



Universidad de

Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[UNA VIDA DESPUÉS DEL
ICTUS: GUÍA PRÁCTICA PARA
PACIENTES Y CUIDADORES]**

Autor/a: PATRICIA SANZ CAPDEPONT

Tutor : LUCIA PÉREZ PÉREZ

RESUMEN

Los casos de accidentes cerebro-vasculares, conocidos como ictus, son un problema creciente en nuestra sociedad, además de considerarse la primera causa de discapacidad permanente en adultos. Cada vez se sufren más ictus de los cuales los pacientes no se recuperan totalmente y donde vamos a encontrar secuelas tanto físicas como psíquicas que repercuten en gran medida en su calidad de vida y en la de la gente que los rodea. Después de un ictus los enfermos verán limitadas sus actividades de la vida diaria y normalmente la persona que se hará cargo de sus necesidades será un cuidador informal sin conocimientos sobre la enfermedad ni sobre sus cuidados. Una vez detectada esta necesidad de conocimientos, encontramos además en nuestra comunidad un vacío educacional al alta hospitalaria tanto de las personas afectadas como de los cuidadores. Esta guía de cuidados que se propone, basada en la evidencia científica, pretende ser una herramienta capaz de dar respuesta a las dudas y afrontar las situaciones más comunes de la vida diaria posterior al ingreso agudo. Nuestro objetivo será fomentar los autocuidados de la persona enferma, así como ayudar a su cuidador en el día a día con el enfermo dependiente.

PALABRAS CLAVE

Ictus, secuelas, autocuidados, cuidadores.

ABSTRACT

The cases of strokes, also known as ictuses, are a growing problem in our society. In addition, they are considered the leading cause of permanent disability in adults. Increasingly, more strokes are suffered and people do not fully recover from them. Accordingly, we will find both physical and psychological consequences which impact critically on people's life quality and who are around them. After a stroke, the patients' activities of daily living will be limited and the person who will usually take care of their needs will be an informal caregiver without previous knowledge about the disease and its care. Once this need for knowledge detected we also find an educational vacuum at hospital discharge in our community, both on the affected persons and on the caregivers. It is proposed a care guide based on scientific evidence, intended as a tool and able to answer questions and deal with the most common situations of daily life subsequent to the acute hospital admission. Our aim will be to encourage the sick person's self-care as well as to help his caregiver on the day-to-day with the ill dependent.

KEYWORDS

Stroke, aftermath, self-care, caregivers.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	5
4. METODOLOGÍA	5
Título de la herramienta.....	6
Formato.....	6
Población a la que va dirigido	6
Criterios de inclusión.....	6
Criterios de exclusión	7
Evaluación de la herramienta	7
Periodo de validez de la herramienta.....	7
5. DESARROLLO DEL TEMA	7
6. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	21
7. CONCLUSIÓN	22
8. BIBLIOGRAFÍA.....	22
9. ANEXOS.....	27

1. INTRODUCCIÓN

El ictus es una enfermedad cerebrovascular producida por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo al cerebro. Es un trastorno circulatorio cerebral en el que las células nerviosas dejan de recibir el oxígeno necesario, esto puede alterar transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o de varias partes del encéfalo. Al ictus también se le conoce como accidente cerebrovascular (ACV). (1-2)

Encontramos en la clasificación más general dos tipos de ictus: el hemorrágico y el isquémico. Esta clasificación se va complicando dando lugar a muchos subtipos de ictus según la evolución, los resultados de la neuroimagen, la naturaleza, el tamaño, etc. (Anexo I)

El ictus isquémico ocurre por un trastorno del aporte circulatorio al cerebro, puede ser un trastorno en la cantidad o en la calidad de dicho aporte. La isquemia se considera focal si solo afecta a una zona o global si afecta a todo el encéfalo. El ictus isquémico representa aproximadamente el 80% de todos los casos incidentes. (1)

El ictus hemorrágico es causado por la rotura de un vaso sanguíneo (venoso o arterial) por distintos mecanismos, del cual resulta una extravasación de sangre en el interior del cráneo. Estas hemorragias pueden ser subaracnoideas o intracerebrales. Este tipo de ictus supone en torno al 20% de los casos incidentes, y suele ser de mayor gravedad. (1)

En cuanto a la morbimortalidad, según los datos actualizados en 2015 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el ictus es la primera causa de mortalidad entre las mujeres Españolas y la tercera en los varones (por detrás de los tumores y las enfermedades isquémicas del corazón) (3). En Europa mueren por dicha causa 650.000 personas al año, de los cuales 40.000 son de nacionalidad española. La incidencia sería de 120.000 casos nuevos/año. Además de estos datos, la Federación Española del Ictus (FEI) afirma que en España se produce un ictus cada seis minutos. (2)

Se considera que el ictus es una enfermedad ligada a la edad, más frecuente a partir de los 55 años y cuyo riesgo va aumentando de forma proporcional a la misma. “*Se estima que más del 21% de la población mayor de 60 años de nuestro país, casi dos millones de personas, presenta un alto riesgo de sufrir un ictus en los próximos 10 años, según los datos del estudio PREVICTUS*” (Federación Española del Ictus). (2)

Según datos del estudio IBERICTUS la edad media global en la que se padece el primer ictus es en el intervalo de 74.3 ± 13.2 años. Asimismo, según este estudio la incidencia del ictus en España en hombres es de 181.3, en mujeres es de 152.81 y para ambos, 166.9 por cada 100 000 habitantes/año. ⁽⁴⁾ (Anexo II)

En estudio NEDICES la prevalencia específica según edad-sexo aumentaba con la edad y demuestra que dicho incremento era más sostenido en mujeres. ⁽⁴⁻⁵⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2050 la población mayor de 65 años representará el 46% del total poblacional, por lo cual casi la mitad de dicha población podría sufrir un accidente cerebrovascular. ⁽²⁾

Como resultado de estos datos, podemos entrever que esta enfermedad representa un gasto sanitario muy elevado que irá aumentando en los próximos años por el envejecimiento de la población. ⁽⁴⁾

Además de la edad y el sexo, factores no modificables, existen otros factores de riesgo para padecer un ictus, la mayoría modificables, como son: la hipertensión arterial, las arritmias u otras enfermedades cardíacas, los accidentes isquémicos transitorios previos (AIT), la diabetes mellitus, la dislipemia, la anemia falciforme, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, entre otros. De todos ellos, el factor de riesgo modificable más relevante sería la hipertensión arterial. ^(2,5)

El ictus representa un gran problema personal, familiar y social. Se le considera la primera causa de discapacidad permanente en adultos, de tal modo que hoy en día un 30% de los pacientes presentan discapacidades a raíz del ictus ^(2,5). Asimismo, estos pacientes presentan con mayor frecuencia: comorbilidad*, depresión, ansiedad, disminución de la calidad de vida y aislamiento social por consecuencia de los cambios en las funciones físicas, cognitivas y emocionales. ^(6,7,8)

Tras el ictus muchos enfermos presentan además parálisis, espasticidad, problemas en el habla, en el equilibrio, déficits cognitivos, disfagia, dolor central, problemas con la sexualidad, incontinencia urinaria, etc. Por consecuencia de dichas secuelas, estas personas ven limitadas sus actividades de la vida diaria y solo un 40% de los enfermos son capaces de valerse por sí mismos después de sufrir un ACV. Asimismo las personas

* Comorbilidad: *término médico que refiere la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.* (Fuente: Real Academia Española)

que han sufrido un ictus tienen un riesgo alto de sufrir otro en los tres meses posteriores. (2,5,9)

También, el ictus conlleva grandes repercusiones en los familiares, estos tendrán que lidiar con la nueva situación de dependencia y las necesidades de cuidados continuados que va a presentar la persona afectada por la enfermedad. De hecho, indica la Federación Española de Ictus que: *“El sistema sanitario de salud participa de forma minoritaria en los cuidados continuados de las personas dependientes ya que es la familia y, en general, la red de apoyo más cercana, la que proporciona el cuidado requerido”*. Los datos de la Federación nos indican que, de los pacientes no ingresados en centros hospitalarios, un 52.5% es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Además, en un 60% de los casos el cuidador es una mujer, con una edad media de 55 años. (2)

Por tanto, nos encontramos normalmente en el rol de cuidador a personas de edad avanzada cuyas capacidades físicas y psíquicas pueden estar reducidas por razones objetivas como la edad y cuyos conocimientos acerca de la enfermedad y los cuidados que esta va a suponer suelen ser escasos. De esta conclusión extraemos uno de los motivos para la elaboración de este trabajo que consistirá en la elaboración de una guía práctica de cuidados para los enfermos y sus cuidadores para afrontar la vida diaria después de la enfermedad.

2. JUSTIFICACIÓN

El tema que tratamos ha sido abordado fundamentalmente desde las mismas perspectivas, podemos encontrar multitud de trabajos e investigaciones dedicadas a la prevención del ictus fomentando una vida saludable e intentando reducir los factores de riesgo; también encontramos otros muchos dedicados a la rehabilitación o a los cuidados hospitalarios de un paciente con un accidente cerebrovascular establecido.

El motivo de la realización de este trabajo es que hemos encontrado un vacío en cuanto a la educación de esos pacientes para la vida después del ictus en nuestra región. Los pacientes salen del hospital conociendo lo que les ha ocurrido, las secuelas que les han quedado de la enfermedad, ejercicios rehabilitadores, etc. Pero al alta, no contamos con ninguna herramienta educativa por parte del Sistema Sanitario de Castilla y León que podamos ofrecer al paciente y que le permita saber cómo será su vida cotidiana después de la enfermedad y su paso por el hospital. Los estudios han demostrado que los

supervivientes de accidentes cerebrovasculares y sus cuidadores a menudo reclaman que no han recibido suficiente información sobre el accidente cerebrovascular y no se sienten preparados para la vida después del alta hospitalaria. Una buena información por parte del equipo sanitario tanto al cuidador como al enfermo mejorará los conocimientos del paciente y del familiar sobre la enfermedad, mejorará su satisfacción y reducirá en cierta medida los estados de depresión o de ansiedad. Además, todo lo que involucre activamente al paciente y al cuidador y que incluya un seguimiento y un refuerzo tendrá un mayor efecto sobre el estado de ánimo del enfermo y disminuirá el sentimiento de desamparo. ⁽¹⁰⁾

Por tanto, podemos ver que esta falta información crea una sensación de abandono y de miedo a lo desconocido tanto en los enfermos como en sus familiares, muchos de los cuales no se atreven a preguntar sus dudas por vergüenza y por incomprensión. Encontramos además, que los momentos tras el ictus son momentos de mucha tensión emocional y puede que la información que se les explique verbalmente se les olvide o no lleguen a entenderla claramente. Esta situación de desconocimiento no es nada beneficiosa para su recuperación, ya que como profesionales sanitarios no solo nos interesa el bien físico del paciente sino también su bienestar mental y poder lograr una salud integral en la medida de lo posible.

Así mismo, otro de los motivos encontrados para la formulación de esta guía de cuidados es que creemos que es necesario que haya una unidad de criterios en la educación para la salud y los consejos que se les brinda a estas personas, evitando así la variabilidad que puede sufrir la información de unos profesionales a otros; lo cual, crea la desconfianza tanto del paciente como de la familia hacia el personal. Muchos profesionales estarán implicados en la recuperación de la persona tras el ictus como son: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales... En esta guía se reflejarán las mejores recomendaciones en cuidados y autocuidados apoyados por la evidencia científica actual.

Por dichos motivos, se propone esta herramienta educativa, que aportará información sobre los cuidados posteriores al ictus en situaciones de la vida cotidiana de los enfermos, para que tanto ellos, como sus cuidadores, puedan consultarla en cualquier momento de duda. Se pretende llegar a todas las personas afectadas con una información breve y que sea clara, sencilla, práctica y entendible por todos los enfermos o cuidadores independientemente de la edad o del nivel cultural.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Elaborar una herramienta educativa sobre autocuidados para pacientes y familiares tras un ictus la cual les permita conocer más sobre la enfermedad y sus cuidados.

Objetivos específicos:

- Aumentar los conocimientos del enfermo y los familiares sobre los cuidados que van a precisar en su día a día tras la enfermedad.
- Disminuir las dudas o preocupaciones de los afectados y las familias.
- Conseguir que el enfermo alcance la mayor autonomía posible en las actividades de la vida diaria, fomentando los autocuidados.

4. METODOLOGÍA

En este trabajo se propone un modelo de guía práctica de cuidados para personas con ictus y sus cuidadores (Guía contenida en el Anexo III). Se realizará una revisión bibliográfica con el uso de los operadores booleanos *AND*, *OR* y *NOT*, para concretar mejor las búsquedas por diversas bases tanto del ámbito nacional como CUIDEN o del ámbito internacional como The Joanna Briggs Institute, Cochrane Library, Medline o SciELO. También se hará una búsqueda en los distintos Portales de Salud de los Sistemas Sanitarios de las Comunidades Autónomas Españolas, así como en Sedes Web de fundaciones relacionadas con el tema propuesto. Tras dicha revisión bibliográfica de diversos artículos y guías, obtendremos de ellos las bases conceptuales más importantes para la formulación de una guía propia. Esta guía contendrá recomendaciones sobre cuidados y autocuidados, basadas en evidencia científica, atendiendo a las diferentes necesidades y esferas que se ven alteradas tras un ictus. A partir de los resultados obtenidos de la búsqueda, que se reflejarán en el desarrollo del trabajo, se redactarán por elaboración propia las recomendaciones de la guía, basándose asimismo en conocimientos inherentes a la profesión enfermera y en un lenguaje adaptado y dirigido a la población receptora de la guía.

Se pretende fomentar el autocuidado de las personas afectadas por la enfermedad, así como ayudar a los cuidadores principales en el día a día. Por tanto, la guía dejará de

centrarse tanto en la explicación de lo que es un ictus, y ahondará en mayor medida en las recomendaciones sobre el cuidado.

La herramienta que se propone sería un método de educación para la salud indirecto o unidireccional. Podría ser un elemento formativo independiente por sí mismo, pero la eficacia sería mucho mayor si se acompañase de una educación para la salud directa activa por parte del personal de enfermería. Si el profesional decide usarlo como apoyo en su educación para la salud, esta herramienta le ayudará a reforzar los contenidos que el enfermero quiera transmitir, además de poder clarificar y ampliar algunas ideas. Asimismo, por si sola la herramienta podrá formar a los pacientes y familiares y podrán consultarla en cualquier momento ante una duda sobre los cuidados o hábitos de vida.

Título de la herramienta: Una vida después del ictus: guía práctica para pacientes y cuidadores.

Formato: librito tamaño A5.

Población a la que va dirigido: esta herramienta educativa está dirigida a todos los enfermos que han sufrido un ictus y sus familiares o cuidadores, posteriormente a su hospitalización aguda. La guía debe ser entregada al alta del paciente del centro hospitalario. Está pensada para los pacientes del Sistema Sanitario de Castilla y León (SACYL).

Queda bajo criterio del profesional de enfermería que entregue la herramienta buscar la persona más idónea para su posesión. Se recomienda que la guía se entregue principalmente al paciente en los casos en los que este tenga el estado de salud adecuado para su comprensión, ya que la intención es fomentar los autocuidados en la medida de lo posible; en caso de que el paciente no se encontrara en buenas condiciones para la recepción de la guía, la elección sería el cuidador principal.

Los criterios de inclusión para poder recibir la guía serán:

- Pertenecer al Sistema Sanitario de Castilla y León.
- Haber sufrido un ictus o ser familiar/cuidador de una persona que ha sufrido un ictus.
- Que el receptor de la guía tenga 14 o más años de edad.

Los criterios de exclusión para la recepción de la guía serían:

- Analfabetismo.
- Personas que no hablen o lean el castellano.
- Personas invidentes.

No se considerarán criterios de exclusión el nivel cultural (a excepción del analfabetismo), ni el nivel económico.

Evaluación de la herramienta: en la parte final de la guía incluiremos un cuestionario de satisfacción sencillo para los receptores de la misma. En caso de pilotaje de la herramienta, los receptores rellenarían de forma voluntaria y anónima el cuestionario y lo entregarían en sus consultas de atención primaria; en estas se acumularían los cuestionarios durante un mes y se enviarían por correo postal para su examinación a los responsables. Si quisiéramos evaluar de forma más eficaz y rápida, durante los 2 primeros meses del lanzamiento de la guía podríamos realizar el mismo cuestionario vía telefónica con los receptores de la guía.

Periodo de validez de la herramienta: los cuidados de la guía formulada están basados en conocimientos actuales propios de la profesión de enfermería y sus competencias, y basados en la evidencia científica. Se recomienda revisar los contenidos en un plazo de 5 años y actualizar las recomendaciones en el caso que fuera necesario.

Comentarios: Se tendrá en cuenta que esta guía es un prototipo. Las imágenes que la ilustran serán provisionales, obtenidas de buscadores en Internet como *Google*. Enlaces a las fuentes de las imágenes usadas en Anexo IV.

5. DESARROLLO DEL TEMA

Como ya se ha comentado con anterioridad el accidente cerebrovascular agudo puede dejar secuelas en la persona que lo sufre afectando en gran medida a su calidad de vida y en ocasiones creando una dependencia severa para la realización de las actividades cotidianas.

De todos los enfermos dependientes tras el ictus, más del 80% no pueden quedarse solos por un tiempo prolongado. El 93% será dependiente para el aseo completo, el 87% para el vestido, el 65% para la movilización y el 29% para la alimentación. ⁽¹¹⁾

Una de las secuelas que encontramos tras un ictus es la disfagia, la cual puede llegar a presentarse en un 20.7% de los pacientes después de un ictus y en un 50.9 % persiste tras el alta hospitalaria. Es fundamental el diagnóstico precoz de la disfagia para prevenir posibles problemas secundarios. En los casos graves será necesario la colocación de una sonda nasogástrica; si el periodo que se prevé de duración del problema es mayor de dos meses se realizará una gastrostomía colocando la sonda directamente en el estómago a través de la pared abdominal, lo que denominamos sonda de gastrostomía endoscópica percutánea o PEG ^(12,13,14). Normalmente los síntomas de disfagia se manifiestan en forma de dificultad en la masticación, dificultad para mover la comida hacia la faringe, retención de la comida, reflejo de deglución alterado, aspiraciones bronquiales e incluso asfixia. Todos estos problemas ocasionan la imposibilidad de los pacientes para alimentarse por sí mismos; a lo que se le suma en muchas ocasiones la incapacidad para la preparación de los alimentos debido a alteraciones en la movilidad, dificultad en la visión, desorientación, confusión, etc. ⁽¹³⁾

Todas estas circunstancias hacen que se deban recomendar una serie de cuidados en la alimentación y en los hábitos alimenticios como los que se describen a continuación:

- No se debe de tener prisa en la alimentación, si puede alimentarse por sí mismo debe hacerlo. ^(11,13,18,19,20,21)
- Hay que asegurarse de que el enfermo se encuentra despierto y descansado para iniciar la alimentación de forma segura. ⁽¹¹⁾
- No será conveniente la administración de líquidos si hay un problema serio de deglución, se deberá usar espesantes para modificar las texturas previniendo así el riesgo de aspiraciones bronquiales. ^(11,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24)
- Se evitarán las texturas mixtas. ^(11,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22)
- Se seleccionarán dietas de fácil masticación; evitando alimentos de deglución complicada, como por ejemplo el pan de molde. ^(13,14,15,16,17,18,19,20,21,22)
- Las comidas tibias hacen que la deglución sea más segura. ^(11,13,14,15,16,17,19,20,22)
- Se deben ofrecer cantidades pequeñas de alimento, dando tiempo a que el enfermo trague y deje la boca vacía antes de ofrecer la siguiente porción. ^(11,13,18,19,20,21,22)
- La alimentación se realizará por el lado que el enfermo movilice mejor. ^(11,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22)

- Si tiene dificultades para la deglución: podemos pedir al paciente que tosa después de tragar o también podemos pedirle que flexione la cabeza (mirando hacia el plato) en el momento de tragar, esto hará más segura la deglución. (13,20)
- El enfermo debe comer sentado. Si está encamado, lo ideal sería incorporar el cabecero hasta los 90°, si no fuera posible, como mínimo se adoptaría la posición Fowler (al menos 45°) durante la alimentación y manteniéndolo así hasta pasados 30 minutos del fin de la ingesta. (11,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24)
- Se comprobará que no quedan restos de comida en la boca una vez finalizada la alimentación. (13,20)
- Si se observa atragantamiento consultar siempre con el médico, no forzar la ingesta. (13,19)
- Higiene bucal habitual. (13,15,16,17,20)
- Dieta equilibrada con líquidos abundantes, al menos dos litros diarios. La dieta será parte del tratamiento del paciente, se aconsejará una dieta equilibrada en la que se disminuyan los ácidos grasos saturados y el colesterol. Se debe aumentar el contenido en fibra, consumiendo frutas y verduras; además, en la hipertensión arterial se ajustará el contenido en sal, charcutería, bollería, precocinados y conservas. (13,14,15,16,17,19,21)
- Se deben hacer más comidas (6 al día) pero menos abundantes. (13,15,16,17)
- En cuanto a los hábitos tóxicos: Debe reducirse la ingesta de alcohol, no obstante un vaso de vino al día puede ser recomendado. Además, debe suprimirse el hábito tabáquico. (11)
- Se intentará reducir el peso corporal si está por encima de los límites adecuados para la persona. (11)

No solo la disfagia afectará a la alimentación, como ya se ha comentado encontraremos en ocasiones limitaciones físicas para la preparación y manipulación de la comida o para el uso de los utensilios (cuchillo, tenedor...), existen a disposición del enfermo instrumentos adaptados que son de uso aconsejable para intentar fomentar la autonomía. (11,13,18,20,21)

Los pacientes con sondaje nasogástrico o sonda de gastrostomía (PEG) también deberán tener en cuenta una serie de cuidados:

- Posición incorporada durante las comidas y post-prandial, para evitar reflujos gástricos y posibles aspiraciones bronquiales. (11,13,15,16,17,22,23,24)

- Higiene de manos antes de las manipulaciones. (13,15)
- Administrar los alimentos mediante jeringa lentamente y a temperatura ambiente. Se debe evitar que contenga aire. (13,15,18)
- Hidratación abundante de 1,5-2 litros de agua diarios. (11,13,15)
- Se administrarán unos 50 ml de agua antes y después de las tomas, esto evitará la obstrucción de la sonda. (11,13,15,19)
- Ante vómitos, tos durante la alimentación o diarreas abundantes, consultar al médico. (13)
- Higiene bucal habitual y además limpieza de las fosas nasales. (11,13,15,16,17,19,24)
- Cambiar los puntos de presión de la sonda nasogástrica sobre la piel del paciente evitando así la formación de úlceras. Proteger e hidratar la piel. (13,15,19,27)
- Limpieza del punto de inserción de la sonda de gastrostomía (PEG) a diario con agua y jabón. Es conveniente tapar el lugar de inserción con unas gasas y apósito suave. (13,15,19)

Asimismo, encontramos que otra de las secuelas más frecuentes del ictus es la parálisis en la mitad de cuerpo o hemiplejía. En esta situación se ven afectadas la extremidad superior e inferior del mismo lado del cuerpo (hemilateral) en grado variable o sólo una de ellas (brazo o pierna). También pueden afectarse los músculos de la cara, especialmente los de la boca. Además de la parálisis, entre un 20 y un 40% de los supervivientes al ictus presentan espasticidad[†], como consecuencia de ello su salud física y también psíquica será inferior a la del resto de enfermos. Dichos pacientes necesitarán ayuda en multitud de aspectos de la vida diaria como: el aseo, la higiene, la alimentación y la movilización; así mismo, se deberá prestar atención a la seguridad e intentar prevenir las caídas. Todas estas tareas recaerán, en el ámbito doméstico, en el cuidador principal. El paciente en muchos casos tendrá además problemas en el equilibrio y la marcha, lo cual dificultará aún más la independencia en sus autocuidados. Este problema motor puede causar también dolor crónico incapacitante, contracturas o espasmos que pueden interferir con el sueño o producir alteraciones psicológicas. (9,25)

[†] Espasticidad: *se refiere a músculos tensos y rígidos. También se puede llamar tensión inusual o aumento del tono muscular. Los reflejos son más fuertes o exagerados. La afección puede interferir con la actividad de caminar, el movimiento o el habla. (Fuente: MedlinePlus)*

El aseo personal es la situación cotidiana que más se ve afectada tras el ictus, en un 93% de los casos ⁽¹¹⁾. Deben realizarse adaptaciones en los cuartos de baño para evitar riesgos, haciéndolos más accesibles para así fomentar la independencia. Los cuidados y consideraciones más relevantes que deben tenerse en cuenta son:

- Puede ser beneficiosa la instalación de barandillas que mejoren la seguridad y la autonomía del enfermo. ^(11,13,15,18,19,21,23,26)
- Favorecer siempre que se pueda la independencia en el aseo. ^(11,13,18,19,21,24)
- Colocar superficies antiadherentes en la bañera y al salir de ella. ^(11,13,218,19,21,24,26)
- Usar una silla para la ducha o el baño. ^(13,18,19,21,26)
- Para la entrada a la bañera, primero colocará la pierna del lado afecto. A la salida será al contrario, primero la pierna no afectada que es la que cargará el peso. ^(13,15,21)
- Es recomendable la vigilancia del enfermo durante el aseo. ^(13,21,23,26)
- Usar jabones no agresivos con un pH neutro. ^(11,13,19,27)
- Comprobar la temperatura del agua con la extremidad no afectada. ^(18,21)
- Mantener una buena higiene de la zona genital, sobre todo en caso de incontinencia o si el enfermo usa absorbentes. ^(11,19,27)
- Mantener la piel bien seca, teniendo especial atención en los pliegues. ^(18,19,21,27)
- Debe observarse la piel a diario. ⁽²⁷⁾
- La piel debe mantenerse hidratada para prevenir el riesgo de lesiones. Los masajes circulares en la espalda y en las prominencias óseas con crema hidratante pueden resultar beneficiosos. ^(11,18,19,21,27)
- Además, se podrán utilizar ácidos grasos hiperoxigenados para la prevención de la aparición de úlceras por presión (lesiones en zonas de la piel sometidas a presión). ^(13,27)
- Las uñas deben mantenerse cortas para evitar lesiones. ^(11,13,27)

Se deberán adoptar algunos otros consejos de seguridad en cuanto a la prevención de las caídas, así lograremos que el hogar del enfermo sea un sitio seguro y adaptado a las necesidades donde él pueda moverse con facilidad según sus capacidades.
Recomendaciones:

- Retirar alfombras, muebles o adornos que puedan crear riesgos en la movilización. ⁽²⁶⁾

- Incorporar en la cama un sistema de seguridad, como las barandillas laterales, para evitar las caídas. (26)
- Adaptar el cuarto de baño a las necesidades del enfermo. (11,13,26)
- Mantener alguna luz encendida durante la noche. (11,26)
- Ofrecer algún mecanismo al enfermo para contactar con la familia en caso de necesidad. (11)

Igualmente, es necesario hablar sobre algunas recomendaciones generales sobre la movilización y el descanso del enfermo:

- Es fundamental que los enfermos sean movilizados lo antes posible tras el ictus, así evitaremos problemas secundarios a la inmovilidad. (9,11,13,15,16,17,18,19,20,23,24)
- Siempre que las condiciones del enfermo lo permitan elegiremos la posición sentada-erguida, preferiblemente evitando la cama. (9,11,13,15,16,17,18,19,20,23,24)
- Por tanto, deben permanecer en la cama lo menos posible, preferiblemente solo para el descanso nocturno. Las siestas no deberían durar más de 30 minutos, esto mejorará también problemas como el insomnio. (11,13,15,16,17,19)
- La cama deberá ser preferiblemente dura, solo se usarán superficies especiales como el colchón antiescaras en enfermos que presenten alto riesgo de presentar úlceras por presión (como por ejemplo los pacientes inmovilizados). (18,21)
- El lugar de descanso debe ser cómodo, sin excesiva luz o temperaturas extremas para facilitar la conciliación del sueño. (11,13,15,16,17)
- En pacientes inmovilizados se debe tener en cuenta la necesidad de realización de cambios posturales en la cama cada dos o tres horas para la prevención de lesiones. (13,16,17,19,21)
- Se debe atender a las posturas del enfermo en la cama. Al estar boca arriba, las manos deben estar mirando hacia arriba y abiertas. Una almohada evitará la rotación hacia afuera de la pierna afectada. Las extremidades afectadas siempre deben estar bien apoyadas. El cuerpo bien alineado, evitando que el cuello quede flexionado. (13,15,16,17,18, 20,21)
- No se deben dar tirones de los brazos o del cuello para movilizar al enfermo, se moverá en bloque todo el cuerpo. (11,13,15,16,17,18,19)
- En la medida de lo posible y las capacidades del enfermo se le ofrecerán medidas auxiliares para su seguridad en los desplazamientos como las muletas, el andador

o la silla de ruedas. Se intentará fomentar la autonomía disminuyendo las medidas auxiliares con el tiempo si fuera posible. (11,13,15,16,17,18,19,23,24)

- Es recomendable realizar ejercicios para conservar la fuerza muscular y la movilidad articular al menos dos veces al día, así como realizar los ejercicios específicos indicados por los profesionales fisioterapeutas. Si el paciente no pudiera realizarlos por sí mismo se realizarían de forma pasiva por los cuidadores o los profesionales. (11,13,15,16,17,18,21,24)

Como ya se ha explicado, la espasticidad y los problemas como la parálisis o paresias[‡] en algunas áreas corporales tras el accidente cerebrovascular, sobre todo en las extremidades, son muy frecuentes. Esta situación va a causar muy frecuentemente problemas para el vestido (en un 87% de los casos) (11). Por tanto, recomendaremos:

- Fomento de la autonomía para el vestido en la medida de lo posible. (11,13,14,17,18,19,20,21,23,24)
- Se debe empezar a vestir por la extremidad afectada por la parálisis/paresia. Al desvestirse es recomendable hacerlo al revés, empezará por el miembro no afecto. (11,13,15,16,17,18,19,21)
- Puede resultar más fácil el vestido desde la posición de sedestación. (13,15,16,19,21)
- Existen prendas adaptadas, así como utensilios como calzadores de mango largo para facilitar este momento. (11,13,15,18,19,21)
- Es recomendable el uso de ropa cómoda y holgada, de tejidos suaves que no dañen la integridad de la piel. (11,13,14,17,18,19,20,21,27)
- Se debe de usar un calzado adecuado: fácil de colocar, que sujete bien el pie y el tobillo, con suela antideslizante para evitar posibles caídas. (11,13,18,21)

Otra de las secuelas tras el ictus serán los problemas urinarios e intestinales.

En cuanto a los problemas urinarios, el daño de los centros cerebrales puede afectar sobre el control de la vejiga dando lugar la mayoría de las veces a incontinencia urinaria o en ocasiones, a retención de orina. El 43% de los enfermos tras el ictus presentan inconciencia urinaria en las primeras 72 horas. En la primera semana puede ser necesario la colocación de un sondaje vesical hasta en un 26% de los pacientes. (24)

[‡] Paresia: *pérdida de fuerza muscular parcial.* (Fuente: diccionario médico Universidad de Navarra)

El objetivo primordial será la reeducación vesical y que el paciente vuelva a ser capaz de controlar sus micciones de forma espontánea. (13,15,16,17,28,29)

En los casos de incontinencia, el enfermo puede sentir la necesidad de vaciar la vejiga inminentemente (urgencia miccional), cada poco tiempo (polaquiuria) o con más frecuencia durante la noche (nicturia). Es un aspecto importante de tratar, ya que tiene un impacto negativo sobre múltiples esferas de la vida diaria, tanto en el entorno social (disminuye la interacción social, aumenta el aislamiento, abandono de las aficiones, etc), como en el sexual (pérdida de la actividad sexual y evitación de la pareja), psicológico (disminución de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc), laboral (absentismo y menos relación social) e incluso en el ámbito doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, etc) (28,29). Afortunadamente la mayoría de estos trastornos urinarios suelen corregirse o mejorar con el tiempo.

Daremos una serie de recomendaciones en este aspecto:

- Es fundamental mantener una buena hidratación (al menos 2 litros). Evitando la ingesta de líquidos antes de acostarse. (13,15,16,17,21,23,24)
- Se usará la técnica de vaciamiento programado. Para la reeducación vesical estableceremos un ritmo determinado de micciones cada 2-3 horas, se sugerirá el vaciamiento periódico antes de que se produzcan los escapes de orina. La reeducación puede ser coadyuvada en ocasiones con fármacos por decisión médica. (13,15,16,17,21,23,24,29)
- Se debe reforzar positivamente al enfermo y motivarle en todo momento. (29)
- Será beneficioso intentar orinar sentado lo antes posible. (13,29)
- Antes del descanso nocturno conviene un vaciamiento de la vejiga. Además, podemos establecer algún sistema con el enfermo para que avise si tuviera necesidad de orinar durante la noche o dotarle de ayudas técnicas para su traslado hasta el servicio. (13,15,16,17,21,24,29)
- Se pueden usar técnicas de estimulación como la compresión del abdomen, agua caliente en la región genital, proporcionar intimidad, etc. (13,29)
- A veces será necesario el uso de absorbentes. En mujeres se puede optar por las compresas también con buen resultado. (13,15,16,17,21,29)
- Muy importante la higiene de la piel de la zona genital para evitar erosiones relacionadas con la incontinencia. (21,27)

- Se debe prestar atención aspectos como el olor, el color o la aparición de dolor al miccionar. Consultar con el médico ante cualquier duda. (13,15)

En los casos de retención urinaria, menos frecuentes, será necesario usar técnicas de estimulación para el vaciamiento de la vejiga. Además, normalmente será necesario cuantificar las cantidades orina residual realizando un sondaje intermitente que permita el vaciamiento total de la vejiga. Los sondajes serán una medida temporal hasta que el problema se solucione. (13,15,16,17,29)

Por su parte, los problemas intestinales suelen ser secundarios a la inmovilidad del paciente (en mayor medida) junto con la disminución de la ingesta hídrica o una mala alimentación, esto puede llevarnos a situaciones muy molestas para el paciente como es el estreñimiento. Encontraremos también en menor medida casos de diarrea. (11,13,17,21)

Recomendaciones en el estreñimiento:

- Realizar una dieta rica en fibra. (11,13,17,21)
- Evitar alimentos astringentes. (11)
- Tomar suficientes líquidos (como mínimo 2 litros de agua al día). (11,13,15,16,17,21,24)
- Intentar mantener la máxima actividad física posible. (11,13,17,21)
- Para la evacuación es importante la relajación y la intimidad. (11,13,17,21)
- Al igual que en la eliminación urinaria es fundamental establecer un horario, hay que crear una rutina. (11,13,17,21)
- El enfermo no debe auto-medarse con laxantes y enemas. En algunos casos el médico puede prescribir algún tipo de ablandadores de heces o incrementadores de volumen. Estos tratamientos son individualizados y dirigidos por un médico. (11,17,21)

A mayores de estos problemas, encontramos que a menudo los enfermos tras el ictus padecerán dolor por diferentes causas. El dolor puede ser como consecuencia de la disminución de la movilidad, la parálisis, la espasticidad, enfermedades preexistentes agravadas o directamente relacionado con el ictus como sucede con el dolor central (24).

Uno de los casos de dolor más frecuentes es el hombro doloroso en el paciente hemipléjico. El hombro doloroso es un problema bastante común tras sufrir un ictus. Un 72% de los pacientes sufren al menos un episodio de hombro doloroso durante el primer año, esto afectará a la rehabilitación y la recuperación funcional. Se relaciona habitualmente con la espasticidad y puede estar causado también por una subluxación del

hombro del miembro pléjico. El dolor central es menos frecuente y es debido a la afectación cerebral; es una forma de dolor central superficial, quemante o lacerante que empeora al tacto, con el agua o los movimientos. Esto ocurre aproximadamente en un 2-8% de los pacientes ⁽⁹⁾. Algunas recomendaciones básicas que podemos ofrecer para el control del dolor serán:

- El dolor será controlado con el tratamiento analgésico prescrito por el médico. ^(9,24)
- Se adoptarán las posturas menos dolorosas (antiálgicas) para el enfermo. ^(9,18,20,21)
- Los hombros deberán colocarse a la misma altura. El cuerpo debe estar alineado en una buena postura, los almohadones servirán de ayuda para mantener las posturas adecuadas. ^(11,13,18,20,21)
- Se fomentará la movilidad de las extremidades de forma activa o pasiva, esto evitará contracturas y dolor en las articulaciones. ^(11,18,20,21)
- Se pondrá en contacto con un especialista en rehabilitación si el dolor no mejora. ⁽⁹⁾

Otro aspecto muy importante a tratar después del accidente cerebrovascular es la sexualidad. Este tema normalmente es poco tratado tanto por los profesionales como por los enfermos y por eso queríamos reseñarlo especialmente dedicándole un apartado en nuestra guía. Puede resultar un tema complicado de abordar ya que la mayoría de los enfermos no se atreven a verbalizar sus dudas por vergüenza o por miedo; nosotros como profesionales sanitarios debemos ofrecerles toda la información necesaria para que sepan manejar su situación y no tengan miedo a continuar con una vida sexual activa.

Los estudios indican que la insatisfacción sexual es común después del accidente cerebrovascular en un 48-83%, además, es más común en personas con trastornos en la comunicación. ⁽²⁴⁾

La actividad sexual es una esfera muy importante y deseable para la mayoría de las personas. Generalmente se podrá recuperar la actividad sexual dentro de los tres primeros meses tras el ictus, aunque quizá deban realizar algunos cambios ^(13,19,30,31). Primero se deben aceptar las nuevas condiciones corporales como pueden ser en muchos casos los cambios sensoriales y físicos, los movimientos torpes o la parálisis; se debe superar el miedo y la angustia y poco a poco ir aumentando la autoestima, a partir de ahí se buscarán alternativas para recobrar una vida sexual activa y satisfactoria.

Algunas de las recomendaciones en este ámbito serán:

- Se deben abandonar ideas erróneas, existen muy pocas posibilidades de sufrir otro ictus mientras se realiza el acto sexual. (13,19,30,31)
- Mantener una higiene adecuada y un buen aspecto físico aumentará la autoestima del enfermo. (13,15,16,17,18,24,30,31)
- La comunicación con la pareja es esencial para el éxito en las relaciones. (13,15,16,17,18,24,30,31)
- Hay que saber que la depresión tras el ictus es algo frecuente, esta situación puede afectar a la sexualidad, así como a otros muchos campos como el apetito, la capacidad para conciliar el sueño, el humor, el estado general, la energía, el interés por las cosas, etc. Ante cualquier sospecha debe consultar con su médico, quizá sea necesario medicación antidepresiva. (13,30)
- En cuanto a las relaciones, el enfermo debe tomarse el tiempo necesario, estar tranquilo y descansado. (13,15,16,17,18,30,31)
- Es recomendable el vaciamiento de la vejiga antes del acto sexual. (13,15,16,17)
- Si hay problemas sensoriales, la aproximación de la pareja será mejor por el lado no afecto. (13,16,17,18,30,31)
- En ocasiones puede haber zonas de alodinia, que pueden resultar dolorosas o molestas al tacto. (13,16,17,18,30)
- Es importante la comunicación con la pareja para expresar lo que resulta agradable y lo que no. (13,16,17,18,30,31)
- Se deben adaptar las posturas a las capacidades del enfermo. (13,15,16,17,18,30,31)
- Debe saber que ciertos fármacos pueden interferir con la función sexual o causar impotencia (fármacos para la tensión arterial, antidepresivos, etc). El enfermo no debe dejar de tomar la medicación bajo ningún caso, siempre consultar con el médico. (13,15,16,17,24,30)
- Fármacos como el sildenafil (Viagra®) u otros inhibidores de la fosfodiesterasa, no estarían recomendados tras un ictus isquémico, siempre debe consultar con el médico. (9)
- Es importante consultar cualquier duda con el profesional sanitario. (13,15,16,17,19,24,30,31)

Se debe retornar cuanto antes a la vida normal del enfermo, dentro de lo posible. No solo recuperar la vida sexual, además se recomienda la realización de ejercicio físico,

participar en actividades de ocio, realizar viajes, recuperar las relaciones sociales, volver al trabajo... Esto mejorará el ánimo del enfermo, así como su calidad de vida. (9,11,13,15,16,17,18,19,20)

Debemos atender también a los posibles problemas en la comunicación del enfermo tras un ictus. Es frecuente que surjan problemas como: la alteración en la articulación de las palabras (disartria), el mutismo o la afasia[§], normalmente acompañados de problemas en la escritura y la lectura (agrafias y alexias). Todos estos trastornos irán mejorando significativamente durante los primeros meses tras el accidente cerebrovascular. Es importante la ayuda de otros profesionales como los logopedas para lograr la recuperación temprana del lenguaje. El problema más significativo es la afasia, que puede ser motora o sensitiva; en la afasia motora el enfermo comprende el lenguaje pero es incapaz de emitir por sí mismo ningún lenguaje adecuado, emitirá frases cortas con gran esfuerzo, sin ritmo y sin entonación; en la sensitiva, el enfermo tendrá un déficit en la comprensión del lenguaje verbal, gestual o escrito y un habla fluida incoherente. (11,13,16,17,19,20,21,23,24,32)

Ante una persona con estos problemas, recomendaremos:

- Estimular cualquier tipo de comunicación. (11,13,16,17,19,20,21,24)
- Tener paciencia en la comunicación. No tratar al enfermo como un niño ni hablarle en voz alta. (11,13,16,17,19,20,21,24,32)
- Evitar los ambientes ruidosos o con interferencias. (16,17,20)
- Nos colocaremos de frente o siempre en el lado sano del enfermo. Es importante captar su atención, se deben mantener conversaciones de su interés. (11,16,17,19,20,21)
- Simplificar el lenguaje, frases cortas y sencillas, haciendo pausas entre las frases. (11,13,16,17,19,20,21,24,32)
- Es importante confirmar que el enfermo nos ha entendido bien. A veces pueden cambiar de forma involuntaria unas palabras por otras como puede ocurrir con el sí y el no. (16,17,20)
- No interrumpir a la persona si está intentando hablarnos. Se deben respetar los silencios, tener paciencia y darle tiempo para que el enfermo piense lo que quiere decir. (11,13,16,17,19,20,21)
- Formular preguntas cerradas que se respondan con pocas palabras o dándole opciones para que elija. (16,17,19)

[§] Afasia: *pérdida de la capacidad de comprender o emitir el lenguaje.* (Fuente: Asociación Ayuda Afasia)

- Si el problema está en la comprensión del lenguaje oral, usaremos láminas con dibujos o gestos. El profesional logopeda nos ayudará en estos aspectos. (11,16,17,19,20,21,32)

En otras ocasiones encontraremos problemas de memoria. Para ello se intentará enseñar al enfermo a hacer las cosas de forma rutinaria a intervalos regulares durante el día, sin intentar hacer demasiadas cosas a la vez, fragmentando las tareas e intentando poner siempre las cosas en el mismo lugar para que sea fácil de recordar para él. (20,32)

Los problemas en la esfera psicológica también son muy son frecuentes tras el ictus, la depresión, la ansiedad o la labilidad emocional son los más habituales.

La depresión es una secuela muy común que puede afectar hasta un 33% de los enfermos, suele ser más común en las mujeres y en personas con escaso apoyo social ⁽⁹⁾. Se recomienda que los familiares y cuidadores estén atentos a posibles señales que les hagan sospechar de que el enfermo pudiera estar depresivo, como: tristeza, apatía, anorexia, falta de interés, etc. Normalmente se establecerá un tratamiento antidepresivo siempre consultando con el médico y valorando los beneficios y riesgos individualizados, ya que pueden producir efectos secundarios. La psicoterapia también puede ser un buen apoyo para superar esta fase. (9,11,13,15,16,17,23,24,33,34)

La ansiedad suele ir relacionada con el miedo a sufrir un nuevo ictus o una caída y habitualmente irá unida a la depresión. Por regla general será tratada con psicoterapia y fármacos. (9,13)

En cuanto a la labilidad emocional (fenómenos de llanto o risa desproporcionados o ante mínimos estímulos), tiende a desaparecer sin necesidad de medicación o intervenciones terapéuticas. Sin embargo, en algunos casos más acusados, el llanto puede ser persistente interfiriendo con la rehabilitación del paciente o en su relación con los miembros de la familia. En dichos casos se considerará el tratamiento farmacológico. (9,11,13,15,16,17,23,24,33,34)

Por último, no podemos olvidar la figura del cuidador principal, este va a ser el responsable del cuidado y de la atención de la persona dependiente. Normalmente es solo una persona la que asume toda esta responsabilidad y con el tiempo existe el peligro de sufrir una sobrecarga tanto física como psicológica en la que el cuidador se siente desbordado y esto puede conducirle al aislamiento y a la depresión.

El cuidador:

- El cuidador debe estar informado sobre los aspectos de la enfermedad y sus cuidados, si no fuera así debe reclamar siempre información por parte del equipo sanitario sobre la nueva situación de su familiar. (11,13,16,17,18,19,35)
- El cuidador debe cuidar de sí mismo para estar en condiciones de cuidar a la otra persona, el enfermo debe ser partícipe de sus propios cuidados. (11,13,16,17,18,19,24,35)
- Se debe evitar sobreproteger al enfermo. (11,13,16,17)
- Se intentará ser positivo con la nueva situación. (11,13,16,17,18,19)
- Conviene buscar apoyos y compartir la nueva situación de su familiar con el resto de la familia o red social. No debe aislarse. (11,13,16,17,18,19,35)
- No debe abandonar su trabajo, sus amistades, ni sus hábitos de ocio. Será aconsejable la búsqueda de ayuda también en las instituciones, estar informado sobre sociedades, centros de día, ayudas... (11,13,16,17,18,19,35)
- Es conveniente mantener la calma con el enfermo dependiente y una buena comunicación con el equipo sanitario que podrá servir de mucha ayuda. (11,13,16,17,18,19,24)
- En ocasiones debe tomarse un tiempo para sí mismo. (11,13,16,17,18,19,35)
- El ejercicio físico puede ser beneficioso, mejorando el estado de ánimo. (11,13,16,17,18,19,35)
- Así mismo, debe cuidar su salud. No es conveniente movilizar en solitario al enfermo. Además, debe hacerlo de la forma correcta para no sufrir daños en regiones sensibles como la espalda; el posicionamiento adecuado sería: pies separados con las rodillas semiflexionadas y haciendo contrapeso con el cuerpo. (13,17,19)
- No debe automedicarse. (11,13,16,17,24)

El enfermo y la familia siempre deben estar informados de las ayudas y los apoyos con los que cuentan por parte de la administración. Hablamos de la Ley de Dependencia, subvenciones, ayudas domiciliarias, residencias, etc. (13,16,17,19,35)

6. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Fundamentalmente, este trabajo habla de lo que en mi opinión considero un pilar de la profesión enfermera como es la educación para la salud. Esta función es una de las más relevantes de la profesión y a menudo se observa como una de las más olvidadas. El objetivo de educación para la salud en el que nos centramos en este trabajo será: *ofrecer a la población conocimientos y capacidad práctica para resolver los problemas de salud*. Esta guía pretende ser útil en el fomento del cuidado de la salud individual. La educación para la salud puede ser impartida de muchas maneras, desde aquí se propone un método indirecto que eduque tanto a cuidadores como a los enfermos sobre cuidados y autocuidados. En este caso, con esta herramienta nos estamos refiriendo al tercer escalón de la prevención, la prevención terciaria, la cual nos habla de evitar la cronicidad, las secuelas y la muerte una vez se ha establecido la enfermedad en el individuo.

Bajo mi punto de vista la importancia de este trabajo reside en que, debido a las importantes secuelas que puede dejar el accidente cerebrovascular en la persona, existen muchas nuevas necesidades las cuales ni los enfermos ni los cuidadores conocen ni saben manejar. Esta nueva situación creará miedo e incertidumbre en los afectados, lo cual no será nada beneficioso en la recuperación; por lo tanto es un aspecto importante de solucionar. Al observar esta necesidad emergente y ver esta carencia de información, consideramos que el desarrollo de esta herramienta es algo necesario e innovador y pensamos que podría dar buenos resultados en la práctica real. Una persona informada tendrá menos temores y será más consciente de su situación y del manejo de la misma. Además, no solo ayudará a las personas afectadas sino también a los profesionales en cuidados, el personal de enfermería, el cual en su práctica diaria podrá apoyarse en esta guía a la hora de impartir su educación para la salud con estos pacientes tanto antes del alta en hospitales de agudos, como en las consultas de atención primaria.

Hemos encontrado dificultades en cuanto a la poca fuerza de recomendación que existe en ciertas necesidades; necesidades tan fundamentales como la alimentación, la eliminación, la higiene, el vestido y la comunicación. Aun pareciendo para nuestra profesión las necesidades más relevantes, encontramos que sus cuidados han sido los menos estudiados. A pesar de ello, hallamos bastante unidad de criterios, ya que las mismas recomendaciones se repiten a lo largo de toda la bibliografía y suelen ser comúnmente aceptadas y conocidas por el personal experto en cuidados; aun así, hay

ciertas ideas falsas sobre los cuidados y la enfermedad que esta guía nos permite corregir y aclarar.

Con el desarrollo de este trabajo he podido aumentar mi experiencia y habilidad en cuanto a la búsqueda bibliográfica en bases de datos de reconocida trascendencia. Así como he sido capaz de detectar una necesidad mediante el razonamiento crítico y dar una solución basada en evidencia científica a través de la educación para la salud, una competencia que considero inherente a la profesión de enfermería.

7. CONCLUSIÓN

Un 30% de los enfermos sufren discapacidad de algún tipo a raíz del ictus. Esto va a crear una nueva situación en la vida del enfermo y de sus familiares, la cual normalmente no están preparados para afrontar. Creando esta guía pretendemos informar y enseñar a estas personas las características de su nueva situación y su manejo en la vida diaria, fomentando así los autocuidados y el cuidado de la salud individual. De igual manera, conseguiremos una información de referencia para todos los cuidadores de estas personas enfermas, los cuales normalmente también son desconocedores de la enfermedad y de los cuidados que entraña esta nueva situación. Además, esta guía servirá para sentar las bases de la educación para la salud impartida por los profesionales. La finalidad más destacable de este proyecto sería intentar conseguir una mejora en la calidad de vida en las tres esferas biopsicosocial, tanto en las personas enfermas como en sus cuidadores, a través del incremento del conocimiento acerca de la enfermedad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología [Internet]. 2006 [consultado el 10 de enero de 2016]; guía nº 3. Disponible en: http://www.ictussen.org/files3/23145_GuiaSen_32.pdf
2. Federación Española del Ictus (FEI). El Ictus [Sede Web]. Barcelona: Federación Española del Ictus; 2012 [Consultado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/>
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Nota de prensa [Internet]. Febrero de 2015 [Consultado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
4. Diaz Guzmán J. Estudios NEDICES e IBERICTUS. Servicio de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Revista GEECV de la Sociedad Española de Neurología

- [Internet]. 2009 [Consultado el 20 de enero de 2016]; 6: 9-13. Disponible en: <http://www.ictussen.org/files3/numero6nedices.pdf>
5. Ministerio de Sanidad y Política Social [Sede Web]. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España. 2008 [consultado el 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
 6. Hirata S, Markovic D, Ovbiagele B, Towfighi A. Key Factors Associated with Major Depression in a National Sample of Stroke Survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2016 [Consultado el 22 de enero de 2016]; 25(5):1090-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26875019>
 7. Cubo Delgado E, Herce Martínez MB, Mariscal Pérez N, López Cunquero MA, Ortega Barrio M, Valinas Sieiro F. Estudio del impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. *Revista Enfermería Clínica*. 2013; 23(5).
 8. Heller W, Mukherjee D, Levin RL. The cognitive, emotional, and social sequelae of stroke: psychological and ethical concerns in post-stroke adaptation. *Top Stroke Rehabil* [Internet]. 2006 [consultado el 22 de enero de 2016]; 13(4):26–35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17082166>
 9. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS [Internet]. 2009 [Consultado el 22 de enero de 2016]; N° 2007: 2-5. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
 10. Brown L, Forster A, House A, Smith J, Knapp P, Wright JJ, et al. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2012 Jan [consultado el 29 de enero de 2016];(11):CD001919. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001919/full>
 11. Candela-Gómez C, González Cruz I, Ramos-Morcillo AJ, Sola-Reche MD. Revisión de autocuidados para personas con Ictus y sus cuidadores. *Evidentia* [Internet]. 2009 abr-jun; 6(26). Disponible en: <http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=2&url=/evidentia/n26/ev6933.php>
 12. Arnold M, Broeg-Morvay A, Liesirova K, Meisterer J, Mono M-L, Schlager M, et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One* [Internet]. 2016 [Consultado el 2 de marzo 2016];11(2): e0148424. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148424>
 13. Álvarez Sabín J, Díez-Tejedor E, Egido AJ, Fuentes B, Gallego J, Gil-Núñez A, Leciñana MA, et al. Después del ictus, guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2º ed. Federación Española de Ictus y Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona; 2009.
 14. Hines S, Munday J, Kynoch K. Identification and Nursing management of Dysphagia in Individuals with Neurological Impairment: a systematic review protocol. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* [Internet]. 2013 [consultado el 3 de marzo de

- 2016]; 11(7). Disponible en: <http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/566/1331>
15. Calvet Roig L, Castro Gallego C, Ibarzo Monreal A, Jiménez Fraile MT, Moreno Rubio E, Pérez Moltó C, et al. Guía de cuidados para enfermos y familiares. 3º ed. Sociedad Española de Enfermería Neurológica, editor. Barcelona; 2002.
 16. Abellán Gil MJ, Alonso Riaño MD, Arcas Patricio MA, Ballester Ruiz P, Barbero Arenas D, Cabanes Aracil M, et al. Después de un ictus, guía de manejo del ictus para pacientes y familiares. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia [Sede Web]. Servicio de Salud Murciano, editor. 2011 [Consultado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/229988-ictus.pdf>
 17. Arronte Sánchez M, Bouzas Pérez D, Fernández Iglesias S, García Soto E, González Klett MT, Larena Cabrera M, et al. Rehabilitación tras un ictus. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria [Sede Web]. Servicio Cántabro de Salud, editor. 2014 [Consultado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.scsalud.es/c/document_library/get_file?uuid=24511f99-ff64-4d35-9ecc-2d622ff1af6d&groupId=2162705
 18. Mª Mercedes Fernández Doblado. El cuidado y la promoción de la autonomía personal tras un ictus, manual para el cuidador. Gobierno de Aragón, Departamento de Servicios Sociales y Familia y Dirección General de Atención a la Dependencia, editores. [Internet] 2010 [Consultado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/01_El%20cuidado%20y%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20autonom%C3%ADa%20personal%20tras%20un%20ICTUS_SC.pdf
 19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Consejos y cuidados tras un ictus, información para pacientes y familiares. Madrid: Agencia Laín Entralgo [Internet]; 2012 [Consultado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.sergas.es/docs/EGSPC/folletos/Ictus_AP_paciente.pdf
 20. Arias Rodríguez B, Martín Bernal M, Moya Millán S, Punzón Martín E, Rodríguez Clemente L, Rodríguez Clemente N, et al. Guía de familias: Como estimular a su familiar con daño cerebral. 1º ed. Madrid: Fundación DACER [Sede Web]; 2013 [Consultado el 10 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://dacer.org/documentacion/GuiaFamilias.pdf>
 21. Clínica Universidad de Navarra [Sede Web]. Cuidados tras un accidente cerebrovascular en casa. Navarra: Clínica Universidad de Navarra; 2015 [Consulta el 28 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-ictus>
 22. National Stroke Association [Sede Web]. Recovery after Stroke: healthy eating. . Colorado: asociación; 2014 [Consulta el 28 de marzo de 2016]. Disponible en: https://www.stroke.org/sites/default/files/resources/NSAFactSheet_Eating_2014.pdf
 23. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients with Stroke Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. Edimburgo: SING

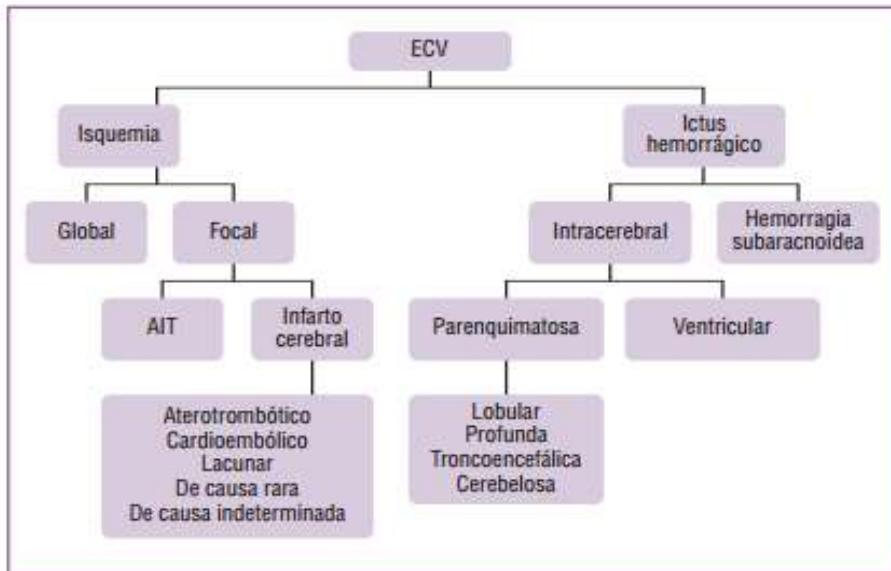
- [Internet]; 2010 [Consultado el 28 de marzo de 2016]. Guideline No.:118. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/118/>
24. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group [Sede Web]. Clinical Guidelines for Stroke Management. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010 [Consultado el 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
 25. Brainin M, Gillard PJ, Zorowitz RD. Poststroke spasticity: sequelae and burden on stroke survivors and caregivers. *Neurology* [Internet]. 2013 Jan [consultado el 30 de marzo de 2016]; 80(3 Suppl 2):45–52. Disponible en: http://ovidsp.tx.publicaciones.saludcastillayleon.es/sp-3.20.0b/ovidweb.cgi?&S=FFOOFPLIEMDDMLAJNCIKGDGCKOJDAA00&Link+Set=S.sh.43%7c2%7csl_10
 26. Clemson LM, Gates S, Gillespie LD, Gillespie WJ, Lamb SE, Robertson M, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [consultado el 1 de abril de 2016]; (9):CD007146. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract;jsessionid=B3D86B9E19CD0F74C448E659480E4654.f04t04>
 27. Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, Casa Maldonado F, García Fernández FP, Laguna Parras JM, Rodríguez Torres MC, et al. Guía para el manejo de: riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. *Evidentia* [Internet]. 2005 [consultado el 1 de abril de 2016]; 2 Supl. Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf
 28. Robles JE. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 Ago [consultado el 2 de abril de 2016]; 29(2): 219-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es
 29. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. 3ªed. Granada: ASANEC [Internet]; 2007 [Consultado el 3 de abril de 2016]. Disponible en: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/222/22.%20GPC_402_Pacientes%20con%20incontinencia%20urinaria.01.07.pdf
 30. Intermountain Healthcare. Las relaciones sexuales después del accidente cerebrovascular, folleto informativo para pacientes y sus familias (Spanish translation 08/11 by Lingotek, Inc). Patient and Provider Publications [Internet]. 2011 [consultado el 14 de abril de 2016]. Disponible en: <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=521074173>
 31. American Stroke Association [Sede Web]. Sex after stroke. American Heart Association [actualizado el 28 de mayo de 2014; consultado el 15 de abril de 2016]. Disponible en: http://strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/RegainingIndependence/PhysicalChallenges/Sex-After-Stroke_UCM_464261_Article.jsp#.VyjxfmLTIU
 32. Recovery after Stroke: thinking and cognición [sede Web]. Colorado: National Stroke Association; 2006 [actualizado 2014; consultado el 15 de abril de 2016]. Disponible en:

- https://www.stroke.org/sites/default/files/resources/NSAFactSheet_ThinkingandCognition_2014.pdf
33. Anderson CS, Hackett ML, House A, Xia J. Interventions for treating depression after stroke. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2008 Jan [consultado el 15 de abril de 2016]; (4):CD003437. Disponible en: [http://cok.uclan.ac.uk/6821/1/Hackett%20M%20\(2008\)%20Interventions%20for%20treating.pdf](http://cok.uclan.ac.uk/6821/1/Hackett%20M%20(2008)%20Interventions%20for%20treating.pdf)
 34. Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud. Superar el ictus, guía dirigida a las personas afectadas de una enfermedad cerebrovascular y a sus familiares y cuidadores. 4º ed. Barcelona: Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña [Sede Web]; 2013 [Consultado el 20 de abril de 2016]; p. 22-25 Disponible en: http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1834/superar_ictus_2012.pdf?sequence=1
 35. Caregiver Guide to Stroke, practical tips and resources for new caregivers [Sede Web]. American Heart Association; 2015 [Consultado el 20 de abril de 2016]. Disponible en: http://strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_479125.pdf

9. ANEXOS

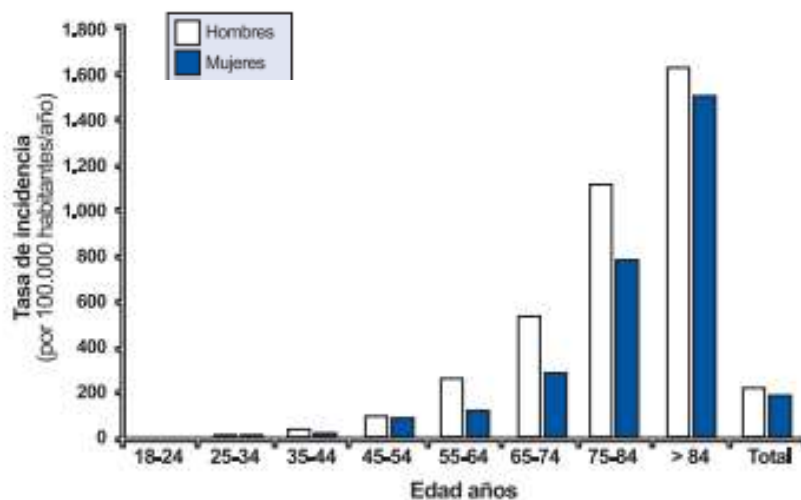
ANEXO I

Clasificación de la enfermedad cerebrovascular (ECV) según su naturaleza. (E. Díez Tejedor y R. Soler). Fuente: guía para el diagnóstico y tratamiento del Ictus de la Sociedad Española de Neurología.



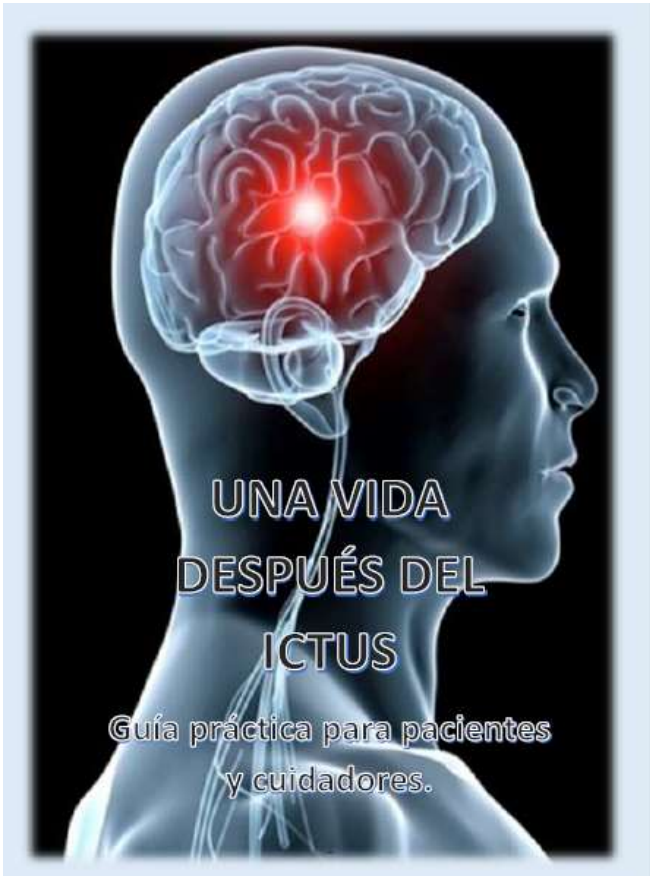
ANEXO II:

Incidencia (tasas crudas) de enfermedad cerebrovascular (ictus y AIT) en España (Estudio IBERICTUS). Fuente: J. Díaz Guzmán. Estudios NEDICES e IBERICTUS. Revista GEECV de la Sociedad Española de Neurología Nº 6.



ANEXO III

UNA VIDA DESPUÉS DEL ICTUS. Guía práctica de cuidados para pacientes y familiares.



ÍNDICE

1. ¿Qué es el ictus?.....	1
2. La vuelta a casa: consejos para la vida cotidiana	
La alimentación y los hábitos alimenticios .	3
El aseo y la higiene.....	8
El vestido.....	10
Prevención de caídas.....	11
Descanso, movilidad y ejercicios.....	11
Problemas urinarios.....	14
Estreñimiento.....	16
Manejo del dolor.....	18
3.La vuelta a la vida social	
La sexualidad.....	19
La comunicación.....	21
Cambios psicológicos.....	23
4. ¡Cuidese cuidador!.....	25
5. Enlaces de interés	29
Anexo: cuestionario satisfacción.....	30

1. ¿QUÉ ES EL ICTUS?

El *ictus* es una enfermedad cerebrovascular producida por una disminución u obstrucción brusca del flujo de sangre al cerebro. Las células nerviosas dejan de recibir el oxígeno necesario y esto puede alterar de forma transitoria o definitiva el funcionamiento de una o de varias partes del encéfalo.

El ictus se puede producir por una disminución importante del flujo sanguíneo que llega a nuestro cerebro, lo que llamaremos *ictus isquémico*, o también por una hemorragia originada por la rotura de algún vaso cerebral, lo cual será considerado un *ictus hemorrágico*. El primero es el más frecuente (80%) y su consecuencia es el infarto cerebral, una situación irreversible en la que se produce la muerte de células cerebrales; el segundo, es menos frecuente pero su mortalidad es mayor.

El ictus es la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la tercera en los varones por detrás de los tumores y el infarto. Su presentación suele ser brusca y su afectación más predominante a partir de los 55 años, aumentando este riesgo con la edad.

Además de la edad y el sexo existen otros factores de riesgo para esta enfermedad como son: la **hipertensión arterial** (el más relevante), las **arritmias** y otras

1

enfermedades cardiacas, los antecedentes personales, la diabetes mellitus, la dislipemia (concentraciones altas en sangre de colesterol y/o triglicéridos), la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el excesivo consumo de alcohol entre otros.

El 30% de los enfermos presentará **discapacidades** a raíz del ictus. Es frecuente además, que las personas afectadas presenten **depresión, ansiedad, disminución en la calidad de vida y aislamiento social** por consecuencia de todos los cambios que sufre su organismo tanto en el aspecto físico, como en el cognitivo y emocional.



A raíz del suceso de la enfermedad será de vital importancia la obtención una buena información sobre este nuevo estado de salud tanto para las personas enfermas como para sus familiares.

De ahí el desarrollo de esta guía en la que intentaremos abarcar de una forma breve los aspectos más importantes de la nueva vida cotidiana del enfermo.

2

2. LA VUELTA A CASA: CONSEJOS PARA LA VIDA COTIDIANA.

El ictus puede dejar secuelas en la persona que lo sufre afectando en gran medida a su calidad de vida y en ocasiones creando una dependencia severa para la realización de las actividades cotidianas.

ALIMENTACION Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Muchos de los enfermos pueden sufrir tras el ictus problemas en la deglución (*disfagia*) con síntomas tales como dificultad en la masticación, dificultad para mover la comida hacia la faringe, retención de la comida, reflejo de deglución alterado, aspiraciones bronquiales e incluso asfixia. Además a esto se suma la incapacidad o dificultad para la preparación de los alimentos por alteraciones en la movilidad, en la visión, desorientación...

Cuidados en la alimentación:

- No debe de tener prisa en la alimentación, si puede alimentarse por sí mismo debe hacerlo.
- Debe encontrarse despierto y descansado para iniciar la alimentación de forma segura.

3

- La alimentación se realizará por el lado que el enfermo movilice mejor.
- Se seleccionarán dietas de fácil masticación; evitando alimentos de deglución complicada, como por ejemplo el pan de molde.
- No será conveniente la administración de líquidos si hay un problema serio de deglución, se deberá usar espesantes para modificar las texturas previniendo así el riesgo de aspiraciones bronquiales.
- Se evitarán las texturas mixtas en las comidas, como pasteles, sopas con fideos, leche con galletas a modo papilla, etc.
- Las comidas tibias hacen que la deglución sea más segura.
- Se comprobará que no quedan restos de comida en la boca una vez finalizada la alimentación.
- Es mejor ofrecer cantidades pequeñas de alimento, dando tiempo a que el enfermo trague y deje la boca vacía antes de ofrecer la siguiente porción alimento.
- Si tiene dificultades para la deglución: se puede pedir al paciente que tosa después de tragar o también podemos pedirle que flexione la cabeza (mirando

4

hacia el plato) en el momento de tragar, esto hará más segura la deglución.

- El enfermo debe comer sentado. Si está encamado, lo ideal sería incorporar el cabecero hasta los 90º, si no fuera posible, como mínimo unos 30º durante la alimentación y manteniéndolo así hasta pasados 30 minutos del fin de la ingesta.
- Higiene bucal habitual.
- Dieta equilibrada con líquidos abundantes, al menos 2 litros diarios. La dieta será parte del tratamiento del paciente, se aconsejará una **dieta equilibrada** en la que se disminuyan los ácidos grasos saturados y el colesterol. Se debe aumentar el contenido en fibra, consumiendo frutas y verduras; además en la hipertensión arterial se ajustará el contenido en sal, charcutería, bollería, precocinados y conservas.



5

- Se deben hacer más comidas (6 al día) pero menos abundantes.
- En cuanto a los hábitos tóxicos: Debe reducirse la ingesta de alcohol, un vaso de vino al día puede ser recomendado. Se suprimirá el hábito tabáquico.
- Se intentará reducir el peso corporal si está por encima de los límites adecuados para la persona.
- Si se observa atragantamiento consultar siempre con el médico, no forzar la ingesta.

Ante las limitaciones físicas para la preparación y manipulación de la comida o para el uso de los utensilios (cuchillo, tenedor...), debe saber que existen instrumentos adaptados para fomentar la autonomía (Figura 2.1).



Fig. 2.1

6

En los problemas de deglución más severos encontraremos algún caso en el que el enfermo deba ser **portador de sondaje nasogástrico o sonda de gastrostomía (PEG)**, en este caso debemos tener en cuenta:

- Higiene de manos antes de las manipulaciones.
- Administrar los alimentos mediante jeringa lentamente y a temperatura ambiente. Se debe evitar que contengan aire.
- Hidratación abundante de 1,5-2 litros de agua diarios. Se administraran unos 50 ml de agua antes y después de las tomas, esto evitará la obstrucción de la sonda. (11,13,15,19)
- Posición para la alimentación igual que la indicada en el punto anterior.
- Higiene bucal habitual y además limpieza de las fosas nasales.
- Cambiar los puntos de presión de la sonda nasogástrica sobre la piel del paciente evitando así la formación de lesiones. Proteger e hidratar la piel.
- Limpiar el punto de inserción de la sonda PEG a diario con agua y jabón. Es conveniente tapar el lugar de inserción con unas gasas y apósito suave.

7

- Ante vómitos, tos durante la alimentación o diarreas abundantes, consultar al médico.

EL ASEO Y LA HIGIENE

Es una de las situaciones de la vida cotidiana que más puede verse afectada tras el ictus. Recomendaremos:

- La adaptación de los cuartos de baño. Instalación de barandillas que mejoren la seguridad y la autonomía del enfermo.
- Favorecer siempre que se pueda la independencia en el aseo.



- Colocar superficies antiadherentes en la bañera y al salir de ella.

8

- Usar una silla para la ducha o el baño.
- Para la entrada a la bañera, primero colocará la pierna del lado afecto. A la salida será al contrario, primero la pierna no afectada que es la que cargará el peso.
- Es recomendable la vigilancia del enfermo durante el aseo.
- Usar jabones no agresivos con un pH neutro.
- Comprobar la temperatura del agua con la extremidad no afectada.
- Mantener una buena higiene de la zona genital, sobre todo en caso de incontinencia o si el enfermo usa absorbentes.
- Mantener la piel bien seca, teniendo especial atención en los pliegues. Debe observarse la piel a diario.
- La piel debe mantenerse hidratada para prevenir el riesgo de lesiones. Los masajes circulares en la espalda y en las prominencias óseas con crema hidratante pueden resultar beneficiosos.
- Las uñas deben mantenerse cortas para evitar lesiones.

9

EL VESTIDO

- Fomento de la autonomía para el vestido en la medida de lo posible.
- Se debe empezar a vestir por la extremidad afectada por la parálisis o paresia (pérdida de fuerza muscular parcial). Al desvestirse es recomendable hacerlo al revés, empezará por el miembro no afecto. Puede resultar más fácil desde la posición de sedestación (sentado).
- Existen prendas adaptadas, así como utensilios como calzadores de mango largo para facilitar este momento.
- Es recomendable el uso de ropa cómoda y holgada, de tejidos suaves que no dañen la integridad de la piel.
- Se debe usar un calzado adecuado: fácil de colocar, que sujete bien el pie y el tobillo y con suela antideslizante para evitar posibles caídas.



10

PREVENCIÓN DE CAIDAS

Se debe hacer del hogar un lugar seguro y adaptado a las necesidades donde el enfermo pueda moverse con facilidad según sus capacidades.

Se deben retirar alfombras, muebles o adornos que puedan crear riesgos en la movilización. El baño como ya hemos dicho deberá adaptarse también a las nuevas necesidades. Podrá incorporarse en la cama un sistema de seguridad, como barandillas laterales, para evitar las caídas durante el descanso. Además puede ser beneficioso mantener una luz encendida durante la noche y ofrecer algún mecanismo al enfermo para contactar con nosotros en caso de necesidad.

DESCANSO, MOVILIDAD Y EJERCICIOS

- Es fundamental **movilizar a los enfermos lo antes posible** tras el ictus, así evitaremos problemas secundarios a la inmovilidad.
- Siempre que las condiciones lo permitan elegiremos la **posición sentada-erguida**.
- Deben permanecer en la cama lo menos posible, preferiblemente solo para el descanso nocturno. Las

11

siestas no deberían durar más de 30 minutos, esto mejorará también problemas como el insomnio.

- La cama deberá ser preferiblemente dura, solo se usarán superficies especiales como el colchón anti-escaras en enfermos que presenten alto riesgo de presentar úlceras por presión (lesiones en zonas de la piel sometidas a presión).
- El lugar de descanso debe ser cómodo, sin excesiva luz o temperaturas extremas para facilitar la conciliación del sueño.
- En pacientes inmovilizados se debe tener en cuenta la necesidad de realización de **cambios posturales** en la cama cada dos o tres horas.
- Se debe atender a las **posturas del enfermo** en la cama. Al estar boca arriba, las manos deben estar mirando hacia arriba y abiertas. Una almohada evitará la rotación hacia afuera de la pierna afectada. Las extremidades afectadas siempre deben estar bien apoyadas. El cuerpo bien **alineado**, evitando que el cuello quede flexionado (Figura 2.2).



Figura 2.2: Posición boca arriba.

12



Fig. 2.3



Fig. 2.4

Figura 2.3: Posición lateral sobre el lado afecto.

Figura 2.4: Posición lateral sobre el lado sano.



Fig. 2.5

Figura 2.5: Posición en sedestación.

- No se deben dar tirones de los brazos o del cuello para movilizar al enfermo, se moverá en bloque todo el cuerpo.

13

- En la medida de lo posible y según las capacidades del enfermo para desplazarse se le ofrecerán medidas auxiliares para su seguridad en las movilizaciones como muletas, andadores o sillas de ruedas. Se intentará fomentar la autonomía disminuyendo las medidas auxiliares con el tiempo si fuera posible.
- Es recomendable realizar ejercicios para conservar la fuerza muscular y la movilidad articular al menos dos veces al día, así como realizar los ejercicios específicos indicados por los profesionales fisioterapeutas. Si el paciente no pudiera realizarlos por sí mismo se realizarían de forma pasiva por los cuidadores o los profesionales.

PROBLEMAS URINARIOS

El daño de los centros cerebrales puede afectar sobre el control de la vejiga dando lugar la mayoría de las veces a incontinencia urinaria o en ocasiones retenciones urinarias. Estos problemas tienen a menudo un impacto bastante negativo sobre múltiples esferas de la vida diaria del enfermo (relaciones sociales,



14

autoestima...). Afortunadamente la mayoría de estos trastornos urinarios suelen corregirse o mejorar con el tiempo.

Recomendaciones en la incontinencia urinaria:

- Es fundamental mantener una **buena hidratación** (al menos 2 litros). Evitando la ingesta de líquidos unas horas antes de acostarse.
- Se usará la técnica de **vaciamiento programado**. Para la reeducación de la vejiga estableceremos un ritmo determinado de micciones cada 2-3 horas, se sugerirá el vaciamiento periódico antes de que se produzcan los escapes de orina. La reeducación puede ser ayudada en ocasiones con fármacos por decisión médica.
- Se debe **reforzar positivamente** al enfermo y motivarle en todo momento.
- Es recomendable que intente orinar sentado lo antes posible.
- Antes del descanso nocturno conviene un vaciamiento de la vejiga. Además podremos establecer algún sistema con el enfermo para que avise si tuviera necesidad de orinar durante la noche



15

o dotarle de ayudas técnicas para su traslado hasta el servicio.

- Se pueden usar técnicas de estimulación como la compresión del abdomen, agua caliente en la región genital, ...
- A veces será necesario el uso de absorbentes. En mujeres se puede optar por las compresas también con buen resultado.
- Muy importante la **higiene** de la piel de la zona genital para evitar erosiones relacionadas con la incontinencia.
- Se debe prestar atención aspectos como el olor, el color o la aparición de dolor al miccionar. Consultar con el médico ante cualquier cambio.

En cuanto a la retención urinaria en un primer momento podrán ser necesarios los sondajes intermitentes. Se intentarán las medidas de estimulación para el vaciado de la vejiga (intimidad, agua caliente, compresión...).

ESTREÑIMIENTO

Deriva de causas secundarias a la enfermedad como: la inmovilidad del paciente (en mayor medida) junto con la disminución de la ingesta hídrica o una mala alimentación,

16

esto puede llevarnos a situaciones muy molestas para el paciente como el estreñimiento.

Recomendamos:

- Realizar una dieta rica en fibra.
- Evitar alimentos astringentes.
- Tomar suficientes líquidos (como mínimo 2 litros de agua al día).
- Intentar mantener la máxima actividad física posible.
- Para la evacuación es importante la relajación y la intimidad.
- Será fundamental establecer un horario, hay que crear una rutina para la deposición.
- El enfermo no debe auto-medarse con laxantes y enemas. En algunos casos el médico puede prescribir algún tipo de tratamiento que será individualizado y dirigido por un profesional.



17

MANEJO DEL DOLOR

El dolor tras un ictus puede ser consecuencia de aspectos secundarios a la enfermedad como: la disminución de la movilidad, la parálisis, la rigidez o la agravación de enfermedades preexistentes. También puede estar directamente relacionado con la enfermedad como sucede con el dolor central, que es un dolor superficial o quemante que empeora al tacto, con el agua o los movimientos. Uno de los casos de dolor más frecuentes es el hombro doloroso en el paciente hemipléjico (hasta en un 72% de los enfermos). Recomendaciones:

- El dolor será controlado con el **tratamiento analgésico** prescrito por el médico.
- Se adoptaran las posturas menos dolorosas (antiálgicas) para el enfermo.
- Los hombros deberán colocarse a la misma altura. El cuerpo debe estar alineado en una buena postura, los almohadones servirán de ayuda para mantener las posturas adecuadas.
- Se pondrá en contacto con un especialista en rehabilitación si el dolor no mejora.
- Se **fomentará la movilidad** de las extremidades de forma activa o pasiva, esto evitará contracturas y dolor en las articulaciones.

18

3. DE VUELTA A LA VIDA SOCIAL

Se debe retornar cuanto antes a la vida normal del enfermo, dentro de lo posible. Se debe recuperar la vida sexual, realizar ejercicio físico, actividades de ocio, viajes, volver al trabajo, etc. Esto mejorará el estado de ánimo y la calidad de vida.

LA SEXUALIDAD

La actividad sexual es una esfera muy importante y deseable para la mayoría de las personas. Generalmente se podrá recuperar la actividad sexual dentro de los tres primeros meses tras el ictus, aunque quizá se deban realizar algunos cambios. Primero se deben **aceptar las nuevas condiciones corporales** como pueden ser en muchos casos los cambios sensoriales y físicos, los movimientos torpes o las parálisis; se debe superar el miedo y la angustia y poco a poco ir **aumentando la autoestima**, a partir de ahí se buscarán alternativas para recobrar una vida sexual activa y satisfactoria.

Recomendaciones:

- La **comunicación** con la pareja es esencial para el éxito en las relaciones.

19

- Mantener una higiene adecuada y un buen aspecto físico aumentará la autoestima.
- La depresión tras el ictus es algo frecuente, esta situación puede afectar a la sexualidad.
- Se deben abandonar ideas erróneas, existen **muy pocas posibilidades de sufrir otro ictus mientras se realiza el acto sexual**. Consulte siempre sus dudas con el profesional.
- En cuanto a las relaciones, hay que tomarse el tiempo necesario, estar tranquilo y descansado.
- Es recomendable el vaciamiento de la vejiga antes del acto sexual.
- Si hay problemas sensoriales, la aproximación de la pareja será mejor por el lado no afecto.
- En ocasiones puede haber zonas de alodinia que son zonas que pueden resultar dolorosas o molestas al tacto. Es importante la comunicación con la pareja para expresar lo que le resulta agradable y lo que no.
- Se deben adaptar las posturas a las capacidades del enfermo.



20

- Debe saber que ciertos fármacos pueden interferir con la función sexual o causar impotencia (fármacos para la tensión arterial, antidepresivos, etc). No se debe dejar de tomar la medicación si no es por indicación médica. Otros fármacos como el sildenafil (Viagra®), no estarían recomendados tras un ictus isquémico, siempre debe consultar con el médico.

Si Usted era una persona activa sexualmente antes del ictus, generalmente lo volverá a ser.

LA COMUNICACIÓN

Es frecuente que surjan problemas como la alteración en la articulación de las palabras (disartria), alteración en la comprensión o emisión del lenguaje (afasia) o el mutismo; normalmente estos irán acompañados de problemas en la escritura y la lectura (agrafias y alexias). Todos estos trastornos irán mejorando significativamente durante los primeros meses tras el accidente cerebrovascular. Es importante la ayuda de otros profesionales como los logopedas para lograr la recuperación temprana del lenguaje. El problema más significativo es la afasia, que



21

puede ser motora o sensitiva; en la afasia motora el enfermo comprende el lenguaje pero es incapaz de emitir por sí mismo ningún lenguaje adecuado, emitirá frases cortas con gran esfuerzo, sin ritmo y sin entonación; en la sensitiva, el enfermo tendrá un déficit en la comprensión del lenguaje verbal, gestual o escrito y un habla fluida incoherente. Ante una persona con estos problemas, recomendaremos:

- Estimular siempre cualquier tipo de comunicación.
- Tener paciencia en la comunicación. No tratar al enfermo como un niño ni hablarle en voz alta.
- Evitaremos los ambientes ruidosos o con interferencias.
- Nos colocaremos de frente o en el lado sano del enfermo. Es importante captar su atención, se deben mantener conversaciones de su interés.
- Simplificar el lenguaje, frases cortas y sencillas, haciendo pausas entre las frases.
- Es importante confirmar que nos ha entendido bien. A veces pueden cambiar de forma involuntaria unas palabras por otras como puede ocurrir con el sí y el no.

22

- No interrumpir a la persona si está intentando hablarnos. Se deben respetar los silencios, tener paciencia y darle tiempo para que el enfermo piense lo que quiere decir.
- Se pueden formular preguntas cerradas que se respondan con pocas palabras o dándole opciones para que elija.
- Si el problema está en la comprensión del lenguaje oral, usaremos láminas con dibujos o gestos. El profesional logopeda nos ayudará en estos aspectos.

En otras ocasiones encontraremos problemas de memoria. Para ello se intentará enseñar al enfermo a hacer las cosas de forma rutinaria a intervalos regulares durante el día, sin intentar hacer demasiadas cosas a la vez, fragmentando las tareas e intentando poner siempre las cosas en el mismo lugar para que sea fácil de recordar para él.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Los problemas psicológicos también son muy son frecuentes tras el ictus, la depresión, la ansiedad o la labilidad emocional son los más habituales.



23

→La depresión es una secuela muy común que puede afectar hasta un 33% de los enfermos, suele ser más común en las mujeres y en personas con escaso apoyo social. Se recomienda que los familiares y cuidadores estén atentos a posibles señales que les hagan sospechar de que el enfermo pudiera estar depresivo, señales como: tristeza, apatía, disminución del apetito, falta de interés, etc.

Ante cualquier sospecha se debe acudir al médico, normalmente este establecerá un tratamiento antidepresivo individualizado. La psicoterapia también puede ser un buen apoyo para superar esta fase.

→La ansiedad, suele ir relacionada con el miedo a sufrir un nuevo ictus o una caída y habitualmente irá unida a la depresión. Por regla general será tratada con psicoterapia y fármacos

→La labilidad emocional se refiere a fenómenos de llanto o risa desproporcionados o ante mínimos estímulos; esta tiende a desaparecer sin necesidad de medicación o intervenciones terapéuticas. Si esta situación llegara a interferir con la rehabilitación o en las relaciones familiares, se debe consultar con el médico.



24

4. ¡CUÍDATE CUIDADOR!

No podemos olvidar la figura del cuidador principal, este va a ser el responsable del cuidado y de la atención de la persona dependiente. Normalmente, es solo una persona la que asume toda esta responsabilidad y con el tiempo existe el peligro de sufrir una sobrecarga tanto física como psicológica en la que el cuidador se siente desbordado y puede conducirle al aislamiento y a la depresión.

El cuidador:

- El cuidador debe estar informado sobre los aspectos de la enfermedad y sus cuidados, si no fuera así debe reclamar siempre información por parte del equipo sanitario sobre la nueva situación de su familiar.
- El cuidador debe cuidar de sí mismo para estar en condiciones de cuidar a la otra persona. El enfermo debe ser participe de sus propios cuidados; evitando la sobreprotección.
- Se debe intentar ser positivo con la nueva situación.
- Busque apoyos. Compartir la nueva situación con el resto de la familia o red social será beneficioso. No se aíse.

25

- Es conveniente mantener la calma con el enfermo dependiente y establecer una buena comunicación con el equipo sanitario, el cual le podrá servir de mucha ayuda.

- No debe abandonar su trabajo, sus amistades, ni sus hábitos de ocio. Será aconsejable la búsqueda de ayuda también en las instituciones, estar informado sobre sociedades, centros de día, ayudas...



- En ocasiones debe tomarse un tiempo para sí mismo.
- El ejercicio físico puede ser beneficioso y mejorar el estado de ánimo.
- No debe automedicarse. Consulte con su médico.
- Así mismo debe cuidar su salud. No es conveniente movilizar en solitario al enfermo. Además, debe hacerlo de la forma correcta para no sufrir daños en regiones sensibles como la espalda; el posicionamiento adecuado sería: pies separados con las rodillas semiflexionadas y haciendo contrapeso con el cuerpo.

26



Fig. 4.1



Fig. 4.2

Figuras 4.1 - 4.2: Movilización en solitario



Fig. 4.3

Figura 4.3: movilización con ayuda.

27

Además tanto el enfermo como la familia siempre deben estar informados de las ayudas y los apoyos con los que cuentan por parte de la administración; como pueden ser la ley de dependencia, subvenciones, ayudas domiciliarias, residencias, etc. Pida consejo y ayuda siempre que lo necesite sobre cualquier aspecto a los profesionales responsables.



28

5. ENLACES DE INTERÉS

→ FEDERACIÓN ESPAÑOLA DEL ICTUS (FEI)

www.ictusfederacion.es

Tel.: 936 612 525

E-mail: info@ictusfederacion.es

→ Ictia. Asociación del ictus y paresias. Aspaym, Castilla y León.

<http://www.ictia.es/>

E-mail: ictia@ictia.es Tel.: 983 140 303

→ Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

www.imserso.es

Tel.: 901 109 899. De lunes a viernes de 9-18h.

→ Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología.

www.ictussen.org

→ Enlace Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>

29

ANEXO RECORTABLE: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.

Para la posible evaluación de la guía, rellene usted el siguiente cuestionario de forma voluntaria y anónima y entréguelo en su próxima consulta en su centro de salud.

1. ¿Han aumentado sus conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados después de la lectura de esta guía?
 - (1) Totalmente en desacuerdo
 - (2) En desacuerdo
 - (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - (4) De acuerdo
 - (5) Totalmente de acuerdo
2. ¿Ha satisfecho la guía sus dudas sobre los cuidados en el ictus?
 - (1) Totalmente en desacuerdo
 - (2) En desacuerdo
 - (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - (4) De acuerdo
 - (5) Totalmente de acuerdo
3. ¿Ha ayudado la guía a lograr mantener un nivel mayor de autonomía en el enfermo?
 - (1) Totalmente en desacuerdo
 - (2) En desacuerdo
 - (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - (4) De acuerdo
 - (5) Totalmente de acuerdo
4. ¿Han disminuido sus preocupaciones o miedos respecto a la nueva situación de salud después de la lectura de esta guía?
 - (1) Totalmente en desacuerdo
 - (2) En desacuerdo
 - (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - (4) De acuerdo
 - (5) Totalmente de acuerdo

Gracias por su colaboración.

Cuest. Nº: 001

GUÍA PRÁCTICA PARA PACIENTES Y CUIDADORES TRAS EL ICTUS.

PROTOTIPO DE GUÍA REALIZADO POR LA ALUMNA DEL GRADO DE ENFERMERÍA PATRICIA SANZ CAPDEPONT CON LA TUTORIZACIÓN DE LA PROFESIONAL LUCÍA PÉREZ PÉREZ, COMO PARTE DEL TRABAJO FIN DE GRADO.

IMÁGENES SIN DERECHOS. FUENTE DE LAS IMÁGENES: BUSCADORES EN INTERNET.

4º CURSO, GRADO DE ENFERMERÍA VALLADOLID. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.



ANEXO IV:

Enlaces a las fuentes de las imágenes usadas en el prototipo.

IMAGEN 1 (Portada): <http://www.raroyo.org/el-ictus-que-es-2/>

IMAGEN 2: ictus.

<http://blogs.escuelacantabradesalud.es/ictus/category/ictus/>

IMAGEN 3: pirámide alimenticia.

http://es.123rf.com/imagenes-de-archivo/piramide_alimenticia.html

IMAGEN 4: utensilios enfermos de ictus.

<http://area3.sespa.es/index.php/documentos-area3/ciudadanos/recomendaciones-de-salud/cuidados-de-salud/15-accidente-cerebro-vascular-ictus/file>

IMAGEN 5: aseo adaptado.

<http://www.energeria.es/#!energeria-ba%C3%B1o-geriatrico.jpg/zoom/mainPage/imageuqa>

IMAGEN 6: instrumentos vida diaria.

<http://www.ortoweb.com/blogortopedia/ayudas-tecnicas-despues-de-un-ictus/>

IMAGEN 7: Tratamiento postural.

https://www.google.es/search?q=utensilios+ictus&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEWj4jzb6joTNAhUBXRoKHeEKAAYQ_AUIBygB&biw=1366&bih=599#tbm=isch&q=utensilios+COMIDA+ictus&imgrc=mjm6IVwc7WGQZM%3A

IMAGEN 8 Y 9: Tratamiento postural del síndrome hemipléjico agudo.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300009

IMAGEN 9: Incontinencia urinaria. <http://tratamientosuelopelvico.com/tag/incontinencia-urinaria-y-pilates/>

IMAGEN 8: Refuerzo positivo. <https://gogruposyorganizaciones.com/2013/03/19/estrategias-de-refuerzo-positivo-o-motivacion/>

IMAGEN 9: Fibra.

<http://ejerciciosencasa.es/la-fibra-adelgaza/>

IMAGEN 10: Automedicación.

<http://www.lavoz.com.ar/salud/automedicacion-un-habito-demasiado-frecuente>

IMAGEN 11: Sexualidad.

http://www.ictussen.org/files3/Despues_del_ictus_guia_pacientes&cuidadores.pdf

IMAGEN 12: comunicación. <http://trastornosyalgomas.blogspot.com.es/2014/05/afasias-lenguaje-alexias-y-agrafasias.html>

IMAGEN 13: Depresión. <https://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>

IMAGEN 14: Labilidad emocional.

<http://www.definicionabc.com/social/labilidad.php>

IMAGEN 15: Cuidadores. <https://amarantoterapiaocupacional.com/category/cuidadores/>

IMÁGENES 16, 17 y 18: Movilización postural del enfermo.

http://www.guiasalud.es/egpc/ictus_ap/pacientes/07_consejos.html

IMAGEN 19: icono de ayuda. <https://feelthebrain.me/2015/05/09/reconoce-tus-limites-pedir-ayuda-no-es-malo/>