familia eta zaintzaileak informatzea
Balorazio kognitiboa	Bateria espezifikoa	Psikologo aditua edo mediku trebatua	1-2 saio	
Alterazio kognitiboen terapia	(Behar izanez gero)	Terapia okupazionala psikologo aditua	Eguneroko saioa	
Ingurune egokia alta emandakoan	Gizarte-laguntza eta egoitza bilatzea alta emandakoan	Gizarte-laguntzailea	Jarraitua	Familia eta zaintzaileak eskuragarri dauden baliabideei buruz hezteak
Konplikazioen tratamendua	Beharrezkoa dena	Medikua		

(*) Terapia-denbora horiek gutxieneakoak dira. Toleratzen duten paziente guztietan, egunean > 3 orduko tratamendua komeni da guztira.

PAZIENTEENTZAKO ETA SENIDEENTZAKO GIDA GZBAren ERREHABILITAZIOA GIPUZKOAN

Material honen helburua Gaixotasun Zerebrobaskular Akutua (GZBA) jasan duten pertsonen zaintzaileek eta senideek errehabilitazio-prozesuan hobeto lagundu ahal izateko gida baliagarria izatea da.

Senideek eta zaintzaileek, pazientearekin batera egoteaz gain, hemen azaltzen diren jarduerak eta ariketak egiten lagundu dezakete, bai pazienteak ospitalean dagoen bitartean, bai etxean, ospitaleko alta eman ondoren. Horrela, ospitalean hasitako zainketei jarraipena ematen lagunduko dute.

Zaintzaileek eta senideek ekintzen bidez parte hartu behar dute jarduera horietan, ospitaleko pertsonalak alderdi horiek nola lantzen dituen begiratzuz eta haien jarraibideei eta aholkuei jarraituz, pazienteek errehabilitazio-gimnasioan egiten dutenaren osagarri gisa. Horrela, errehabilitazio-prozesua egun osora hedatzen da eta pazientearen sendatzeko aukerak areagotzen eta bizkortzen dira.

Paziente guztiek ez dituzte hemen azaltzen diren arazo guztiak, beraz, zainketak eta ariketak pertsona bakoitzaren egoeraren arabera izango dira. Horregatik paziente bakoitzari, haren erasanari eta dauzkan arazoei dagozkien orriak eta jarraibideak emango zaizkio.

GZBA zer den

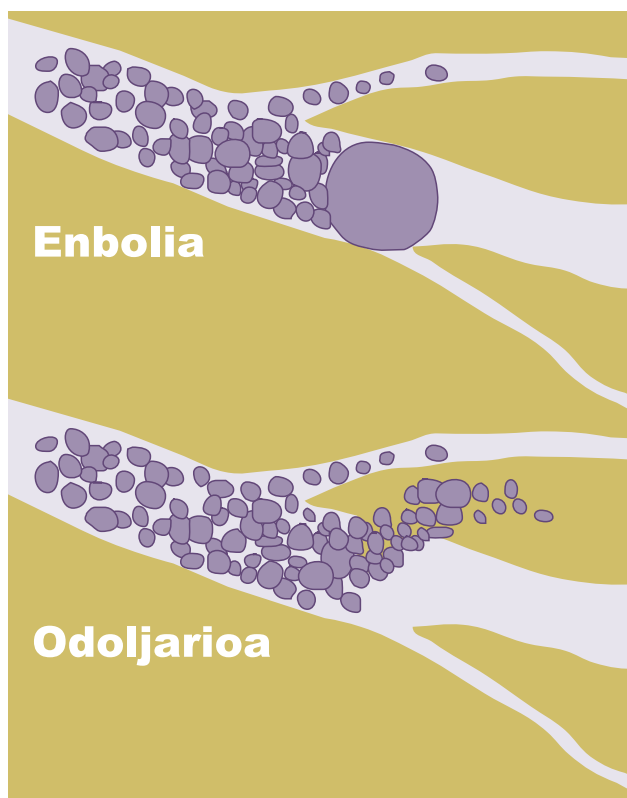
GZBA, Gaixotasun Zerebrobaskular Akutua, ZEREBROAREN edozein alde jasaten duen erasana da; organo honetan odol-irrigazioa bat-batean gutxitzean gertatzen da, hain zuzen ere zerebroaren alde hori irrigatzen duen arteria buxatu (tronbrosia, enbolia) edo hausten denean (odoljariora).

Zergatik buxatu edo hausten den arteria bat

Arteriak hodi-funtzioa betetzen du, eta bertatik igarotzen da odola, bihotzetik ehunetara bidea eginez. Urteak igaro ahala, odolak duen gantz eta beste substantzia batzuen kopuruaren eta pertsona bakoitzaren arteriek duten zabaleraren arabera, materialak arterien barrualdean piltzen joaten dira, eta zenbait puntutan igarobidea estutu egiten da. Estutasun horrek toki horretan bertan materiala piltzea eragiten du, eta bat-batean, arteria erabat buxatzen da (tronbrosia). Zenbaitetan, gorputzeko beste alde batean, normalean bihotzean, sortu ohi diren odolbilduak bertatik irten eta arteriak buxatzen dituzte (enbolia).

Era berean, arteria-presio altua dela eta, arteriako paretan haustura gerta daiteke, puntu jakin batzuetan arrisku hori izaten baita, eta ondorioz, odoljariora gertatzen da.

Badaude zenbait faktore arterietan horrelako lesioak eragiten dituztenak, eta horregatik GZBA izateko **"arrisku-faktoreak"** esaten zaie.



Nola agertzen den GZBA pertsona batengan

Zerebroak gure gorputzak egin ditzakeen funtzio eta jarduera guztiak antolatzen ditu, eta alde bakoitza funtzio hauetako batez edo batzuez arduratzen da. Zerebroko alde bat odolik gabe geratzen bada bat-batean (tronbosi edo enboliaren ondorioz) edo odol-isuria gertatzen bada (odoljariora), bere funtzioa betetzeari uzten dio, eta ondorioz, segundo edo minutu gutxi batzuetan, pertsona horrek kaltetutako zerebroko aldeak kontrolatzen zuen ekintza edo funtzioa egiteko gaitasuna galtzen du.

Europako mendebaldean arrisku-faktore garrantzitsuenak honako hauek dira:



TABAKISMOA



HIPERKOLESTEROLEMIA



EGONEKO BIZIMODUA



DIABETESA



ESTRESA



BIHOTZEKO PATOLOGIA



HIPERTENTSIO ARTERIALA

GZBAk ematen dituen sintomak

- **Kontzientzia mailaren aldaketak:**

Koma egoeratik (ez da esnatzen deitzean, ez eta mina izan arren ere) logaleraino-koa izan daiteke.

- **Hemiplegia:**

Gorputzaren eskuin edo ezkerraldearen paralisia.

- **Afasia:**

Mintzairaren nahasmendua. Hitz egin eta/edo ulertzeko, irakurtzeko eta idazteko zailtasunak.

- **Hipoestesia:**

Eragindako aldean estimuluak sentitzeko gaitasuna gutxitzen du: ukimena, tenperatura eta mina. Gorputz-adar bat lokalizatzeko edo gorputz-adar horren mugimendua sentitzeko gaitasuna ere gutxitu daiteke.

- **Hemianopsia:**

Ikusmena galtzea ikusmen-eremuaren eskuinalde edo ezkerraldean.

- **Iresketaren nahasteak:**

Irensteko zailtasunak.

- **Anosognosia:**

Pertsona bat duen gaitzaz jabetzeko gai ez izatea (adibidez: beso bat ezin duela mugitu jabetzeko ezgaitasuna, edo hanka bat ez duela sentitzen).

- **Asomatognosia:**

Eragindako gorputz erdia berea dela sentitzeko gai ez izatea.

- **Orekaren trastornoak:**

Zutik egoteko zailtasunak, pazientea eserita edo zutik dagoenean, edo oinez dabilenean.

- **Depresioa:**

Goibeltasuna, edozertarako gogo gutxi, norberari buruzko iritzi apala, etengabe negargura izatea, ezkortasuna, heriotzari buruzko pentsamenduak, eta abar.

- **Emoziozko labilitatea:**

Arrazoirik gabeko barre edo negar erreakzioak, eta mutur batetik besterako (poza, tristura) aldaketa azkarrak.

- **Nahasmendu kognitiboak:**

Ulertzeko, memorizatzeko, arrazoitzeko, orientatzeko eta arazoak konpontzeko gaitasuna galtzea.

- **Maskuri-esfinterretako arazoak:**

Pixa egiteko zailtasunak, pixa-ihesak eta abar.

- **Heste-iragapenaren arazoak:**

Idorreria.

Ohikoa da pazienteak 2–4 asteren buruan gaitasun horiek berreskuratzea (anosognosia, asomatognosia, eta abar), baina beste batzuk, ordea, hala nola, hemiplegia, ez dira erabat berreskuratzen beti, ez eta 3–6 hilabete igaro ondoren ere, hori baita hain zuzen pazienteek berreskuratze behar izaten duten epea.

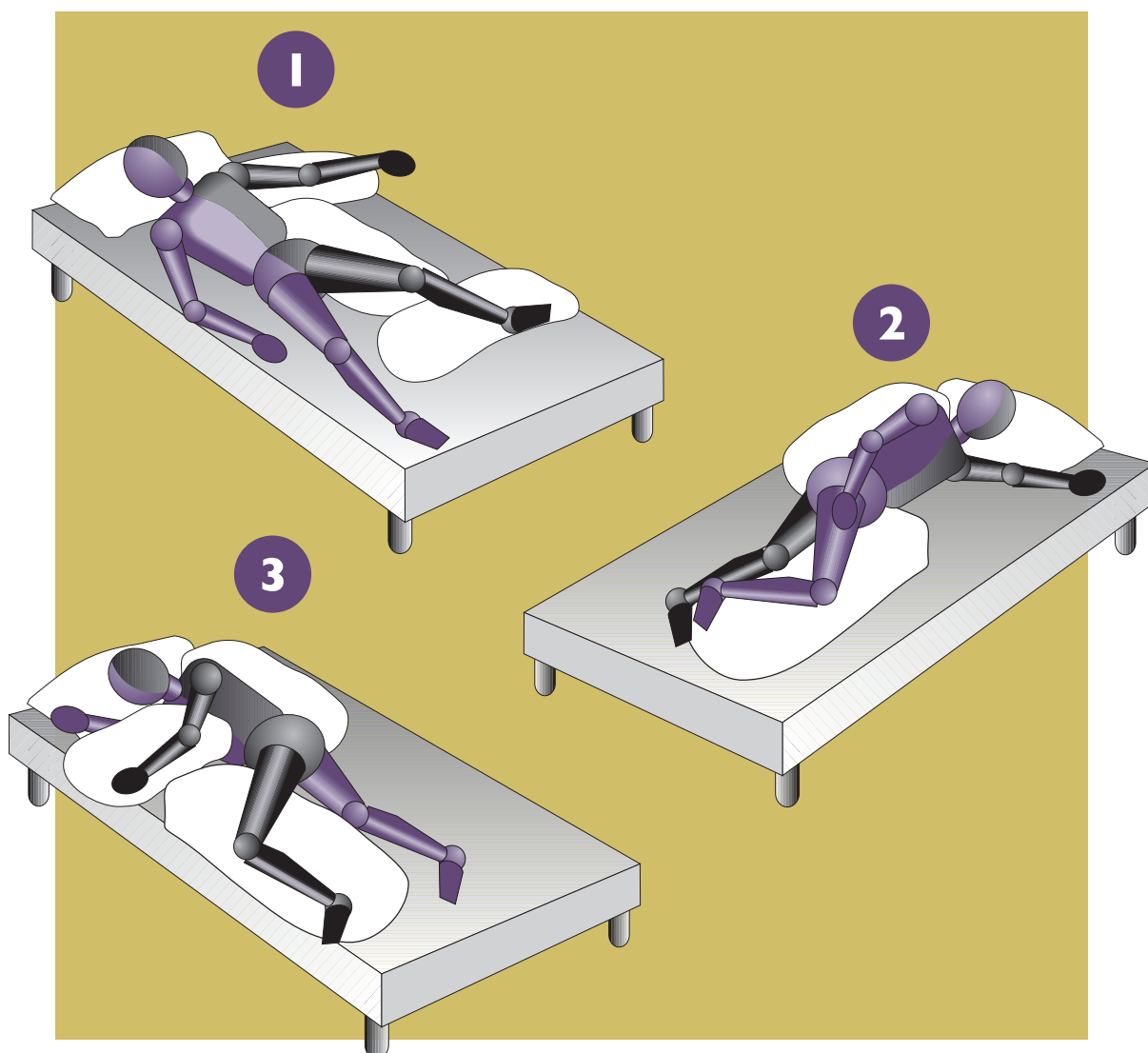
Egoera larrienean dauden pazienteen portzentaje batek askotariko ondorioak izango ditu.

JARRERAREN ZAINKETAK ETA ALDAKETAK

Jarrera zaintzea garrantzitsua da, pazienteak ahalik eta konplikazio gutxien izateko eta sendaketa bizkortzeko.

Pazientea ohean dagoenean, besoa eta hanka behar bezala jarri behar dira 1, 2, eta 3 irudiek erakusten duten bezala, gorputz-adar horien hanturarik ez izateko, giltzadurak ez deformatzeko eta koltxoiaren gainean presiorik handiena jasotzen duten eremuetan, hala nola orpoan, orkatilen aldeetan edo bizkarrezurraren oinarrian, zauririk ez agertzeko.

3 ordutik behin ohean dagoen pazientearen jarrera aldatzea komeni da. Jarrera hauetan jar daiteke: gora begira, paralizatutako aldearen gainean eta paralizatu gabeko aldearen gainean (ikus 1., 2. eta 3. irudiak). Horrela, paralizatutako aldean zona arriskutsuen gaineko presio-denbora murrizten lagunduko dugu (ultzerei aurrea hartzeko) eta arnas mukositateak mugituko ditugu (infekzioen prebentziorako). Oso onuragarria da pazienteak bera bakarrik jiratzen saiatzea, buelta-erdia eman behar diogun bakoitzean.



Oharra: alde paralizatua kolore ilunagoarekin adierazten da.

Paziente hemiplegikoa, ohetik aulki batera jaikitzen hasten denean, paralisiak jotako aldera okertu ohi da.

Batzuetan, eta batez ere paralisia gorputz-erdiaren sentikortasun-faltarekin lotzen denean, oso gauza nabaria izaten da hori, eta badirudi alde horretara "bultzatzen" duela gainera.

Hasieran, gorputza postura onean –ahalik eta tenteen– mantentzea izaten da inportanteena, saiheztaldean kuxin batez lagunduta egongo bada ere. Eta besoa "zintzilik" ez, baina behar bezala bermatuta edukitzen saiatuz. Eta oinek ere postura onean ipinita egon behar dute.

Egoera orokorrak hobera egiten duen neurrian, gerria gero eta gehiago kontrolatzen lagunduko diogu, pazienteak modu aktiboago batean parte hartuz. Hitz gutxitan esateko, "gorputz-enborra" aulkian edukitzeko postura kontrolatzera iritsi behar du.

Ariketa erraz batzuek asko lagun dezakete hori lortzen.

Pazientearen aurrean eserita jarrita –muturrez aurrera eror ez dadin, alegia–, laguntzaile batek eska diezaioke oker dezala gorputza aurrerantz eta atzera txandaka. Postura horietako bakoitzean, batez ere aurrerakoan, segundo batzuetan mantenduz.

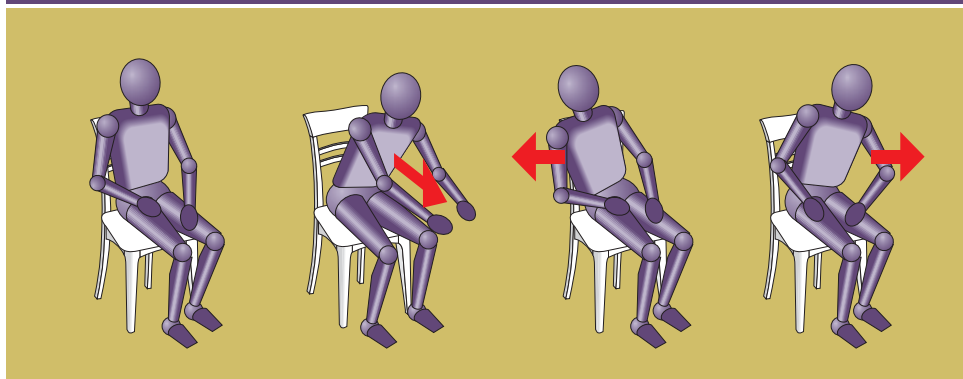
Garrantzi handia du, batez ere hasieran, aurrerantz ez erortzeak, laguntzailea pazientearen aurrean jarritz.

Eta aurrera eta atzera bezala, eskuinera eta ezkerrera ere okertu dadila eskatuko diogu, postura horietako bakoitzean segundo batzuk mantenduz, "alde oneko" posturan bereziki.

Gorputza okertu behar du, noski, eta ez burua bakarrik.

Ariketa hau gero eta zuzenago egiten joaten den neurrian, alboetarako mugimendu horiek aulkia bizkarrarekin ukitu gabe egin ditzala eskatu behar zaio.

ENBORRAREN KONTROLA ESERITAKO JARRERAN



Zutik jartzea eta jarreraren kontrola (zutik nola mantendu)

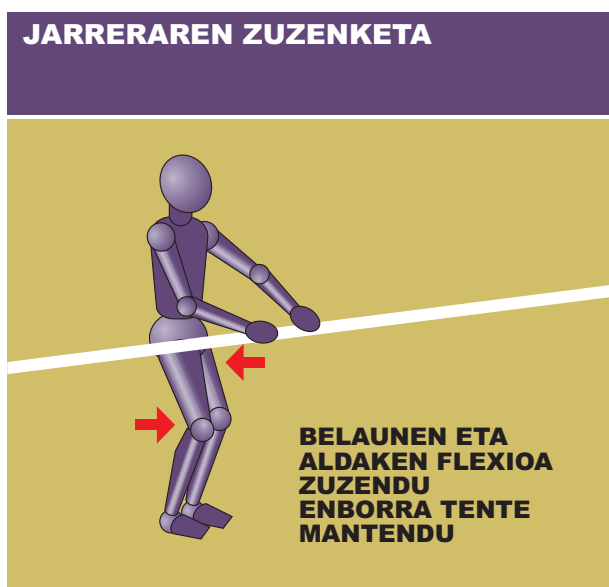
GZBA bezalako gaixotasun baten ondoren, pazienteak zutik jartzeko zailtasunak ditu, eta, sarritan, ezegonkortasuna, desoreka eta jarreraren kontrol txarra agertzen dira.

Ibiltzen hasi aurretik, garrantzitsua da pazienteak, zutik dagoela, oreka mantentzen ikastea. Ibiltzea lortzen ez duenean ere, zutik mantentzea oso baliagarria izan daiteke, transferentziak (etzatea – zutik jartzea – esertzea) errazten dituelako. Ariketa horiek korridoreko barran edo ohearen oinaldean egin daitezke.

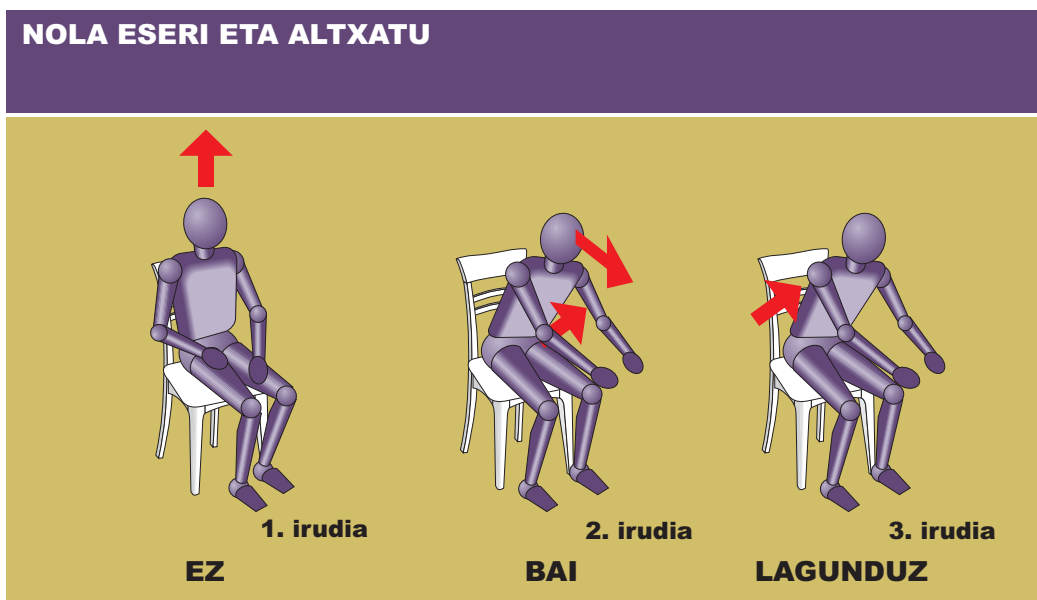
Baliteke hasieran pazienteak aldakak eta belaunak tolestuta dauzkan jarrera agertzea. Kasu horietan, laguntza eman beharko diogu jarrera tentea har dezan. Baliteke gaixoak gorputza atzerantz bota eta gorputzaren pisua orpoetan kargatzeko joera hartzea; garrantzitsua da desoreka hori ibiltzen hasi aurretik zuzentzea. Pazienteak jarrera zuzendu behar du, aurrerantz eginez –baina okertu gabe– eta behar izanez gero kopetarekin horma ukituz. Oin-puntek hormatik behar bezain urrun egon behar dute, aipatutako jarrera errazteko.

Alboko inklinaziorik egonez gero, hori ere zuzendu egin beharko da. Horretarako, eskuek barrari eutsi behar diote ukondoak apoiatu gabe. Oinek ez dute batera egon behar, pixka bat bananduta baizik, oinarri ona izateko.

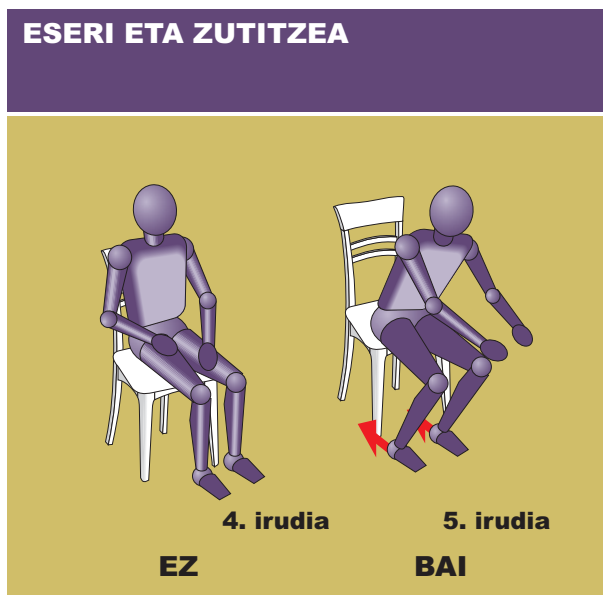
Pazienteak ez du makurtu edo altxatu behar; zutik gelditu behar du, jarrera egokiaz ohartzeko. Ariketa 1–3 minutuz egingo da, 2 minutuko atsedena hartuta. Ariketa 10–15 minutuz egin behar da, egunean hainbat aldiz.



Erortzeko arriskua handitu egiten da, GZBAren ondoren, pazientea aulkian esertzen eta bertatik zutik jartzen, edo bira ematen hasten denean. Horregatik, garrantzitsua da mugimendu horiek era egokian egiten ikastea. Pazienteak aulki batetik zutitzen denean, ez du bertikalki zutitu behar igogailu baten moduan (1. irudia); aurrerantz bultzada bat behar du. Gorputz-enborra tolestu eta buruarekin aurrerantz bultza egin behar du, hantekin gorantz indarra egiten duen bitartean (2. irudia).



Pazienteari zutitzen laguntzen diogunean, ez diogu “besoetatik tira egingo” (inoiz ez paralizatutako besotik), horrek bizkarreko muskuluak uzkuertzeko erreakzio erreflexua eta atzerantz desorekatzeko joera eragin ahal izango lituzke eta; gainera, sorbaldak lesiona diezazkiokegu.



Zutitzen laguntzeko, bizkarrean emeki-emeki bultzatuko dugu, gorantz eta aurrerantz aldi berean (3. irudia).

Gero pazientearen oinek lurrean duten jarrerari erreparatuko diogu: ez dute oso aurreratuta egon behar (4. irudia). Errazago zutitu ahal izan dadin, oinen posizioa pixka bat atzeratzea komeni da (5. irudia).

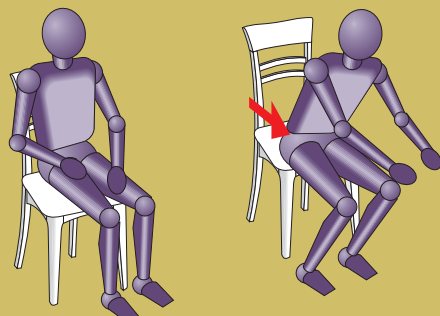
Neketsua da aulkitik zutitzea, aulkiaren "hondo-hondoan" eserita badago (6. irudia). Kasu horietan, ipurmasailak aulkiaren aurreko aldera eramatea komeni da, zutitzen saiatu aurretik (7. irudia).

Aulkiek ez dute oso baxuak izan behar, horrela zutitzea zaildu egiten baita, eta beso-euskarriak lagungarriak izan daitezke, bi besoak bermatuz gero (8. figura).

Esertzeko, urratsak alderantziz eman behar dira: lehenik bi eskuak beso-euskarrietan bermatu eta gero poliki-poliki eseri, pisua kontrolatuz eta gorputzari atzeraka kolpetik erortzen utzi gabe.

Aulkiak hormaren kontra bermatuta egon behar du eta, gurpilekoa bada, freno jarri eta pedalak altxatu behar dira beti, estropezu egitea saihesteko.

ESERTZEA ETA ZUTITZEA



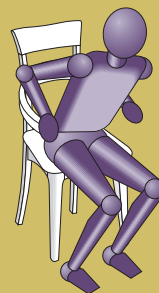
6. irudia

EZ

7. irudia

BAI

BESOEKIN LAGUNDU



8. irudia

Errehabilitazio funtzionaleko prozesuan eskailerak igotzen eta jaisten irakasten diegu gaixoei, euren posibilitateen neurrian.

Oro har, hasieran eskailerak "banan-banan" igotzen irakasten diegu. Hanka batek eskailera-maila bat igotzen du eta, gero, beste hankak eskailera-maila bera igotzen du.

Normalean hanka batek (onak) besteak baino (txarrak) potentzia gehiago duenez –haustura, ebakuntza edo paralisia izan duelako–, modu jakin batean ibiltzen ikasi behar dute:

IGOTZEKO:

LEHENDABIZI, HANKA ONA eta txarra ondoren. (Igotzean, aurreko hankak egiten du indarra).

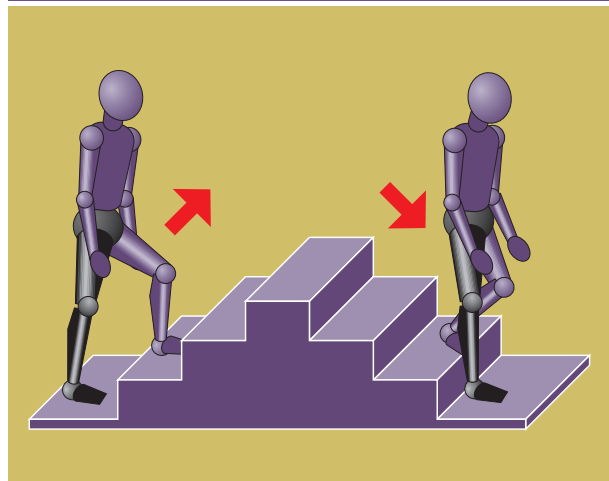
JAISTEKO:

LEHENDABIZI, HANKA TXARRA eta ona ondoren. (Jaistean, atzean geratzen den hankak egiten du indarra).

Beraz, "**ONAREKIN**" IGO eta "**TXARRA-REKIN**" JAITSI

Bi hanketan lesioak badaude, ongien dagoena eta indar gehien duena joko dugu hanka "ontzat".

ESKAILERAK



ZAILTASUN GEHIGARRIAK ESKAILEREKIN

Oro har, eskailerak igotzen ondo moldatu behar da jaisten hasi aurretik. Jaisteak segurtasun-falta eta beldur gehiago sortzen du eta egonkortasun gehiago eskatzen du.

Eskua barandan eraman behar da, ukitzeari utzi gabe. Gorputzaren aurretik joan behar du beti (bereziki jaistean), pausoa ematean atzean gera ez dadin. Eskua atzera geratuko balitz, gorputza desorekatu eta erortzeko arriskua izango litzateke.

Eskuineko nahiz ezkerreko **baranda** erabil daiteke, gaixoari segurtasun gehien ematen diona. Fase aurreratuetan bi egoeretan moldatzen ikastea komeni da, ahal izanez gero, etxean duten modukoan.

Makulu bat erabiltzen badu, oro har, "alde onean" erabiliko du eta honako hau izango da sekuentzia logikoa:

IGOTZEAN:	1. hanka ona	2. hanka txarra	3. makulua
JAISTEAN :	1. makulua	2. hanka txarra	3. hanka ona

Eta beste aldean barandaren laguntza.

Ez ahaztu eskailera-mailaren erdian **zapaldu** behar duzula bermakuntza ona izateko. Saihestu oinaren erdia kanpoan eta erdia barruan jartzea.

Beso hemiplegikoa egunero-egunero mugitu behar da. Espastikotasuna eta sorbalda minberatua –beso hemiplegikoak izan ohi dituen konplikazio erantsiak– eragozten laguntzen du.

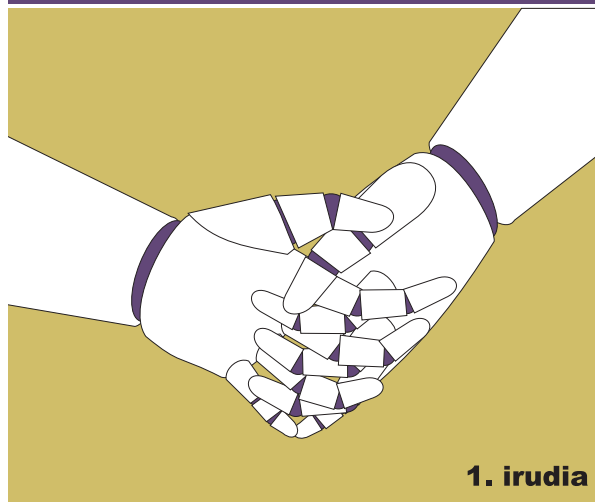
Besoak mugimendu aktiborik ez daukanean, edo oso gutxi daukanean, berorren mobilizazio pasiboak egitea gomendatzen da.

Zehazkiago esanda, mugimendu autopasiboak paralisiak jotako besoaren mugimenduak dira, “pazienteak berak” beso onaz lagunduta egiten dituenak. Horiek egiten ikasi behar du, eta eguneroko errutina bihurtu, gainera. “Esku txarrarekin” “beste eskuari” helduko dio. Hatzak indarrez (errezatzen bezala) gurutzatuko ditu, **1. irudian** ikusten den moduan. Eta hori ezingo balu inola ere lortu, balia daiteke beste modu batez: “esku txarrari” eskumuturretik helduko dio sendo, ahurra gorantz duela, **2. irudian** bezala. Eskuari parte batetik helduz, ondo eutsia joan dadin.

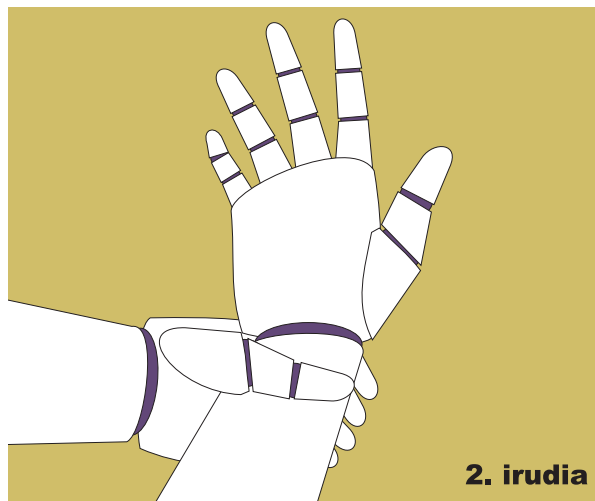
Beti ere, beso paralitikoa bere eskutik sendo-sendo hartuz, gora jasotzen saiatuko da aurrealdetik, ahal duen guztia, burutik gora izan dadila saiatuz.

Eta gero jaitsi egingo du, pixkana-pixkana (**3. eta 4. irudiak**).

BESO HEMIPLEGIKOARENTZAKO AUTOPASIBOAK

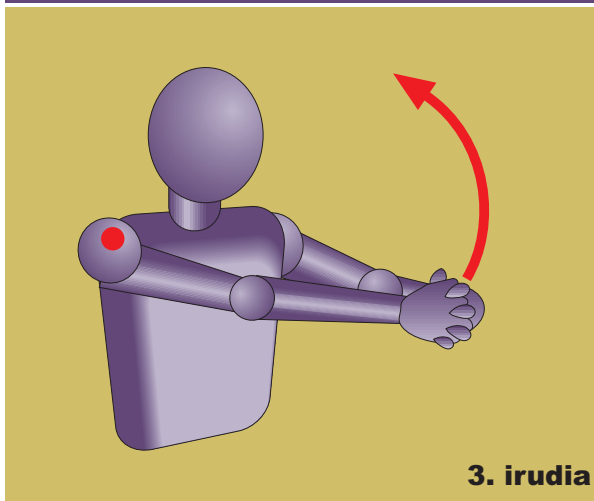


1. irudia

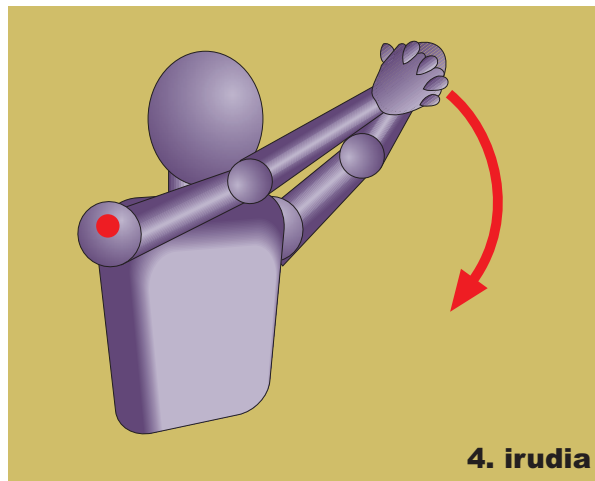


2. irudia

AUTOPASIBOAK



3. irudia



4. irudia

Mugimendua sorbaldari ematen saiatu behar dugu hemen. Horregatik, ukondoak luze, tolestu gabe, egon behar du beti.

- Mugimenduaren ibilia gorputzaren erdi paretik, ardatzetik, egiten saiatu behar da.
- Eta mugimenduaren ibili horrek ahalik eta luzeena izan behar du, bai gora eta bai behera.
- Eta astiro-astiro egin behar dira beti. "Poliki-poliki".
- Ez egin mugimendu bizkorrik eta sorbaldaren tirakada edo astindurik, mesede baino kalte gehiago egiten dute-eta.
- Mugimendu horiek ez dute, bestalde, inolako minik egin behar.
- Pazientearen arretak eta begiratuak eskuaren mugimenduan zentratu behar dute, eta ez beste ezertan. Bere gorputzaren eta bere mugen kontzientzia hartuz.
- Ariketa hau egin daiteke egunean bi edo hiru aldiz (10-20 mobilizazioko serieak), jai-kita dagoenean.
- Edo egin daiteke ohean etzanda ere, ahoz gora, eskuari helduz eta mugimendua antzeko moduan eginez. Egia esan, oso egokia da goizean ohetik jaiki aurretik hainbat aldiz eta gauean ere lo hartu aurretik ohean bertan egitea.

Azpirarratu behar dugu alderdirik inportanteenak hauek direla: mugimendu luzeak egitea, astiro, zentratuta, arreta eta begien kontrola mantenduz. Inoiz ere ez presaka eta indarrez tiratuz.

Irristatze bidez egin beharreko mugimenduak

Ariketa hauek sorbaldari ematen diote mugikortasuna, baina batez ere lortu nahi dena da besoen mugimenduak enborraren flexio, luzapen eta errotazioko mugimenduekin koordinatzea.

Bi eskuak elkartuta –hatzak gurutzatuta– dauzkagula, mahai gainean irristan mugitu behar ditu eskuinetik ezkerre, eta ezkerretik eskuinera.

Ahal bada, bizkarra aulkiaren bizkarretik bereizita egingo dugu. Besoen mugimenduak egitearekin batera gorputzenborra ere eskuinetik ezkerre eta alderantziz biratzeko mugimendu arin batzuk eginez.

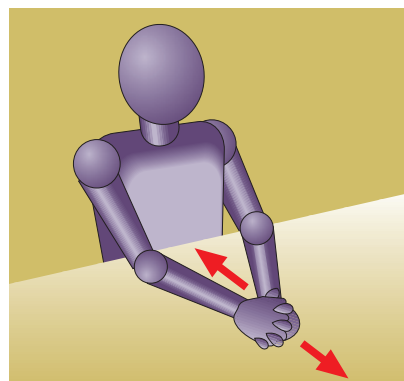
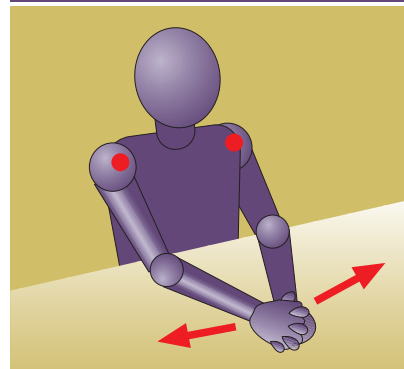
Eta egin ditzakegu aurrera-atzerako mugimenduak ere (arraunean bezala), gorputza eskuen traiektoriarekin batera pixka bat kulunkatuz.

Bi ariketa horiek egin daitezke "esku txarra" mahaiaren kontra luzatuta jarritz eta beste eskuarekin –hau ere luzatuta– haren gainean presio eginez.

Nolanahi ere, mahai gainean "irristatuz" egin beharreko mugimendua da, "argizaria ematen/argizaria leuntzen" bezala.

Eskuak ezin badira mahai gainean ondo irristatu, jar daiteke azpian lautan tolestutako zapi bat (eskuoihala, adur-zapia, gamuza, etab.), irristatzeko lana errazteko.

HEMIPLEGIA IRRISTATZE BIDEZKO MUGIMENDUAK MAHAI BATEN GAIÑEAN



Hemiplegiak jotako besoko ukondoa mugitu beharreko kasua dugu hau (ezkerrekoa marrazkian).

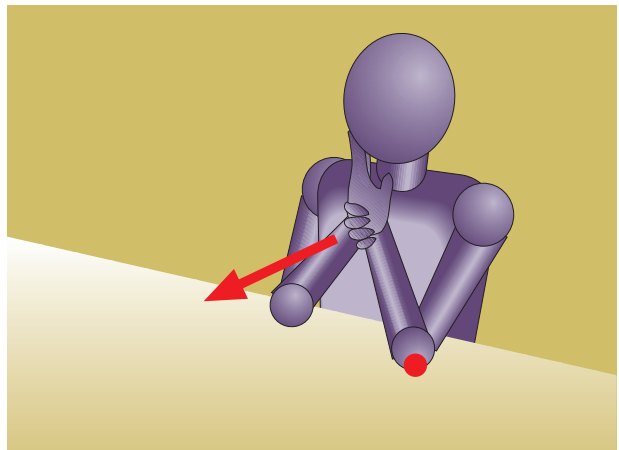
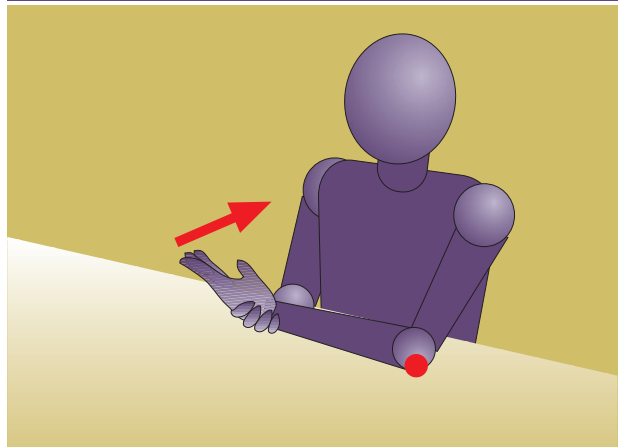
Bi ukondoak mahai baten gainean jarrita jardungo dugu, baina egin daiteke mahairik gabe ere.

Eskumuturrari azpitik tinko helduko diogu (marrazkian bezala), eta besaurrea mugituko dugu...

- beheara (ukondoa luzatuta)
- eta gora (ukondoa tolestuta).

Gogoratu behar dugu mugimendu hauek guztiak astiro eta poliki egin behar direla, astindu eta tirakadarik gabe. Eta ibilbidea bere luzera guztian egin behar da: ukondoa erabat luzatuta dagoen posiziotik guztiz tolesteraino, eskuarekin bularra jotzeraino.

HEMIPLEGIA: UKONDOAREN MUGIMENDUAK



Mugimendu hauek egunean behin baino gehiagotan egin behar dira.

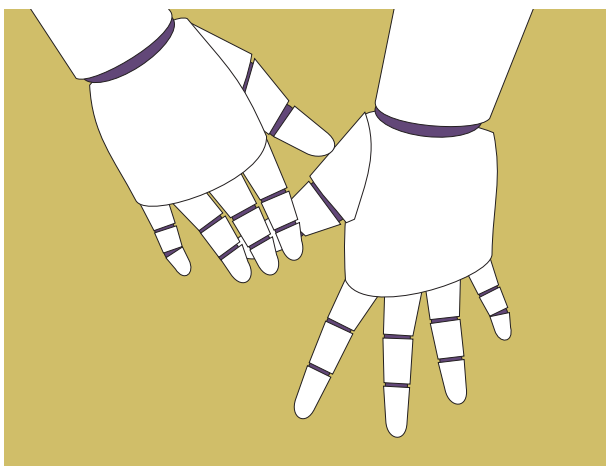
Esku hemiplegikoa mahaiaren edo hankaren gainean jarrita eta ahurra gorantz duela, hatzak beste eskuarekin hartuko ditugu, tinko, eta tiramenduak egingo dizkiegu ahurra ondo irekiz.

Ondoren, hatzak bildu edo tolestu egingo ditugu, bigarren marrazkian bezala, esku-ahurra itxiz.

Ariketa hau 10-20 aldiz errepikatu behar dugu, eskua ireki eta itxiz.

Hatzak 2 edo 3 segundo edukiko ditugu luzatu edo tiratuta mugimendu bakoitzean.

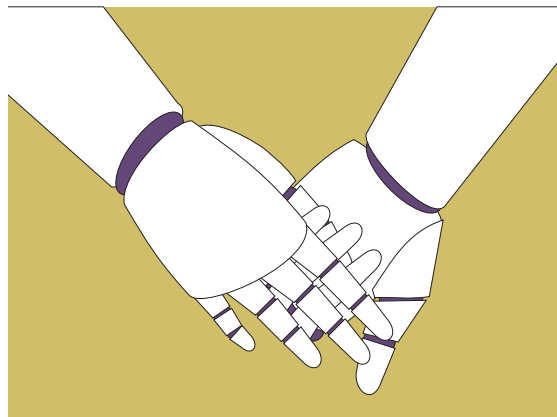
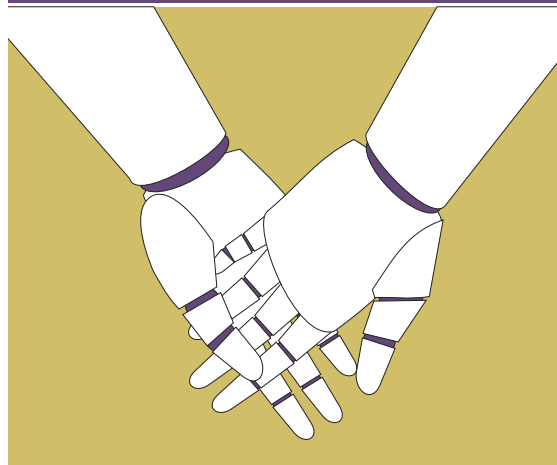
Bestela esanda, arreta gehixeago jarriko diogu eskua irekita edukitzeari eta tiramendu hori egiteari, ixteko mugimenduari baino.



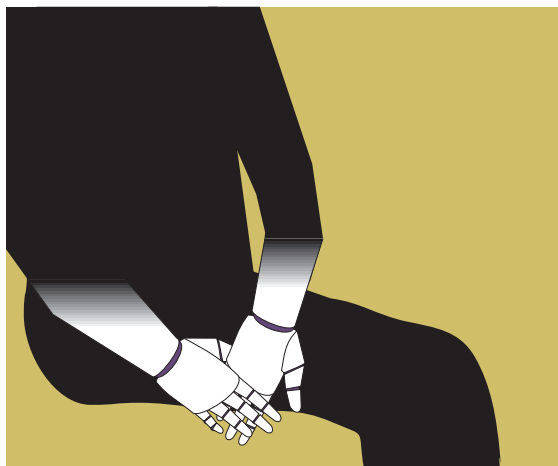
Eta azkenik, eserita gaudela, luzatu edo tiratu ditzakegu ederki asko hatzak, marrazkian erakusten den bezala:

Esku txarra kontrako izterraren gainean jarriz, ahurra gora begira duela, beste eskuko hatzez beherantz presionatuz.

ESKUEN ETA HATZEN MUGIMENDUAK



Hatzen tiramenduak egiteko beste modu bat ahurra mahai baten gainean jartzea da (marrazkian bezala), hatz lodia (erpurua) atzealdera jarriz.



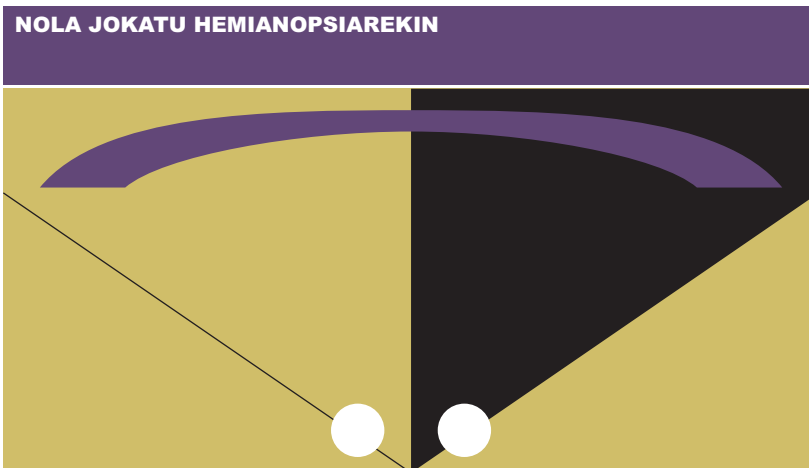
Garuneko Istripu Baskular Akutua izan ostean etor daitekeen ondorioetako bat **HEMIANOPSIA** da.

Paziente batek, hemianopsia daukanean, ezin du ikusi alde bateko ikuseremua bi begietako bat berarekin ere. Zehazkiago esateko, hemiplegia edo paralisia daukan aldeko ikuseremua da ikusi ezin duena.

Ez da begietako arazo bat, baizik eta ikusmen-informazioa "prozesatzen" duen garun-eremuko edo eremu horretarako igarobideetako.

Hori gertatzen zaionean, pazientea oso mugatua geratzen da. Bere begien aurrean daukanaren edo gertatzen denaren erdia soilik kontrolatzen du-eta.

NOLA JOKATU HEMIANOPSIAREKIN



Eta horregatik, ikus dezakeen aldera bakarrik begira egongo da gehien-gehienetan.

Oinez doazenean, sekulako beldurra ematen die ikusten ez duten aldera jiratzeko.

Lehenbiziko egunetan ez da batere harritzekoa beldurra, nahasmendua eta eldarnioa sentitzea.

Batzu-batzuetan, senda daiteke ondorengo faseetan. Baina beti gerta daiteke halako "ohitze" bat egoera horretara. Eta arazoa konpontzeko modu bat ere bai, pazientea egoeraz jabetu ahala, begiak edo burua alde "ilun" horretara jiratzen "ikasten" duenean, ikuseremu zabalagoa izateko.

Zein aldetatik hitz egin behar diogu?

Lehenbiziko egunetan zailtasun larria izaten da nahastuta dagoen paziente batentzat jende guztiak ikusten ez duen aldetik hitz egitea. Horrela egiteak larritasun handia sortzen dio pazienteari, eta alterazio psikikoak izateko arriskua dauka. Horregatik, bada, ikusten duen aldetik (paralisiak jo gabeko aldetik) hitz egin behar diogu hasieran.

Eta pixkana-pixkana, gertatzen ari zaionaz gehiago “ohartzen” den neurrian, estrategiaz aldatuko dugu egunez eguneko martxan.

Behin ikusten duen aldetik ikusten gaituenean, posizioz aldatzen joango gara berari buruz, gero eta erdirago jarritz aurrea, eta paralisiak jotako alderantz aldatuz gero pixkana. Horrela, bere begiradarekin guri “bere kasa jarraitzera behartuko dugu”, edota, berdin dena, gero eta ikuseremu zabalagoa izaten lagunduko diogu.

Berrezteko estrategiak

Mahaiko otordu-gauzak (platerak, basoak, ogia, tresnak, etab.) ikusten duen aldean jarri. Gauzak kontrolatzen dituen neurrian, pixkana-pixkana “alderdi ilunerantz” mugitzen joango gara, eta bilatzeko eskatuko diogu.

Eta horrela, pazientea gai den neurrian, egin daitezke saioak kartekin, dominoarekin, etab. Jokabide berarekin beti: hasieran parte har dezala ikusten duen aldetik, eta gero, joan dadila gutxinaka ikusten ez duen aldea ere menderatzen.

Mahai gainean ipinitako hainbat argazki familiarrek edo bestelako gauza desberdinek ere balio diezagukete lan bera egiteko.

Fase aurreratuagoetan, pazienteak laguntzen badu, saia gaitezke irakurtzen (hasieran oso zaila izaten da, hemianopsia eskuinekoa denean lerroaren lehen erdia bakarrik irakurtzeko joera dutelako, eta hemianopsia ezkerrekoa denean, berriz, lerroaren erditik hasten direlako).

Nola jokatu heminegligentiaren kasuan (ezkerrekoa/eskuinekoa)

Hemiplegia-kasu askorekin batera AGERTZEN DA (ia beti ezker aldekoak izaten dira). Aste batzuk igarotakoan desagertu ohi da.

HONETAN DATZA: gaixoak objektu baten, pertsona baten, gela baten, paisaia baten eta abarren eskuineko aldea bakarrik hautematen du (ez da ezkerreko erdiaz ohartzen, ondo ikusi arren. Ez da begiaren akatsa, garunarena baizik). Erlojuaren esferan, esaterako, 12ak eta 6ak bitarteko orduak bakarrik antzematen ditu, egunkariko titularraren eskuinaldea bakarrik irakurtzen du eta argazki baten, zaintzailearen edo leihotik ikusten duen paisaiaren eskuineko erdia bakarrik hartzen du kontuan.

Gorputzaren ezkerreko aldea ez du kontuan hartzen, jarrera txarretan uzten du, oinez dabilenean ezkerreko besoa altzarien kontra kolpatzen du, etab.

Burua alde osasuntsura biratuta dagoela egon ohi da, eta beste aldera biratzeari uko egiten dio. Oso zaila da haren arreta lortzea ohearen ezker aldean jartzen bagara, etab.

GURE JOKABIDEA ondorengoa izango da:

- Eskuinaldetik gerturatuko gatzazkio eguneroko bizitzako eginkizun garrantzitsuenerako: garbitzeko, jaten emateko, mezu garrantzitsuak jakinarazteko, gure presentziarekin lasaitzeko.
- Hasieran, haren ikuseremuaren erditik gerturatuko gatzazkio eta, pixkanaka, ezker aldeara mugitzen joango gara, porrot egiteak axolarik ez duen eginkizunak garatzeko, haren arreta ezker aldeara eramatea eta hura sendatzea beste helbururik ez dutelako: "Begira aldizkari honetan zer azaltzen den", "Begira nola ari duen euria kalean", etab.
- Pazientea arazo hori gainditzen doan heinean, interesgarria da eguneroko jarduerak ezker aldeetik egiten hastea: jaten ematea, janzteia, etab.

Nola jokatu disfagiaren kasuan (irensteko trastornoa)

Garuneko Istripu Baskular Akutua izan ostean etor daitekeen ondorioetako bat disfagia edo irensteko zailtasuna izaten da.

Eta irensteko arazo horiek likidoekin gertatzen dira, gainera, batik bat, bronkioetarako joera hartzen dute eta irensten ditugunean.

1. Irensteko trastornoen kasuan elikatzeko gomendioak

Hainbat osasun-arazok eragin ditzakete mastekatzeko eta irensteko eta/edo likidoak edateko arazoak.

Zailtasuna elikagaiak mastekatzea eta irenstea denean, birrinduta hartu behar dira, pure lodi baten moduan.

Irensteko zailtasuna likidoak edatean gertatzen denean, kasu horietan **loditzai-leak eta gelatinak** erabili beharko dira. Loditzaileak eta gelatinak ez dira mantengaiak eta ez dituzte elikagaiak ordeztzen. Loditzailea farmazian erosten da, familia-medikuaren errezetarekin.

2. Dieta prestatzeko gomendioak

- Dietak askotarikoa izan behar du eta frutak, lekaleak eta koipe eta kolesterol gutxiko elikagaiak izan behar ditu.
- Garrantzitsua da elikagaiak itxura erakargarria izatea, listu-jariatzea estimulatzeko.
- Janari suabeak errazago irensten dira, hala nola pureak, kremak (patata, zainzuri, azenario eta abarrekin eginak), konpotak eta fruta-irabiatuak, jogurtak, budinak, gaztanbera, marmeladak.

Saihestekoak dira ahosabaian itsatsita gelditzen diren elikagaiak, adibidez bananak, guriak, gaztatxoak, etab.

3. Jateko gomendioak

- Bilatu leku atsegin bat eta aukeratu **presarik gabeko une** lasai bat. Kendu telebista.
- Prestatu tresna eta elikagai guztiak. Eskatu laguntza, zerbait ezin baduzu bakarrik egin.
- Ez eman jaten, gaixoa erdi lo badago.

- Jarrera oso garrantzitsua da, horregatik, gaixoak bizkarra tente eta bi eskuak mahai gainean dituela eseri behar du. Ohean badago, jarri pazientea ahalik eta jarrera altxatuenean.
- Egiatzatu janariaren tenperatura egokia dela.
- **Hartu mokadu edo koilarakada txikiak** eta joan bolumen handiagoak hartzen, gaixoa toleratzen doan heinean.
- Eman janaria **erasana ez daukan aldetik**.
- **Ez** eman beste koilarakadarik, aurrekoa irentsi duen arte.
- **Ez** hitz egin jaten ari den bitartean.
- **Ez erabili** edateko **lastorik**.
- Bete **edalongtzia erdia baino gehiago**; edatean, ez da burua atzera bota behar.
- Masailean janari-hondarrak gelditzen bazaizkio, kendu hatzaren laguntzarekin.
- Janari gutxi irentsi badu, gehitu beste otordu bat otordu nagusien artean.
- Gaixoa nekatuta badago, egin atsedenaldi bat eta, pixka batean itxaron ondoren, hasi berriz janaria ematen.
- Otordu bakoitzaren ondoren hortzak garbitu behar dira.

Jarduketa espezifikoez gain, badaude beti mesedegarriak diren ARIKETA BATZUK:

- **Ezpainetan eta aurpegian ahultasuna dutenentzat:**

Muturra zimurtu eta irribarre egin, txandan-txandan. Musuak eman. Hortzak erakutsi eta ezkutatu. Putz egin. Aurrena alde batetik putz egin eta gero bestetik, txandatur. Putz egin eta hurrupatu, txandaka. Ezpainak estu-estu itxi. Botoi bati ezpaineekin eutsi eta bere txulo batetik pasatutako hari batekin kanpotik tiratu. Mihi-jaistaile bati ezpaineekin heldu eta horizontal mantendu.

Indar handiz ahoskatu: /U/ --// ----/U/--// ...

- **Mihiaren mugikortasuna hobetzeko:**

Goiko eta beheko ezpainak miazkatu. Mihia sudur-puntara eta kokotsera eramaten saiatu. Mihia bi alboetara bizi-bizi mugitu, ahotik kanpora. Hortz-haginak mihiarekin garbitu aurretik eta atzetik. Mihi-punta ahosabaitik arrastan eraman aurretik atzera. Gaza bustiei ura atera mihi-gainaren eta ahosabaiaren artean estutuz.

Indar handiz ahoskatu: /TE/--/TXE/--/KO/ /RRI/--/TXI/

- **Masailezurraren mugikortasuna hobetzeko:**

Masailezurra ireki eta itxi, eta alde batera eta bestera mugitu. Haginak txandaka estutu alde batera eta bestera. Haurrentzako hozka egitekoak erabili.

Indar handiz ahoskatu: /A/--/O/ ----- /A/--/O/.....

- **Ahosabai biguna tenkatu eta sudur-errefluxua eragozteko:**

Mihia kanpoan dugula, indar handiz ahoskatu: /Ā/. Aho-zabalka egiteko ariketak.

- **Ahosabai biguna jaisteko (aho-barrunbearen atzealdea ixteko):**

Ahoskatu: /K/ (/KEK/--/KIK/). Masailak puztu, arnasa ihes egiten utzi gabe eta ondoren airea mugiarazi ahoaren barruan batetik bestera (aho-irakuzketak)

- **Aho-sentikortasuna handitzeko:**

Ezpainei eta aurpegiari masajeak eman barrutik eta kanpotik. Pintzel edo eskuila elektriko batekin estimulatu.

- **Ahots-kordak ixteko (aspirazioen kontrako barrera egiteko):**

Kokotsa gorantz dugula, tonu altuak bokalizatu. /îîîî/ Ahoskatu: /Krik/-/Kruk/ /Jik/-/Jok/

HITZ EGITEKO ALTERAZIOAK (AFASIA) DITUEN PERTSONA BATEKIN KOMUNIKATZEKO OHAR BALIAGARRIAK

Afasia duten pazienteek argitasunez pentsa dezakete. Horregatik, hitz egin ezin duten arren, ahalik eta naturaltasun handienez gerturatu behar gatzaizkie eta, afasikoa, zenbait muga dituen arren, pertsona heldu baten moduan tratatu.

Gaixotasunaren kausak alde batera utzita, **komunikazio errazagoa lor daiteke on-dorengo teknikak erabiliz:**

- Hitz egin **poliki** eta **argi**, ahots-tonu normala erabiliz.
- Erabili **esaldi simple** eta **motzak**. Ez tratatu ume baten moduan, paziente heldua heldu gisa tratatu behar da.
- Egin galdera zuzenak, **“bai”** edo **“ez”** esanez erantzun daitezkeenak.
- Eman **instrukzio bakar bat aldi bakoitzean**, eta itxaron erantzuna, jarraitu aurretik.
- **Erabili keinuak eta adierazpenak hizketaren orde**, itxuraz gaixoak ez badu ulertzen.
- **Hitz egin alde osasuntsutik.**
- Animatu **hitz errazak esatera**, irudi-oinak ozenki irakurtzera, hitzak letraz letra esatera, irudiak eta izenak lotzera.
- **Erabili idazketa eta marrazkiak, hizketa eraginkorra ez denean**. Paziente batzuek instrukzio idatziak edo marrazkiak ulertzen dituzte.
- **Eman pazienteari erantzuteko behar duen denbora guztia** (hau oso garrantzitsua da). Presa- eta estres-egoerek haren komunikatzeko gaitasuna murrizten dute.
- **Animatu hitzez bestelako erantzunak erabiltzera** (burua mugitzea, seinalatzea, keinuak egitea...), irakurtzeko eta hitz egiteko gaitasunak erasanda badaude.
- **Ez izan zorrotzegia** hitzak ahoskatzean egiten dituen **akats txikiekin**.

Gogora dezagun komunikazioa oinarrizko giza premia dela eta hori erasanda egoteak frustrazioa, moldakaiztasuna eta bakartasun-sentimendua eragiten dituela.

Adierazi egoera horrekiko ulerkortasuna eta saiatu senti ditzaketen beldurra eta depresioa murrizten, horrek jarrera normalizatzen lagunduko die.

Muskulu bat bizkor luzatzen denean gertatzen den laburtzeko erantzun erreflexuaren EXAGERAZIOAN (paralizatutako aldean) DATZA.

ZERBAIT EGITEN EZ BADA, zenbait muskulu geroz eta gehiago laburtzen dira; horrela, oso gutxi luzatzean ere (janztean, garbitzean, zenbait jarreratan) min ematen dute eta, azkenean, erasandako besoa eta hanka behin betiko deformatzen dituzte.

Espastikotasunaren aurka ditugun TRESNAK ondorengoak dira:

- POLIKI mugitzea (erreflexua ez eragiteko),
- JARRERA jakin batzuk hartzea (muskuluak laburtzea saihesteko) eta
- muskuluak luzatzeko ARIKETAK erregularki egitea.

GURE ESKU-HARTZEA

- Erasandako besoa eta hanka kasu bakoitzean egokiena den jarrerari jarri (eta, mugituko balira, berriz jarri), horretarako burkoak, kuxinak, etab. erabiliz.
- Paralizatutako besoaren eta hankaren mugimendu guztiak poliki-poliki egin: garbitzekoak, janztekoak, jarreraz aldatzekoak, etab.
- Adierazitako luzatze-ariketak zehaztasunez eta mantso-mantso errepikatu.
- Saiatu pazienteak ariketa horiek ikas ditzan eta zehaztasunez eta erregularki egin ditzan.