



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN DEL
LENGUAJE PARA EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL ICTUS.**

Autor/a: JAVIER CENTENO HERNÁNDEZ.

Tutor/a: ISABEL GUERRA CUESTA.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias a todas las personas que han colaborado en mi formación como enfermero, ya que este proyecto es el último paso a seguir para la consecución del título. Si estoy escribiendo estas palabras, es porque me encuentro en situación de conseguirlo y me reitero diciendo que ello es gracias a la infinidad de profesionales, profesores, enfermeras, médicos... que han colaborado con su tiempo y sabiduría en mi formación.

También quiero dar las gracias a todos los pacientes afectados por el ictus que han pasado por mis manos durante los cinco años que llevo trabajando como logopeda. Porque este proyecto no se ha realizado sólo con la intervención de uno de ellos, si no que aunque ellos no lo saben ha sido posible gracias a todo lo que he aprendido de cada uno, porque cada uno me ha enseñado algo distinto, tanto en las deficiencias que pueden tener como en sus necesidades.

Por otro lado, quiero dar las gracias al personal del Hospital Benito Menni, especializado en tratamiento de personas con daño cerebral, por haber puesto a mi disposición toda su información y ayuda.

Por último, quiero dar las gracias a mi tutora de proyecto, Isabel Guerra Cuesta, la persona que siempre ha estado dispuesta a ayudarme en cualquier momento que lo he necesitado a lo largo de toda la carrera. La persona, que me ha apoyado y me ha dado ánimos para seguir adelante conociendo la difícil situación que tenía, de trabajo y estudios y que siempre ha encontrado soluciones adaptándome los horarios para que yo pudiese seguir adelante con mi formación.

A todos ellos gracias.

RESUMEN

Los accidentes cerebrovasculares o ictus, son lesiones producidas por una interrupción o alteración del flujo sanguíneo cerebral, debido a la rotura de un vaso o a la presencia de algún coagulo en alguno de ellos.

Como consecuencia de ello, se ponen de manifiesto, secuelas que afectan a la autonomía de la persona y también modifican los equilibrios de las familias sufriendo un cambio radical.

Una de las áreas que más se suele afectar en los pacientes que sufren un ACV es el área del lenguaje.

Por ello es parte fundamental, y el objetivo de este proyecto, la creación de un protocolo dirigido al personal de enfermería, para que mientras el paciente este en la unidad de ictus, y haya superado la fase aguda, se vaya iniciando la rehabilitación de esta área.

Este protocolo, debe ser aplicado por el personal de enfermería, ya que es el primer interviniente y el encargado de los cuidados del paciente.

Para la realización de este proyecto, se realiza una revisión bibliográfica, y así poder determinar con claridad, cuáles son los aspectos del lenguaje que más se afectan en estos pacientes, para rehabilitar en cada caso lo necesario y mejorar su situación.

Palabras clave.

Lenguaje, logopedia, protocolo, ictus.

ABSTRACT

The strokes or ictus, are injuries produced by an interruption or alteration of the blood cerebral flow, due to the break of a glass or the presence of some clot in someone of them.

As consequence of it, they are revealed, sequels that concern the autonomy of the person and also they modify the balances of the families suffering a radical change.

One of the areas that more is in the habit of falling ill in the patients who suffer an stroke is the area of the language.

For it, is a fundamental part, and the aim of this project, the creation of a protocol directed the personnel of infirmary, in order that while the this patient in the unit of ictus, and it has overcome the sharp phase, there is beginning the rehabilitation of this area.

This protocol, it must be applied for the personnel of infirmary, since he is the first intervener and the manager of taken care of the patient.

For the accomplishment of this project, a bibliographical review is realized, and to be able like that to determine with clarity, which are the aspects of the language that more they affect in these patients, to rehabilitate in every case the necessary thing and to improve his situation.

Keywords.

Language , speech therapy, protocol, stroke.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVO PRINCIPAL.....	10
3. METODOLOGÍA.....	10
4. DESARROLLO DEL TEMA.....	11
5. PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE EN EL PACIENTE CON ICTUS.....	17
6. CONCLUSIONES.....	22
7. BIBLIOGRAFÍA.....	23
8. ANEXOS.....	26

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, al año mueren 57 millones de personas en todo el mundo. De estos 57 millones, el 13% son muertes provocadas por un ictus.

En Europa mueren al año 4 millones de personas, y la enfermedad vascular ocupa el 47% de estas muertes. Este dato varía entre hombres y mujeres. El porcentaje de muertos por estas enfermedades en mujeres es del 52% y en hombres del 42%.

En lo que se refiere al ictus, mata en Europa a más de un millón de personas cada año.

En la Unión Europea, el ictus es la segunda causa de muerte anual, con 460.000, que se corresponde a una de cada doce muertes en hombres, y a una de cada diez muertes en mujeres.

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), en España, mueren al año algo más de 30.000 personas, de las cuales el 42% corresponde a hombres y el 58% a mujeres.

El ictus es la primera causa de muerte en España entre las mujeres y la tercera causa en hombres.⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Pero, ¿qué es el ictus?

El ictus, es una enfermedad que afecta al cerebro debido a una interrupción de la circulación sanguínea, lo que provoca que el área afectada deje de funcionar de manera brusca. Los síntomas que van a surgir dependerán del área afectada ya que cada región cerebral tiene su función.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾

El ictus se clasifica principalmente en dos tipos (véase anexo 1):

- Ictus isquémico: el más frecuente ya que le corresponde el 80% de todos los ictus. Este tipo de ictus hace referencia a una oclusión o taponamiento de algún vaso cerebral, con la consiguiente disminución o ausencia total de aporte sanguíneo al área que riega dicho vaso.
Si esta situación se repara de manera precoz y se reestablece el flujo sanguíneo, los síntomas que pudieran haber surgido se pueden revertir sin dejar ningún tipo de secuela. En cambio, si las células llegan a destruirse la secuela será permanente.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾
- Ictus hemorrágico: hace referencia al 20% restante de la prevalencia del ictus. Este tipo se produce cuando se rompe un vaso cerebral que provoca

una inundación del tejido alterando las células. Cuando este problema se resuelve, los síntomas desaparecen.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Como hemos visto, la oclusión o rotura de los vasos cerebrales son los que provocan el ictus, pero lo que tenemos que saber para que el paciente no vuelva a sufrir un ictus repetido es, que factores provocaron esa rotura u oclusión.

Los ictus isquémicos, pueden ser producidos por una lesión propia en una arteria o por una lesión en el corazón, que provoca que se liberen trombos sanguíneos hacia el cerebro. Atendiendo a esto podemos clasificar los ictus isquémicos en:⁽¹⁾⁽⁶⁾

- Ictus aterotrombóticos: causados por la presencia de aterosclerosis en los vasos que conducen la sangre hacia el cerebro. La aterosclerosis es una enfermedad en la que se deposita grasa en las paredes de los vasos. El ictus se produce porque va disminuyendo progresivamente la luz de los vasos, o bien porque se produce un desprendimiento de la placa de ateroma que circula por la sangre y llega hasta el cerebro, cortando el flujo de sangre hacia este.
- Ictus lacunares: son infartos cerebrales de pequeño tamaño causados por una obstrucción de las arterias perforantes, es decir, de arterias afluentes de las arterias principales que irrigan el territorio profundo. Por este motivo no se ven afectadas grandes funciones como el lenguaje.
- Ictus cardioembólicos: en este caso la lesión se encuentra en el corazón, aquí se producen los trombos que seguidamente pueden desprenderse y llegar a obstruir una arteria cerebral. Estos trombos suelen formarse en el corazón, cuando existe alguna fibrilación auricular o arritmia que impiden que el corazón se contraiga adecuadamente, quedando sangre acumulada dentro del corazón. Esta sangre acumulada puede transformarse en un trombo.
- Ictus de causa inhabitual: son más predominantes en gente de mediana edad. Está originada por una alteración de las arterias que no es la acumulación de placas de ateroma.

En cuanto a los ictus hemorrágicos, varias son las causas que pueden causarlos, entre ellas y con más frecuencia se encuentra la hipertensión arterial que provoca la rotura de la pared de los vasos. La hipertensión arterial, al igual que pasaba en los ictus isquémicos lacunares, afecta a las arterias perforantes por lo que las hemorragias se van a situar sobre todo en territorios más profundos.

También puede provocar hemorragias cerebrales los trastornos de la coagulación congénitos. También hay fármacos que alteran la coagulación y las plaquetas. Por último, los tumores cerebrales también provocan hemorragias cerebrales⁽¹⁾.

Como en todas las enfermedades, la enfermedad cerebrovascular tiene unos factores de riesgo. Estos factores de riesgo se pueden dividir en dos:

- Factores de riesgo no modificables: estos permiten reconocer a las personas que presentan mayor posibilidades de sufrir una enfermedad cerebrovascular.

Entre estos factores encontramos la edad, el sexo, la raza, y los factores genéticos⁽³⁾⁽⁸⁾.

- Factores de riesgo modificables: estos pueden ser contrarrestados y por lo tanto prevenir la enfermedad cerebrovascular.

Entre los factores de riesgo modificables tenemos la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia, el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad, las drogas, los anticonceptivos orales, la dieta, la inactividad física y las cardiopatías⁽³⁾⁽⁵⁾.

Como se puede observar, hay veces que una persona no tiene escapatoria de sufrir un accidente cerebrovascular, pero en la mayoría de los casos, los ictus podrían haberse evitado si las personas que lo han sufrido hubiesen tenido un buen estilo de vida.

Una vez que el accidente cerebrovascular está ocurriendo, debemos saber cuáles son los signos que no indican que estamos ante un ictus. Según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) estos signos de alarma son:⁽⁹⁾

- Pérdida de fuerza en la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo de manera brusca.
- Trastorno de la sensibilidad, sensación de acorchamiento de la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo de manera brusca.

- Pérdida de visión total o parcial de uno o ambos ojos.
- Alteración repentina del habla, dificultad para expresarse e incluso alteración de la comprensión.
- Dolor de cabeza de inicio brusco sin causa aparente.
- Sensación de vértigos con inestabilidad o caídas acompañados de los síntomas anteriores.

Después de sufrir un ictus los pacientes presentan una serie de trastornos funcionales. De todos los trastornos, unos evolucionarán favorablemente desapareciendo, y otros persistirán en el tiempo quedándose como una secuela permanente para el resto de vida de la persona. Estos trastornos funcionales los podemos agrupar en 4:⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

- Déficit motor y sensorial: se pueden observar alteraciones en la bipedestación, la marcha, el equilibrio, el control postural y la motricidad gruesa y fina.
En cuanto a la sensibilidad, puede haber ausencia de esta en alguna región del cuerpo, e incluso se puede llegar a perder la funcionalidad de algunos de los sentidos.
- Déficit cognitivo: los trastornos cognitivos vienen delimitados por la región cerebral afectada. Por lo general, se suele afectar la atención, puede haber deficiencias perceptivas, disminución de la velocidad de procesamiento, dificultad para adquirir nuevos aprendizajes, alteraciones en el lenguaje y en el razonamiento como para resolver problemas matemáticos.
- Alteraciones de las emociones y las conductas: estos suelen ser habituales, sobre todo cuando se ve afectada la región frontal. Las conductas pueden manifestarse de manera contraria. Por un lado, pueden presentar desinhibición total y euforia y al momento siguiente pueden presentar sentimientos de derrotismo y tristeza.
- Ausencia de conciencia del problema: muchas veces los pacientes no son conscientes de los problemas o limitaciones que presentan (anosognosia), por lo tanto puede ser normal que no acepten ser ayudados y no quieran someterse a rehabilitación.

Como hemos visto, el accidente cerebrovascular es una grave enfermedad que cada día cuenta con mayor prevalencia en España. Esto no genera sólo un gran trastorno para el paciente que lo sufre y para su familia, si no para la Salud Pública.

Ya vimos que es la mayor causa de discapacidad de la población adulta, la primera causa de muerte en las mujeres y la tercera causa en los hombres.

Debido a las grandes secuelas que provoca esta enfermedad, se disparan los recursos necesarios para cuidados y rehabilitación, lo que supone un gran gasto económico para la sanidad pública.⁽²⁾⁽³⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Para tratar de ahorrar costes a la sanidad pública, lo que habría que hacer es aumentar la actuación pública sobre los factores de riesgo modificables, aumentando las campañas de concienciación social, y aumentando los reconocimientos para la detección precoz de los pacientes susceptibles de padecer esta enfermedad. De esta manera, la prevalencia del ictus disminuiría considerablemente, disminuyendo los gastos que se producen en terapias rehabilitadoras.

Como esto parece una tarea difícil de conseguir, lo que hay que hacer es comenzar la terapia rehabilitadora lo antes posible. El momento idóneo para iniciarla es cuando se ha superado el riesgo vital del paciente, es decir, en la fase subaguda. De esta manera, habrá beneficios para todos. Por un lado el paciente tendrá más posibilidades de recuperarse totalmente, y por otro lado, la duración de la rehabilitación será menor ahorrando costes a la sanidad.⁽¹⁾

Pero, ¿es verdad que el inicio precoz de la rehabilitación en el paciente afectado por el ictus ayuda a que el grado de secuelas sea menor, y que el tiempo necesario de rehabilitación también lo sea?

Lo que vamos a hacer, es recopilar la información existente sobre el tratamiento del ictus, para analizarla, e intentar llegar a la conclusión de que “si es verdad que el inicio precoz de la rehabilitación responde de manera positiva las preguntas planteadas”, y así crear un protocolo de rehabilitación del lenguaje en la unidad de enfermería inexistente en estos momentos.

OBJETIVO PRINCIPAL

La elaboración de un protocolo de rehabilitación del lenguaje para la unidad de enfermería en la unidad del ictus, y así poder realizar un inicio precoz de la rehabilitación, analizando las ventajas que este pueda tener para el paciente y su entorno más cercano.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica de manera estructurada, con el objetivo de localizar y recuperar información relevante para poder dar respuesta a la pregunta que se plantea. En el caso en el que nos sumergimos, se recopila la información obtenida de varios manuales y publicaciones de organizaciones y sociedades nacionales e internacionales y revistas científicas, para detectar cuales son los aspectos más afectados en el área del lenguaje. La información se obtiene de buscadores y bases de datos como Medline-Pubmes, SciELO, Google académico.

El utilizar este método, y comparar varias fuentes bibliográficas, permite cerciorarnos de lo que hay que tratar de manera más urgente cuando un paciente es afectado por el ictus.

Como el volumen de artículos encontrados es de gran envergadura, se ha reducido la búsqueda a una serie de descriptores concretos. Estos aspectos, van a poder ser tratados por la enfermera en la unidad de ictus, y son los primeros que hay que solucionar cuando una persona sufre un accidente cerebrovascular y su habla se encuentra afectada. Estos aspectos son: alteraciones en la respiración, alteraciones de la fonación, alteraciones en la coordinación fonorrespiratoria, alteraciones en la resonancia y alteraciones en la articulación.

Además de la revisión bibliográfica, para la elaboración de este proyecto, también se ha recurrido a la experiencia como logopeda del propio autor del proyecto, ya que ha intervenido en la rehabilitación de una trentena de pacientes afectados por el ictus a lo largo de su carrera profesional.

DESARROLLO DEL TEMA

La rehabilitación del paciente con ACV, es un proceso continuo y con duración determinada. Esta rehabilitación va a estar dirigida por unos objetivos que tienen que enlazar unos con otros durante todo el proceso de la enfermedad, y en los distintos ámbitos. De esta manera no se rompe el tratamiento, los pacientes no son tratados en lugares inadecuados, ni se tratan aspectos que no son necesarios.⁽¹⁾⁽¹⁰⁾

La rehabilitación debe iniciarse lo más tempranamente posible. Se ha demostrado, que las personas que inician el tratamiento en la primera semana después del episodio, presentan menos secuelas, y mejor calidad de vida que las personas que comienzan más tarde. Esto es debido, a que durante la primera semana después de haber sufrido el ictus, el cerebro se está acomodando a la nueva situación, y se observa un proceso de recuperación espontánea que surge en los primeros tres días después de sufrir el ACV. Entonces, si se inicia el entrenamiento antes de que finalice este periodo de adaptación cerebral, se alargara en el tiempo, favoreciendo la adquisición de nuevos aprendizajes.⁽¹⁾⁽¹⁰⁾

Durante la revisión bibliográfica, también se ha dado cuenta de otros aspectos que son tan importantes como el inicio precoz para que la intervención sea eficaz. Como el fin último de este proyecto es conseguir la rehabilitación del paciente en el área del lenguaje, se ha considerado importante introducirlos.⁽¹⁰⁾

- Personalizado e individualizado: la secuencia de alteraciones que presentan las personas con ictus es muy diverso, tanto en lo que se encuentra afectado como en el proceso evolutivo que seguirá. Por esta razón, el programa de intervención se debe centrar en las necesidades de la persona afectada. Suele ser beneficioso pactar los objetivos a conseguir con el paciente y su familia.
- Holístico e integral: debe tener un carácter bio-psico-social que aborde los aspectos físicos, cognitivos, emocionales, familiares y sociales.
- Multidisciplinar y especializado: es necesario que la intervención sea realizada por un equipo diverso de especialistas que estén coordinados y trabajen de forma colaboradora.

- Continuo y encadenado: la rehabilitación se debe adecuar a cada fase de la recuperación. Para ello, se plantean objetivos a corto plazo.
- Ecológico: la rehabilitación debe estar centrada en actividades importantes para el paciente con el fin de mejorar su vida cotidiana. Para esto es aconsejable intervenir al paciente en su esfera social.

Teniendo en cuenta todo esto, las expectativas de mejora y recuperación del paciente aumentan considerablemente. Por desgracia esto no es suficiente. Los artículos revisados, manifiestan que la recuperación del paciente, también está marcada por otros aspectos ajenos a los terapeutas.⁽¹⁾

- El tipo de lesión: los ictus hemorrágicos tienen peor pronóstico que los isquémicos.
- La gravedad de la lesión: cuanto mayor sea la lesión peor pronóstico tendrá.
- La edad: a mayor edad del paciente, peor pronóstico tendrá.
- El periodo de recuperación espontánea: durante los primeros tres días después de haber sufrido un ictus, el paciente suele tener una recuperación espontánea por sí sola. Si no se observa esta recuperación, puede ser un signo de mal pronóstico.
- La existencia de lesiones cerebrales previas: cuando una persona afectada por un ictus presentaba una lesión cerebral previa, el pronóstico de recuperación será peor.
- El estado psicológico: la existencia de depresiones interfiere en que el tratamiento tenga éxito.
- El estado de salud general: es necesario que el paciente no tenga riesgo vital para iniciar el tratamiento.
- El grado de motivación del paciente: este aumenta cuanto antes se empiece la rehabilitación y antes se vean los primeros resultados.
- El medio social: el apoyo de la familia es muy importante para el éxito de la rehabilitación.

A partir de ahora, se va a tratar cuáles son las alteraciones más frecuentes que dificulta el lenguaje del paciente con ictus, ya que el 45% de ellos presenta algún tipo de afasia o

disfasia. Como es un alto porcentaje, creemos que deberían ser tratados estos aspectos por la enfermera en la unidad del ictus.

Lo primero que hay que tener en cuenta es ver que alteraciones hay en la respiración del paciente. Empezaremos corrigiendo la postura. Debemos estar en sincronía con el fisioterapeuta.⁽¹⁾⁽¹⁶⁾

Debemos explicar al paciente lo tan importante que es la respiración para conseguir hablar de manera adecuada. Le daremos estrategias, como colocar una mano en el pecho y otra en el tórax para que sienta como es el movimiento respiratorio.

Este tipo de pacientes, tienen con mucha frecuencia, alteraciones en la movilidad de la cara y de los órganos articulatorios debido a la hemiparexia o a la alteración del tono muscular de la cara.⁽³⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

También hay alteraciones de la fonación, debido a que el tono de la musculatura cervical y laríngea está contraído, y no permite el paso correcto del aire a través de la cavidad laríngea.⁽³⁾⁽⁷⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

En este aspecto, también hay alteraciones del cierre glótico produciendo hiperaducción (aproximación de las cuerdas vocales), con imposibilidad de separarse para permitir el paso de aire al hablar, o en el caso contrario hipoaducción (separación de las cuerdas vocales), impidiendo su aproximación para que rocen al paso del aire y se produzca el sonido.⁽³⁾⁽¹⁶⁾

Otra alteración que impide un habla regular y que debe trabajarse desde un primer momento, es la alteración que sufren en la coordinación fonorrespiratoria. Las personas con ACV tienen incoordinación fonorrespiratoria, esto significa, que tienen problemas a la hora de sincronizar la espiración con la emisión de sonido. Esta falta de sincronía, produce sensación de ahogo y un patrón respiratorio superficial y taquipnea a la hora de hablar.⁽¹⁾⁽³⁾

El último aspecto que se debe empezar a tratar en la unidad del ictus en referencia al lenguaje, son las alteraciones de la resonancia. Los pacientes afectados por ACV, suelen adquirir hipernasalidad a la hora de hablar. Esto puede ser consecuencia de una alteración en el velo del paladar. La hipernasalidad no es un objetivo primordial de rehabilitación, pero es que debido a esta alteración del velo del paladar también se

afecta la deglución, con lo que su intervención ayudará a que el paciente vuelva a comer sin problemas. La hipernasalidad también puede ser producida por la hemiparexia o hemiplejía que afecta al tono y movimiento lingual y labial.⁽¹⁾

Para cada una de estas alteraciones que sufre el paciente, se va a plantear unos objetivos y a realizar una serie de actividades para intentar mejorarlas. Muchas veces aunque se realice un trabajo logopédico estupendo, no va a ser posible conseguir el objetivo planteado, por lo que siempre habrá que tener en mente otros recursos que ayuden a la persona a recuperar la función perdida. También habrá que pensar recursos para que el paciente aprenda información que nunca ha estado en su poder, o aprenda a utilizarla de algún modo inusual. Y por último, debemos de contar con maneras adicionales de hacer que el paciente nos comprenda cuando tiene alterada esta función y no se consigue restaurar.

Objetivos planteados:

- Respiración.
 - Objetivo general.
 - Conseguir un patrón respiratorio adecuado.
 - Objetivos específicos.
 - Aumentar la conciencia del paciente en su propia respiración.
 - Mejorar la respiración de tipo diafragmático.
- Movilidad facial.
 - Objetivo general.
 - Conseguir que los órganos articulatorios se movilen de forma adecuada.
 - Objetivos específicos.
 - Mejorar el tono muscular de la cara.
 - Aumentar la movilidad de los labios y lengua.
 - Mejorar la coordinación de movimientos de los órganos articulatorios.
- Fonación:
 - Objetivo general.
 - Conseguir un tono de voz adecuado.

- Objetivo específico.
 - Mejorar el tono muscular del cuello y laríngeo.
- Hipernasalidad:
 - Objetivo general.
 - Conseguir que el tono de habla y la deglución sean adecuados.
 - Objetivo específico.
 - Mejorar la movilidad del velo del paladar.
 - Mejorar la movilidad de la lengua y boca.

Para todos estos objetivos, se plantean otros objetivos llamados operativos, que se van a corresponder con las actividades o ejercicios propiamente dichos para solucionar estos problemas planteados.

El procedimiento de cada uno de ellos está incluido en el protocolo.

La elaboración de este protocolo no ha sido fácil. Ha existido una gran dificultad para encontrar la información que se buscaba sobre el área del lenguaje en los manuales de enfermería, o a la hora de introducir relacionados los descriptores “enfermería-lenguaje” en los buscadores.

Esto era lógico de esperar, ya que durante los estudios de enfermería no se tratan las alteraciones del lenguaje como tal, y por lo tanto no se realizan cuidados enfermeros, pero sí existen diagnósticos de enfermería relacionados con esta área.

- NANDA: [00051] Deterioro de la comunicación verbal.
 - NOC: [0903] Comunicación expresiva.
 - NIC: [4976] Mejorar la comunicación: déficit del habla.
 - NOC: [0904] Comunicación recerptiva.
 - NIC: [4720] Estimulación cognitiva.
 - NOC: [0907] Elaboración de la información.
 - NIC: [4720] Estimulación cognitiva.
 - NIC: [5606] Enseñanza individual.
 - NOC: [0415] Estado respiratorio.
 - NIC: [3390] Ayuda a la ventilación.
 - NIC: [3160] Aspiración de las vías aéreas.

- NIC: [3230] Fisioterapia torácica.
- NIC: [3250] Mejora de la tos.
- NIC: [3200] Precauciones para evitar la aspiración.
- NOC: [1215] Conciencia de uno mismo.

Para la obtención de la información concreta que se buscaba, se recurrió a manuales de carácter médico y logopédico, y se crearon actividades adaptadas al ámbito hospitalario en el que trabaja la enfermería.

PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE EN EL PACIENTE CON ICTUS.

1. Definición.

Conjunto de actividades terapéuticas, que promueven la recuperación del lenguaje en el enfermo.

2. Objetivos.

- Valorar las necesidades iniciales del paciente.
- Mejorar los aspectos expresivos del paciente.
- Facilitar la comunicación del enfermo con su familia.

3. Descripción del procedimiento.

Cuando el paciente está en la habitación:

- Valorar el estado general del enfermo.
- Explicar al enfermo y familia como va a ser la terapia rehabilitadora.
- Dar y verificar la información que sea solicitada por los familiares.

4. Material necesario.

- Guantes.
- Velas.
- Bolas de papel.
- Agua.
- Espejo.
- Pelotas de pinpon rellenas de agua helada.
- Jeringuilla.
- Pajitas.

5. Personal necesario.

- Enfermera.
- Auxiliar de enfermería.

6. Procedimiento.

- **Respiración**⁽¹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁹⁾
- Actividad 1:
 - Tumar al paciente en la cama (cabecero en 30°).
 - Pedir al paciente que cierre los ojos para que se pueda concentrar totalmente en la respiración.
 - Coja aire por la nariz a la vez que cuenta tres mentalmente.
 - Espiración por la boca contando de la misma manera 3.

Cuando esto esté automatizado se pasará a la siguiente actividad de respiración.

- Actividad 2:
 - Tumar en la cama al paciente.
 - Decir al paciente que coloque una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho.

La respiración diafragmática consiste, en que cuando se produzca la inspiración por la nariz se hinche el diafragma levantándose la zona del abdomen, y cuando se produzca la espiración baje. De esta manera el paciente es consciente de qué mano se eleva y cual no.⁽¹⁹⁾

Al principio esto puede costar un poco, ya que casi todos los pacientes tienden a elevar el pecho realizando una respiración torácica ineficaz. Para evitar esto, y ayudar a que el paciente automatice el tipo de respiración, la enfermera puede colocar algún peso sobre el abdomen del paciente, lo que hará que el paciente se centre más en ese peso y lo realice con más facilidad.

- Actividad 3:
 - Sentar al paciente en la cama.
 - Decir al paciente que apague las velas que la enfermera o familiar le coloque a distintas distancias y posiciones. También se puede hacer soplando bolitas de papel.

- **Movilidad facial**⁽¹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾⁽²⁰⁾

- Actividad 1:

- con el paciente tumbado en la cama, la enfermera o familiar realizará un masaje orofacial por toda la cara del paciente en el siguiente orden. Frente, nariz, labio superior, labio inferior, carrillos y cuello (véase anexo 2).

En el caso de la hipotonía facial, se puede realizar el masaje pasando por la cara un cubito de hielo redondo, de manera que rueda por la cara en el orden que hemos dicho. El hielo ayuda a la contracción de los músculos y aumenta el tono muscular.⁽¹⁶⁾

- Actividad 2:

- la enfermera le pedirá al paciente que realice una serie de praxias bucofonatorias. Realizar cada ejercicio durante 30 segundos más o menos en función del aguante del paciente (véase anexo 3).⁽²⁰⁾
- Abrir y cerrar la boca. Sacar y meter la lengua. La lengua arriba y abajo. La lengua a un lado y al otro. La lengua a un lado y al otro por dentro de la boca empujando los carrillos. Sonrisa y besito. Hinchar los carrillos con fuerza, aguantar un poco el aire (3 segundos) y soltar fuerte el aire. Limpiar con la lengua desde atrás hacia adelante el paladar de la boca. Hacer lo mismo con el suelo de la boca.
- A veces hay que buscar estrategias para que el paciente sea capaz de coordinar donde mandar por ejemplo la lengua, como untándole un poco de nocilla donde se quiere que dirija la lengua.
- Para aumentar un poco el tono muscular, se puede poner un poco de resistencia al movimiento del paciente, como por ejemplo con un depresor.

- **Fonación**⁽¹⁾⁽¹⁰⁾

- Actividad 1:

- la consecución de este objetivo, se consigue a la vez que se está trabajando la movilidad facial mediante el masaje de la musculatura del cuello.

- Actividad 2:

- se le pedirá al paciente que haga como que mastica la “m” a la vez que emite el sonido. También se le pedirá que realice bostezos provocados. Estos ejercicios ayudan a la hiperaducción del cierre glótico.
 - Para la hipoaducción del cierre glótico, se le pide que realice el sonido “k” de forma brusca. También ayuda, que el paciente rote la cabeza hacia el lado afectado durante la emisión del habla.
- **Hipernasalidad⁽¹⁾⁽¹⁰⁾**
 - Actividad 1:
 - para mejorar la movilidad de la lengua y la boca se realiza mediante las praxias bucofonatorias vistas anteriormente.
 - Actividad 2:
 - para mejorar la movilidad del velo del paladar, la enfermera introducirá una jeringa con agua dentro de la boca del paciente e irá aplicando chorros de agua contra el velo del paladar para estimularlo. La fuerza de emisión del chorro irá aumentando progresivamente.

Esta actividad debe ser realizada exclusivamente por la enfermera o un terapeuta cualificado, ya que puede producir atragantamientos en el paciente al tener la musculatura y la deglución afectadas.

Como se puede observar, estas son actividades de fácil aplicación por parte de la enfermera, que pueden iniciarse tempranamente y que producirán un efecto muy ventajoso para la rehabilitación funcional del paciente.

7. Precauciones.

- El paciente debe de estar monitorizado.
- Vigile que el paciente no realice disneas (muchas veces se atragantan con la saliva, el reflejo tusígeno está un poco alterado y les cuesta recuperar el ritmo respiratorio).
- Tenga cuidado de que el paciente no realice aspiraciones (al inyectar los chorritos de agua contra el paladar).

8. Observaciones.

- Si el paciente se fatiga, parar de hacer el ejercicio y descansar.
- Asegúrese en todo momento de que el paciente tiene colocada la cabeza correctamente.

Es muy importante, que las personas cercanas al paciente reciban formación en la realización de estas actividades, de esta manera, cuando sea dado de alta y vaya a su domicilio, no se producirá interrupción alguna en el tratamiento hasta que sea aceptado por la Unidad de Logopedia y Foniatría del Sacyl o acuda a algún Logopeda privado.

Para ello, las personas o cuidadores que se vayan a encargar del paciente durante ese tiempo, acudirán a las horas indicadas por el equipo de enfermería, para aprender la realización de los ejercicios mientras son realizados en el propio paciente. Además, el día antes al alta del paciente, recibirán las últimas pautas por si hubiese alguna modificación o duda que aclarar sobre los ejercicios.

CONCLUSIONES.

Las alteraciones del lenguaje causadas por el ictus son un grave problema tanto para el paciente como para su entorno. Una pronta atención individualizada mejorará el pronóstico del paciente.

La participación del personal de enfermería en la pronta intervención de esta área es fundamental, ya que es el colectivo que más tiempo pasa con el paciente durante el periodo de ingreso, y el que trata desde un primer momento las alteraciones que presenta el sujeto.

Este proyecto nace de las deficiencias que se observaban en los pacientes que llegan a la consulta logopédica.

Cuando se planteó este proyecto, no existía la figura del logopeda en los hospitales. Según el estudio avanzaba, se tuvo conciencia de la incorporación de un único logopeda hace cuatro meses en el personal del hospital. Esto nos da a entender, que cada vez está más latente esta necesidad, y afianza la justificación y realización de este proyecto.

Aun con la incorporación de un logopeda en el hospital, este recurso sigue siendo escaso, ya que este profesional no atiende solamente a los pacientes ingresados en la unidad del ictus, sino que también atiende a pacientes ingresados en neurología, pediatría...

La existencia de un protocolo normalizado de actuación en el área del lenguaje es muy necesario, puesto que todos los profesionales que trabajan en esta área con el paciente, deben ir en la misma dirección y no se creen así retrocesos en la mejoría de su estado evolutivo.

Finalmente, se establece que la aplicación de este protocolo debe ser llevada a cabo por el personal de enfermería, ya que sobre ellos recae la responsabilidad directa del cuidado, y por tanto, pueden valorar el estado evolutivo del paciente y así determinar el esfuerzo que pueden exigirles a la hora de realizar cada ejercicio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Castillo Sánchez J, Jiménez Martín I. Reeducción funcional tras un ictus. 2ª ed. Barcelona. ELSEVIER 2015
- 2 Marzo Arana J, Lou Alcaine M, Marta Moreno J, Programa de atención a pacientes con ictus en el Sistema Nacional de Aragón. Gobierno de Aragón, disponible:
https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienesTarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Ictus.pdf
- 3 Guiu Guía JM, Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política social, 2009, Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
- 4 Álvarez Sabín J, Tratamiento del ictus, Barcelona, Prous Science, 1999.
- 5 LeMone P,K En: Martín- Romo M, editor. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. 2. 4ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009. P .1580-1615
- 6 Álvarez Sabín J, Ictus isquémico, Madrid, Idepsa, 1998
- 7 Serrano Martinez F. Atención al paciente con accidente cerebrovascular. 1ª ed. Madrid: Formación Continuada Logoss; 2008
- 8 Egido JA, Álvarez Sabín J Díez-Tejedor E, Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2ª ed. Barcelona: EdiDe;2009
- 9 National Institute of Neurological Disorders and Stroke (Internet). Stroke: Hope Through Research. NIH Publication. 2008 (actualizado 7 de abril de 2015;

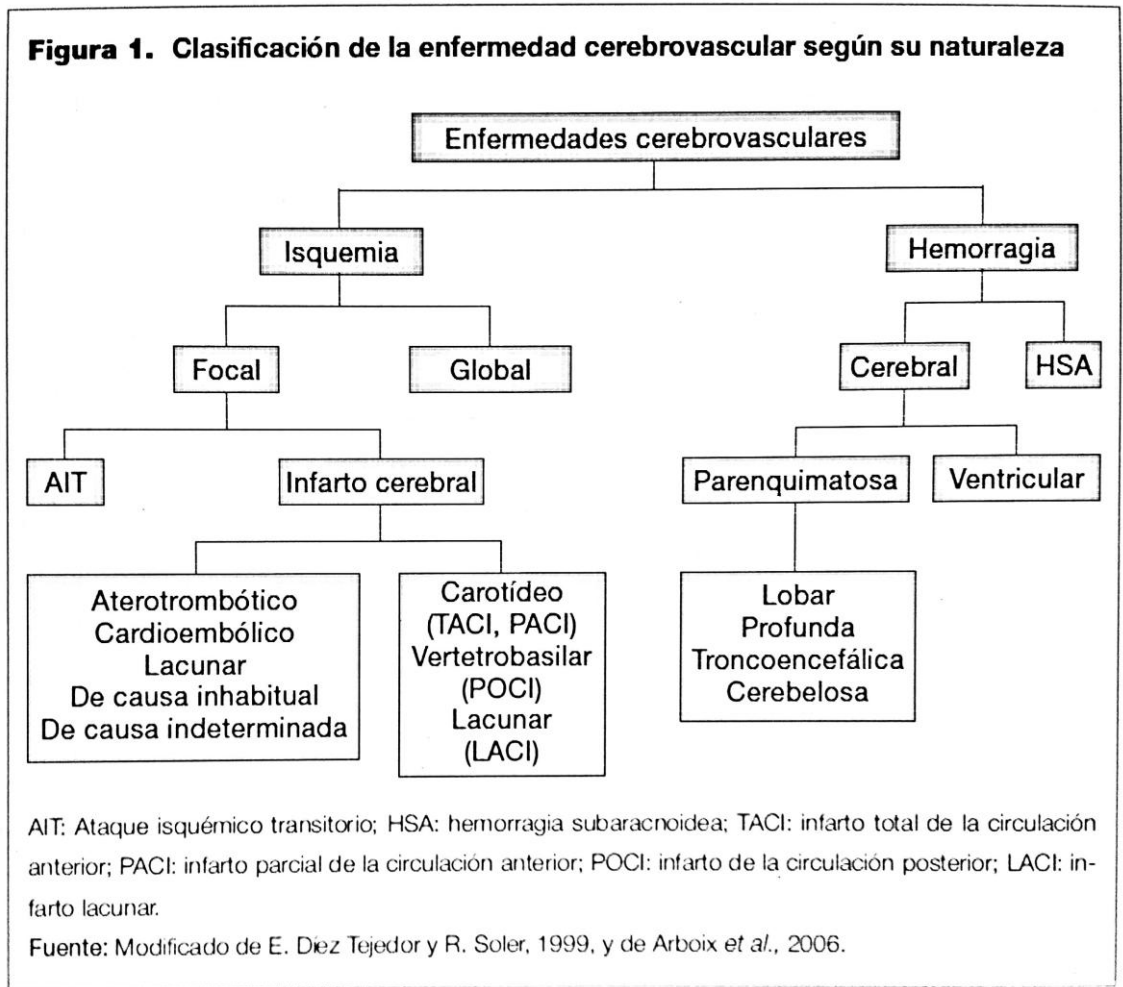
citado el 2 de mayo de 2015). Disponible en [HTTP://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/detail_stroke.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/detail_stroke.htm)

- 10 González Rodríguez B. Daño cerebral adquirido, Evaluación, diagnóstico y rehabilitación, Madrid, Síntesis, 2012
- 11 Whitley J. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos del sistema nervioso central. En: Linda S. Williams, Paula D. Hopper. Enfermería Médico-quirúrgica. 3ªed. Philadelphia, Pennsylvania: McGraw-Hill; 2007
- 12 Espárrago Llorca G, Castilla-guerra L, Fernández Moreno M.C, Ruiz Doblado S, Jiménez Hernández M.D, Depresión post ictus: una actualización. Neurología Elsevier. 2015
- 13 Ministerio de Sanidad y política Social, Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2009
- 14 Murie-Fernández M, Ortega-Cubero S, Carmona-Abellán M, Meyer M, Teasell R, Tiempo es cerebro, Elsevier, 2004
- 15 González Rodríguez B, Daño cerebral adquirido, Evaluación, diagnóstico y rehabilitación, Madrid, Síntesis, 2012
- 16 Souto S, González L, Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad. Universidad de A Coruña, Elsevier, Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-fisioterapia-orofacial-reeducacion-deglucion-hacia-13055539>
- 17 Bowman L, Manejo de los pacientes con trastornos cerebrovasculares. Vol. 2. 12ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilking; 2012

- 18 Paixao Teixeira C, Silva LD, Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Enferm Global* (revista de internet), 2009 febrero, disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50421>
- 19 García-Grau E, Fusté Escolano A, Bados López A, Manual de entrenamiento en respiración, Universitat de Barcelona, Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACION.pdf>
- 20 Romero E, CEIP Camilo José Cela, Palma de Mallorca, Disponible en:
http://www.ponceleon.org/logopedia/images/stories/ptva/ejercicios/EJERCICIOS_PRAXIAS.pdf
- 21 Phoenix J, Masaje orofacial, disponible en:
https://www.google.es/search?q=masaje+orofacial&biw=1280&bih=675&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwilj73VnJPNAhUGuhoKHfCCDQQ_AUIBigB#imgdii=46v7VpnAFAOUPM%3A%3B46v7VpnAFAOUPM%3A%3Bc5lbuQX0I00PmM%3A&imgrc=46v7VpnAFAOUPM%3A
- 22 Palao S, Praxias bucales, ARASAAC, disponible en:
https://www.google.es/search?hl=es&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1008&bih=643&q=praxias+bubales&oq=praxias+bubales&gs_l=img.3...356.8080.0.8424.28.15.6.7.6.0.149.1693.1j14.15.0...0...1ac.1.64.img..0.20.1567...0j0i30j0i10i30j0i24j0i10i24.9y0CXJR7qSE#hl=es&tbm=isch&q=praxias+fonoarticulatorias&imgrc=V9ZkId9QKfDEVM%3A

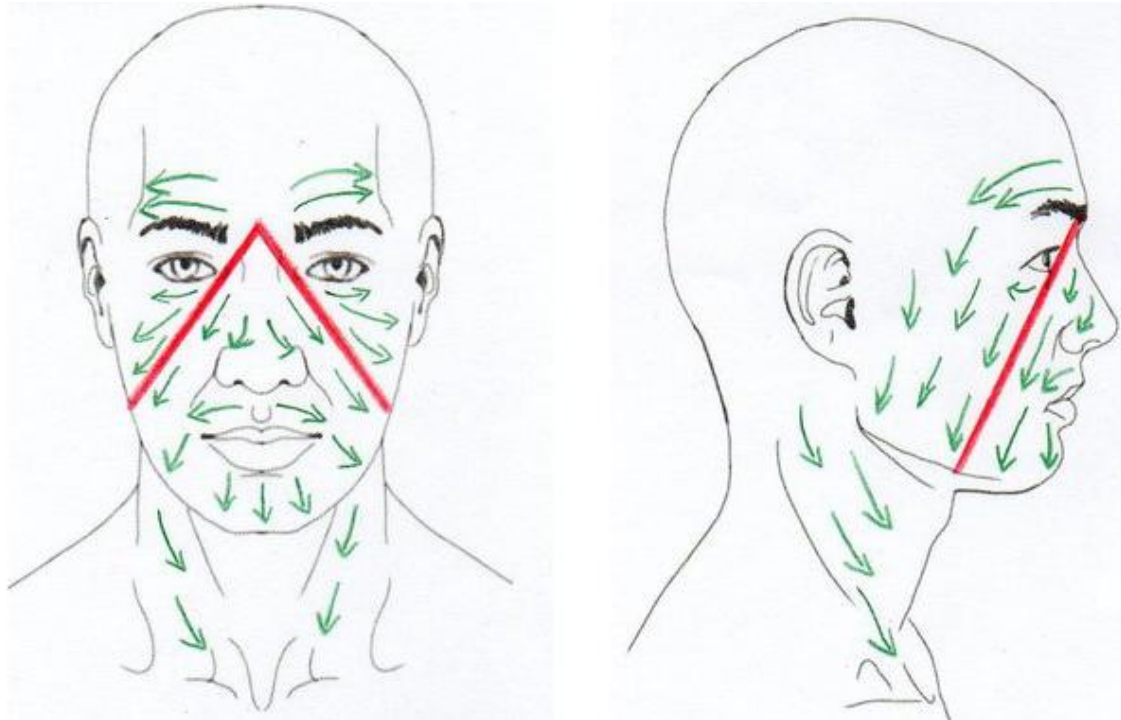
ANEXOS

- Anexo 1.⁽¹⁾



- Anexo 2.

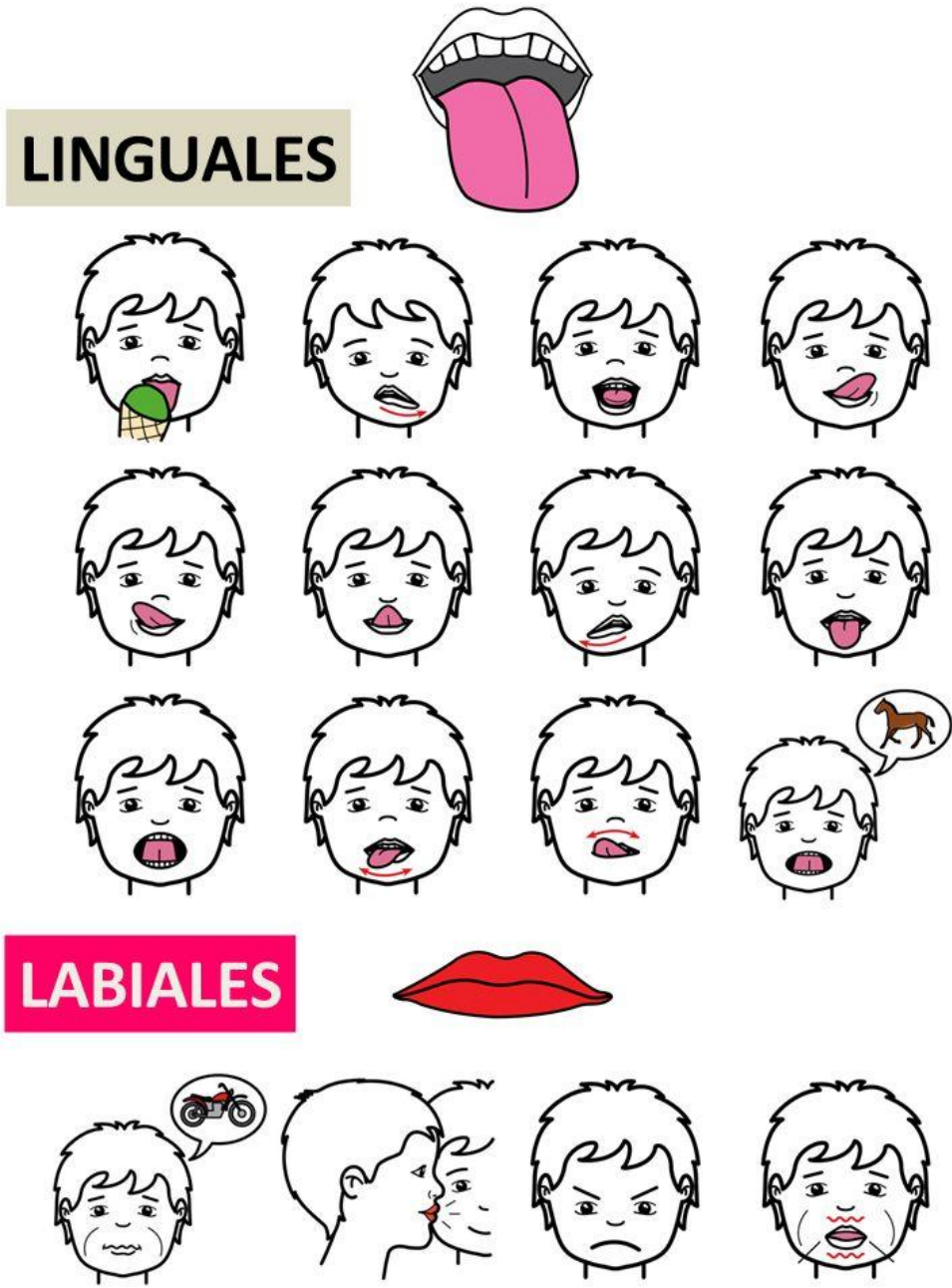
- Masaje orofacial.⁽²¹⁾



Julia Phoenix.

- Anexo 3.

- Praxias bucales.⁽²²⁾



Autor pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC (<http://catedu.es/arasaac/>) Licencia: CC (BY-NC-SA)