



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

“Ictualízate”: Un programa de educación para la salud dirigido a los cuidadores informales de pacientes con secuelas derivadas de un ictus.

“Ictualízate”: A health education program aimed at informal caregivers of patients with sequelae derived from a stroke.

Autor

Miguel Ángel Pobo Vilar

Directora

Piedad Gómez Torres

Facultad de Ciencias de la Salud

Año 2023

## Índice

RESUMEN .....	2
Introducción .....	2
Objetivo .....	2
Metodología .....	2
Conclusión .....	2
Palabras clave .....	2
ABSTRACT .....	3
Introduction .....	3
Objective .....	3
Methodology .....	3
Conclusion .....	3
Key words .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVOS .....	6
METODOLOGÍA .....	6
Búsqueda .....	7
DESARROLLO .....	8
1ª SESION → DISFAGIA .....	8
2ª SESIÓN → DOLOR MUSCULO-ESQUELÉTICO .....	10
3ª SESIÓN → MOVILIDAD Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	11
4ª SESIÓN → INCONTINENCIA Y ESTREÑIMIENTO .....	14
DETALLE PRESUPUESTARIO .....	17
CRONOGRAMA .....	18
CONTRIBUCIÓN DE LA PROPUESTA A ENFERMERÍA .....	18
BIBLIOGRAFÍA .....	19
ANEXOS .....	25

## RESUMEN

### Introducción

Los accidentes cerebrovasculares constituyen la segunda causa de muerte en España y la primera causa de discapacidad en adultos. La posibilidad de desarrollar secuelas posteriores a un accidente cerebrovascular es muy elevada y los cuidadores informales de estos pacientes no suelen estar preparados para afrontarlas.

### Objetivo

El objetivo principal de este programa de educación para la salud es formar a los cuidadores informales de un paciente con secuelas por ictus para que aprendan a desarrollar unas buenas prácticas que mejoren la calidad de vida del enfermo en el domicilio.

### Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en bases de datos científicas como Pubmed, Science Direct, Dialnet, y en fuentes de información oficiales como la Sociedad Española de Neurología, el Gobierno de Aragón o la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Se han utilizado criterios de inclusión y operadores booleanos como "AND" y "NOT".

### Conclusión

Con una formación en materia de salud adecuada, los cuidadores informales estarán mejor preparados para afrontar las posibles complicaciones tras un accidente cerebrovascular, lo que se traduce en un mayor bienestar del paciente y del cuidador, un menor uso de los recursos sociosanitarios y un fomento de la comunicación efectiva entre el cuidador principal y el profesional sanitario.

### Palabras clave

"ictus", "secuelas", "cuidador", "rehabilitación".

## ABSTRACT

### Introduction

Stroke is the second leading cause of death in Spain and the leading cause of adult disability. The possibility of developing sequelae after a stroke is very high and informal caregivers of these patients are not always prepared to face them.

### Objective

The main objective of this health education program is to train informal caregivers of stroke patients with sequelae to learn how to develop good practices that improve the quality of life of the patient at home.

### Methodology

The bibliographic search has been carried out in scientific databases such as Pubmed, Science Direct, Dialnet... and in official sources of information such as the Spanish Society of Neurology, the Government of Aragon, or the Spanish Society of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. Inclusion criteria and Boolean operators such as "AND" and "NOT" have been used.

### Conclusion

With appropriate health training, informal caregivers will be better prepared to cope with possible complications after a stroke, resulting in greater well-being for both the patient and the caregiver, reduced use of social and health resources, and promotion of effective communication between the primary caregiver and healthcare professional.

### Key words

"Stroke", "sequelae", "caregiver", "rehabilitation".

## INTRODUCCIÓN

Los accidentes cerebrovasculares (ACVs) son la segunda causa de muerte en España con una incidencia de 187 casos por cada 100.000 habitantes por año según la Sociedad Española de Neurología, suponiendo además la primera causa de discapacidad en adultos con una morbilidad del 50% de los supervivientes (1). Esta enfermedad, también conocida como ictus, se produce tras una disminución del riego sanguíneo al tejido cerebral de forma transitoria o permanente. Las manifestaciones y secuelas dependerán de diversos factores como el mecanismo vascular (isquémico o hemorrágico), la zona cerebral afectada, la gravedad o el tiempo de actuación. Tan importante es la detección precoz del cuadro como la intervención hospitalaria temprana y eficaz. Sin embargo, el déficit de oxígeno y nutrientes en el cerebro ocasiona una gran cantidad de secuelas a corto y largo plazo que deben tratarse con una adecuada rehabilitación y apoyo al paciente, tanto por el personal sanitario como por la familia y el cuidador principal (2).

La desinformación y la poca preparación de los cuidadores principales acerca de este tipo de secuelas dificulta la buena evolución de estos pacientes y una correcta rehabilitación para conseguir una calidad de vida similar a la que tenían previamente al episodio. Es por ello, que el diseño de un programa de educación para la salud dirigido a los cuidadores informales de pacientes con secuelas por ictus mejorará el manejo de estos pacientes en el domicilio. Los ACVs pueden darse por dos mecanismos vasculares: isquémicos (85%) o hemorrágicos (15%). Los isquémicos, se suelen producir por la oclusión arterial debido a un coágulo procedente de grandes vasos o del corazón. Los hemorrágicos, normalmente, tienen su origen en la rotura de pequeños vasos o aneurismas en el tejido cerebral (2,3).

Kuptniratsaikul et al. 2013 encontraron que el 76,8% de los 214 pacientes de un estudio que habían sufrido un ictus habían tenido al menos una complicación en el primer año, siendo el dolor musculoesquelético la más frecuente (50,7%), seguido de la subluxación de hombro (29,3%), con la consiguiente pérdida de fuerza, espasticidad y disminución del rango de movimiento (4). Según el estudio de Cohen et al. 2016, la disfagia post-ictus es una complicación muy común en los primeros días tras el evento

cerebrovascular. Además, conlleva un gran riesgo de desnutrición, aspiración y neumonía. Muchos pacientes recuperan la capacidad de deglución espontáneamente, pero entre el 11 y el 50% siguen teniendo disfagia a los seis meses. Estos pacientes tienen entre tres y once veces más probabilidades de desarrollar una neumonía (5,6). La disminución de la ingesta se asocia también a un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión y a una menor implicación del paciente en su rehabilitación (7).

Otras secuelas que pueden manifestarse tras un ictus, como señalaron Flowers et al. 2017, son la disartria (incapacidad de articular palabras con normalidad) y la afasia (dificultad para comunicarse a través del habla, escritura, gestos), con el 44% y el 33% de los pacientes respectivamente según su estudio. Ambas patologías convivían simultáneamente en un 16% de los pacientes, de los 221 totales que constituían la muestra (8).

Entre el 5-9% de los que sobreviven a un ACV presentan convulsiones, la mayoría de ellas dentro del primer año, siendo inusual desarrollarlas más de dos años después del accidente. Cabe destacar también la incontinencia urinaria debido a la vejiga neurógena que se prolonga a un 15% de pacientes tras el primer año. También es muy común la incontinencia fecal con una incidencia del 56% justo después del evento y que se prolonga a un 11% de los pacientes tras los primeros tres meses (9). Ambas condiciones repercuten negativamente en el ámbito psicosocial y generan en el paciente un sentimiento de inseguridad, vergüenza y en muchos casos depresión (9-11). Otro síntoma gastrointestinal muy frecuente tras un ACV es el estreñimiento y, aunque sus mecanismos fisiopatológicos no están muy claros, afecta alrededor del 45% de pacientes en la etapa aguda del ictus y al 48% en la rehabilitación (12-14).

## OBJETIVOS

- Objetivo principal
  - Proporcionar información y habilidades específicas a los cuidadores informales de pacientes con secuelas por ictus para mejorar la calidad de los cuidados.
  
- Objetivos secundarios
  - Proporcionar conocimientos sobre los accidentes cerebrovasculares, fundamentalmente de las secuelas y el tratamiento.
  - Exponer a los cuidadores informales técnicas de cuidado para ayudar a los pacientes a realizar actividades básicas como desplazarse, comer.
  - Aumentar el conocimiento de los cuidadores para que puedan manejar correctamente las secuelas derivadas de un ictus.

## METODOLOGÍA

La elevada incidencia de accidentes cerebrovasculares en todo el mundo ha obligado a la creación de protocolos, planes de cuidados y programas de educación para la salud dirigidos tanto a la prevención como al tratamiento y rehabilitación. La desactualización de las guías de desarrollo de cuidados en el ámbito extrahospitalario junto a la necesidad de programas centrados en el cuidador y no en el enfermo, ha motivado el desarrollo de este proyecto. Este programa de educación para la salud aborda de forma más específica e individual cada una de las complicaciones y secuelas más importantes de esta enfermedad y sus diferentes formas de manejo, colaborando de manera interdisciplinaria con otros profesionales para asegurar una adecuada evolución del paciente y de los conocimientos de sus cuidadores en el domicilio.

Nuestro programa de salud lo llevaremos a cabo en el CS José Ramón Muñoz Fernández. Se realizarán 4 sesiones de dos horas (los miércoles del mes) entre los días 5 al 26 de julio de 2023. El aforo de las sesiones será de 30 personas. El perfil sociodemográfico más habitual del cuidador de un paciente

con secuelas por ictus es el de una mujer mayor de 55 años (15). Sin embargo, dado que cualquier persona puede verse involucrada en el cuidado de un paciente que recientemente haya sufrido un ACV, los requisitos que se deben cumplir para poder acceder al programa son los siguientes:

- Tener más de 18 años.
- Pertenecer al sector II del Sistema Aragonés de Salud.
- Ser el cuidador principal de una persona que haya sufrido un ictus en el último año.

La captación de los usuarios se llevará a cabo colocando una infografía en todos los centros de atención primaria del sector II (ver Anexo 1).

### Búsqueda

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en bases de datos biomédicas y multidisciplinares como "Pubmed", "Web of Science", "Science Direct", "Dialnet" y "Cuiden Plus".

Se utilizaron operadores booleanos restrictivos como "AND", "NOT". Los criterios de inclusión utilizados son:

- Artículos publicados desde el año 2008 hasta la actualidad.
- Estudios realizados en humanos.
- Texto completo gratuito.

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos.

	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos revisados</b>	<b>Artículos utilizados</b>
<b>Pubmed</b>	70	33	12
<b>Web of Science</b>	64	10	2
<b>Science Direct</b>	10	3	1
<b>Dialnet</b>	17	7	5
<b>Cuiden Plus</b>	10	6	2

## DESARROLLO

### 1ª SESION → DISFAGIA

Tabla 2: Objetivos de la primera sesión

OBJETIVOS DE LA PRIMERA SESIÓN
Conocer qué es la disfagia y cómo afecta a la vida diaria de los pacientes.
Identificar las diferentes texturas de los alimentos y saber cómo modificarlas para adaptar la dieta al grado de disfagia del paciente.
Comprender los riesgos de la disfagia y las más frecuentes complicaciones.
Aplicar los distintos métodos para evitar las complicaciones y poder mejorar la calidad de vida del paciente.

**Fuente:** Elaboración propia.

Tras una breve presentación de los profesionales implicados (personal de enfermería que va a dirigir las sesiones) comenzaremos proyectando un vídeo de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de una entrevista a Nuria Jordà, una paciente con disfagia que es conocida en redes por visibilizar su enfermedad. Aunque el origen de su disfagia no ha sido un ACV, ayudará a nuestros cuidadores a entender cómo afecta este trastorno a la vida diaria de los pacientes. (ver Anexo 2) (16).

Se les proyectará otro vídeo que explica el procedimiento del test MECV-V, que es el test de la disfagia más utilizado, aunque sea realizado por profesionales (ver Anexo 3) (17).

Se explicará el programa de preparación de alimentos que ha demostrado resultar beneficioso en la calidad de vida respecto a la alimentación de pacientes con disfagia que han sufrido un ACV (18). Según este estudio, la participación activa de los pacientes en la preparación de los alimentos tiene un impacto positivo en el bienestar dietético. De esta forma, los cuidadores podrán instruir a los pacientes una vez adquiridos estos conocimientos básicos. Para ello, se les darán pautas de tres puntos importantes:

- Ejercicios motores orales de mandíbula, labios y lengua.
- Reconocer las texturas y el espesante alimentario.

- Preparación práctica de los alimentos (elegir alimentos saludables, dietas de fácil masticación o uso de espesantes naturales).

Para que los cuidadores aprendan de forma práctica las diferentes texturas que podemos encontrar en la dieta de un paciente con disfagia se usarán tres bandejas, y en cada una de ellas el enfermero/a colocará diferentes alimentos con la misma textura. La actividad consiste en tapar los ojos al cuidador y ofrecerle con una pequeña cuchara una muestra de alguno de los alimentos de forma aleatoria para que tenga que identificar cuál de las tres texturas es. Las tres texturas principales son (de menos a más espesa):

- Néctar: pueden beberse absorbiendo con una pajita (zumos de tomate y melocotón, yogurt líquido...).
- Miel: se pueden beber, pero no se pueden absorber con una pajita (yogurt batido).
- Pudding: deben tomarse con una chuchara (flan, natillas o yogurt normal).

La importancia de esta actividad reside en que los cuidadores aprendan a individualizar la preparación de alimentos según el grado de disfagia del paciente para evitar las principales complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación como la malnutrición, la deshidratación, la aspiración y la neumonía (19).

También se darán consejos de cuidados e higiene bucal, cuya mala práctica se ha relacionado con molestias y mayor incidencia de complicaciones (5). Se enseñará mediante un video explicativo el cepillado de dientes correcto tanto en el caso de pacientes que sean capaces de controlar el líquido en la boca (ver Anexo 4) (20), como en el caso de pacientes con disfagia más grave usando una gasa húmeda (ver Anexo 5) (21). Además, se les proporcionará el enlace a una publicación en una página web en la que explica los materiales y procedimientos necesarios para llevar a cabo una correcta higiene oral en la disfagia (22) (ver Anexo 6).

Tabla 3: Objetivos de la segunda sesión

OBJETIVOS DE LA SEGUNDA SESIÓN
Comprender el origen del dolor y problemas musculoesqueléticos.
Conocer la escala EVA del dolor y saber aplicarla.
Reproducir los ejercicios y posturas para el tratamiento del dolor y la subluxación de hombro.
Numerar otras terapias no farmacológicas para el tratamiento del dolor con el objetivo de reducir el excesivo uso de analgésicos y sus posibles efectos adversos.

**Fuente:** Elaboración propia.

El dolor en el hombro se relaciona con la subluxación en la fase aguda del ACV, mientras que en la fase crónica aparecen cambios osteodegenerativos. Además, el dolor crónico posterior a un ACV se asocia a la aparición de depresión y ansiedad (23).

Para comenzar, se les proporcionará a los cuidadores una hoja (ver Anexo 7), en la que figurará una tabla con treinta columnas y diez filas, pudiendo así registrar diariamente el nivel de dolor del paciente siguiendo el modelo de escala EVA del dolor y pudiendo unir los puntos al final del mes para formar una gráfica con la que podremos ver la evolución del dolor.

En esta sesión también contaremos con la ayuda de un fisioterapeuta, que instruirá a los cuidadores en la forma de realizar ejercicios y las posiciones adecuadas en las que colocar el brazo en reposo. Se hará especial hincapié en los ejercicios que favorezcan la rotación y abducción de forma gradual, y se evitarán los ejercicios de polea superior y las movilizaciones inadecuadas del brazo durante los traslados (23). Tras la demostración del fisioterapeuta, se les proporcionará por escrito los cuidados y ejercicios a realizar (ver Anexo 8) (24).

También se les proporcionará información acerca de otros métodos (no farmacológicos) para tratar el dolor y favorecer la movilidad. Por ejemplo, el uso de videoconsolas mejora la funcionalidad del miembro superior parésico

en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (25). Se ha demostrado que el uso de patrones musicales es una terapia efectiva en la reducción del dolor percibido, ya que les ayuda a distraerse del dolor y favorece la rehabilitación de la función motora (26,27). Para ello, se les enseñarán distintas aplicaciones que relacionen estas dos disciplinas (música y videojuegos), y así podrán controlar el dolor mientras ejercitan y desarrollan la movilidad. Un ejemplo de estas aplicaciones podría ser la aplicación gratuita "Piano Tiles". Es un videojuego en el que hay que ir pulsando teclas en la pantalla de un dispositivo móvil conforme van apareciendo con el objetivo de hacer sonar canciones conocidas nota por nota. Se instará a los cuidadores a que se lo descarguen y practiquen durante 5 minutos para que aprendan cómo funciona y poder utilizarlo con el paciente en el domicilio. Al ser un videojuego sencillo, no se considera la edad del paciente como un impedimento para realizar la actividad (ver Anexo 9).

### 3ª SESIÓN → MOVILIDAD Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Tabla 4: Objetivos de la tercera sesión

OBJETIVOS DE LA TERCERA SESIÓN
Experimentar la movilización a un paciente con hemiplejia.
Reproducir correctamente todas las posiciones, movimientos en cama y transferencias del paciente hemipléjico.
Conocer los distintos dispositivos de ayuda y productos para evitar úlceras por presión.

**Fuente:** Elaboración propia.

La hemiplejia es una complicación muy frecuente tras un accidente cerebrovascular. Una movilización precoz se asocia a una reducción de la incidencia de las complicaciones derivadas de la inmovilización en cama (28). Sin embargo, los traslados, posturas y movilización de un paciente con hemiplejia pueden suponer un verdadero reto para los cuidadores principales en el domicilio.

Durante esta sesión trabajaremos, por tanto, la forma correcta de llevar a cabo estas acciones y algunos métodos de prevención de úlceras en zonas de presión.

Para la primera parte de la sesión, los cuidadores se colocarán por parejas y utilizaremos la estrategia de role-playing. El ejercicio consistirá en superar un circuito de obstáculos que se pueden encontrar en el entorno domiciliario (sillas, mesas, cama...). Uno de los cuidadores de cada pareja actuará como si fuese el paciente con hemiplejía (derecha o izquierda). La enfermera irá variando aleatoriamente las posiciones de los objetos para que cada pareja pueda llevar a cabo movilizaciones y traslados distintos, proporcionando así variabilidad y dinamismo. La actividad consiste en que el otro cuidador levante de una silla al cuidador que hace de paciente utilizando la técnica adecuada y, además, realice transferencias silla-cama, ayudándose de los elementos e instrumentos necesarios. La enfermera o enfermero irá corrigiendo las movilizaciones y transferencias deficientes.

Tabla 5: Movilizaciones y traslados

ACTIVIDAD	RECOMENDACIONES
Bipedestación (ver Anexo 10) (29)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El cuidador agarra al paciente por las escápulas, pasando sus brazos por las axilas del paciente.</li> <li>- Bloquear la rodilla pléjica y sus pies para evitar deslizamientos.</li> </ul>
Deambulaci3n (ver Anexo 11) (30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al lateral del paciente: situándose en el lado pléjico, se sujeta por debajo de la axila con el antebrazo, y la otra mano servirá de apoyo para la mano sana del paciente.</li> <li>- De frente al paciente: se le dará ambas manos con las palmas hacia arriba sirviendo de apoyo.</li> </ul>
Cama-silla (ver Anexo 12) (31)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza igual que la bipedestaci3n, pero asegurándose de que pivota sobre el pie sano.</li> <li>- Evitar que se deje caer sobre la silla o la cama, sujetando para ayudarlo.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboraci3n propia basada en el artículo "Actuaci3n domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus" (32).

Una vez sentados en la cama aprenderán cómo realizar movilizaciones como: cambios de posici3n, subidas hacia el cabecero de la cama. Se les explicarán también las diferentes posturas indicando que la postura más eficaz para aumentar la autonomía del paciente es el decúbito lateral sobre el lado afecto,

ya que así tendrá la posibilidad de usar la parte del cuerpo sana. Se realizarán cambios posturales cada 3 horas, y la cama debe estar totalmente horizontal (32).

Tabla 6: Movimientos del paciente encamado

MOVIMIENTO ENCAMADO	RECOMENDACIONES
Desplazamiento lateral (ver Anexo 13) (33)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El cuidador se sitúa en el lado del movimiento.</li> <li>- Se coloca una mano bajo la cadera y la otra en el miembro inferior pléjico flexionado y se asiste el movimiento para desplazarlo.</li> </ul>
Giros (ver Anexo 14) (34)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacia el lado pléjico: se seguirán los pasos a realizar de la posición lateral de seguridad y se impulsará con la pierna sana.</li> <li>- Hacia el lado sano: el mismo procedimiento, pero con ayuda del cuidador situado en el lado del giro.</li> </ul>
Avanzar hacia el cabecero (ver Anexo 15) (35)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente tendrá los codos y plantas de los pies apoyados sobre la cama con las rodillas flexionadas.</li> <li>- El cuidador de espaldas al cabecero ayudará asistiendo el movimiento con ambas manos desde la cadera.</li> </ul>
Avanzar hacia los pies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El movimiento es igual que el anterior, solo que con las rodillas menos flexionadas y se ejerce la fuerza hacia el otro lado.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia basada en el artículo "Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus" (32).

En la segunda parte de la sesión (1 hora) los cuidadores aprenderán cómo hacer la cama adecuadamente con el paciente encamado para prevenir y evitar las úlceras por presión. Se utilizarán dos camillas, un cuidador se tumbará haciendo de paciente y se les proporcionará ropa de cama y almohadas para que, entre parejas, realicen el cambio de sábanas de cama con paciente encamado de manera correcta y usando almohadas o cojines correctamente para evitar el apoyo de las zonas de mayor riesgo de presentar lesiones por presión. Se usarán las siguientes recomendaciones: (28,32) (ver Anexos 16, 17) (36,37)

Tabla 7: Posturas del paciente encamado.

POSTURA	RECOMENDACIONES
Decúbito supino	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se debe evitar en la medida de lo posible (más propenso a UPP).</li> <li>- Colocar almohadas en el lado pléjico, bajo la escápula, el glúteo y muslo para evitar úlceras y subluxación de hombro.</li> </ul>
Decúbito lateral sobre lado afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es la más recomendada porque posibilita el uso del lado sano del cuerpo.</li> <li>- Colocar el miembro inferior sano en flexión apoyado sobre una almohada.</li> </ul>
Decúbito lateral sobre lado sano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miembro superior pléjico a 90° sobre una almohada.</li> <li>- Otra almohada bajo la escápula del lado sano.</li> <li>- Miembros inferiores en flexión separados por una almohada.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia basada en el artículo "Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus" (32).

Por último, la enfermera les presentará dispositivos adicionales de prevención de úlceras tales como cojines y colchones anti escaras, taloneras, ácidos grasos hiperoxigenados. Además, les dará consejos de higiene de la piel para prevenir estas lesiones basados en una buena higiene y un correcto secado de la zona, y el uso de los dispositivos mencionados anteriormente.

#### 4ª SESIÓN → INCONTINENCIA Y ESTREÑIMIENTO

Tabla 8: Objetivos de la cuarta sesión

OBJETIVOS DE LA CUARTA SESIÓN
Conocer qué es un régimen de micción y saber registrarlo adecuadamente.
Aplicar correctamente los ejercicios de Kegel y el reentrenamiento vesical.
Concienciar de los daños que provoca un estilo de vida poco saludable.
Entender el funcionamiento de una sonda vesical y conocer sus cuidados, mantenimiento y señales de alarma.

Compartir, expresar y comparar información acerca de la incontinencia fecal y el estreñimiento con otros cuidadores.

**Fuente:** Elaboración propia.

La incontinencia urinaria es un problema muy frecuente tras haber sufrido un ictus, que se manifiesta en la fase aguda (durante el primer mes) en casi la mitad de los pacientes.

La enfermería puede realizar muchas intervenciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria. En esta sesión, enseñaremos a los cuidadores aquellas técnicas que ellos pueden llevar a cabo con los pacientes en el domicilio.

Comenzaremos con la más recomendada por la bibliografía revisada que son las intervenciones conductuales mediante regímenes de micción individualizados, en los que se establecen patrones de micción que se van alargando progresivamente en el tiempo. Sin embargo, esta intervención solo se podrá llevar a cabo siempre y cuando el paciente no utilice sistemas como el pañal, en cuyo caso no podría realizarse la medición. Estos regímenes se acompañan de ejercicios para fortalecer los músculos pélvicos. Por ello, se les explicará cómo realizar los ejercicios de Kegel y cómo rellenar un diario de micción (ver Anexo 18) (38) que se les aportará acompañado de unas recomendaciones de reentrenamiento vesical (ver Anexo 19) (38).

Otro tipo de intervenciones son las ambientales o de estilos de vida. La pérdida de peso disminuye la presión intrabdominal, que, junto con la eliminación del hábito tabáquico, pueden reducir la incontinencia urinaria mediante el fortalecimiento de las estructuras del suelo pélvico (10). Por ello se hará especial hincapié en los hábitos de vida sanos, incluida una dieta variada y equilibrada.

El sondaje es una medida aceptable en caso de incontinencias más graves, pero no está exenta de riesgos. Por ello, utilizaremos una sonda vesical para explicar a los cuidadores como se lleva a cabo el cuidado de la sonda (su funcionamiento, higiene, cambio de bolsa...) y cómo detectar anomalías en la

orina en cuanto a su color, olor o viscosidad, para así poder detectar precozmente posibles infecciones del tracto urinario (39).

Tabla 9: NANDA: Conocimientos deficientes (40).

NANDA: [00126] CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	
NOC [1814] Conocimiento: procedimiento terapéutico.	Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- [181404] Uso correcto de la sonda vesical.</li> <li>- [181407] Cuidados adecuados de la sonda vesical.</li> <li>- [181410] Posibles efectos indeseables relacionados con la sonda vesical.</li> </ul>
NOC [1842] Conocimiento: control de la infección.	Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- [184202] Factores que contribuyen a la transmisión de la infección</li> <li>- [184207] Importancia de la higiene de las manos.</li> <li>- [184226] Cuándo contactar con un profesional sanitario.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia

En la segunda parte de la sesión (1 hora) trataremos otros problemas de eliminación como la incontinencia fecal y el estreñimiento. La incontinencia fecal, al igual que la urinaria, suele llevar asociada problemas psicológicos y desgaste del cuidador. En esta dinámica se pretenderá que los cuidadores participen activamente comentando sus problemas, experiencias o consejos. Para ello se les pedirá que coloquen las sillas en círculo y la enfermera o el enfermero propondrá tres temas de diálogo, que son los siguientes:

- ¿Cómo os ha afectado en vuestra vida el cuidar de una persona con incontinencia fecal?
- ¿Qué dispositivos de ayuda (tipo de pañales, toallitas, empapadores...) consideráis que os han funcionado mejor en caso de haber tenido que usarlos? ¿Y otros como cremas, ungüentos o pomadas?
- ¿Qué consejos darías para hacer más fácil el cuidado de una persona con esta condición?

Después, la enfermera o el enfermero formulará unos mitos populares acerca del estreñimiento y los cuidadores deberán responder si creen que son verdaderos o falsos y por qué (Ver Anexo 20).

Por último, se les preguntará si tienen alguna duda acerca de este tema, y si la hay, compartirla con el resto de los cuidadores para responderla entre cuidadores y profesionales.

Con el objetivo de evaluar la efectividad del programa de salud se pedirá a los cuidadores que rellenen en su casa un formulario de Google Forms con algunas preguntas variadas respecto a los distintos temas tratados en las sesiones y así poder identificar las fortalezas y debilidades del programa (ver Anexo 21).

## DETALLE PRESUPUESTARIO

Tabla 10: Detalle presupuestario

SERVICIO/MATERIAL	PRESUPUESTO
<b>Personal enfermería</b>	Salario medio enfermería 12,31 €/hora * 8 horas (2 horas por sesión) = <b>98,48 €</b>
<b>Personal fisioterapia</b>	Salario medio fisioterapia 9,58 €/hora * 2 horas (2ª sesión) = <b>19,16 €</b>
<b>Sillas, mesas, camillas, ordenador...</b>	<b>0 €</b> (Prestado del centro)
<b>Impresión de infografías</b>	0,20 € * 8 infografías * 30 personas = <b>48 €</b>
<b>Proyector</b>	<b>30,15 €</b>
<b>COSTE TOTAL</b>	<b>195,79 €</b>

Fuente: Elaboración propia.

## CRONOGRAMA

Tabla 11: Cronograma del programa de educación para la salud.

	<b>JULIO</b>			
	<b>5/07</b>	<b>12/07</b>	<b>19/07</b>	<b>26/07</b>
<b>Disfagia</b>				
<b>Dolor</b>				
<b>Movilidad y úlceras</b>				
<b>Incontinencia y estreñimiento</b>				

**Fuente:** Elaboración propia

## CONTRIBUCIÓN DE LA PROPUESTA A ENFERMERÍA

Un ictus es una enfermedad que suele llevar asociada múltiples complicaciones a corto, medio y largo plazo, así como un elevado gasto socioeconómico. Por ello, estos pacientes requieren un cuidado especial en el domicilio tanto para prevenir dichos eventos adversos como para tratarlos cuando aparecen. Con un adecuado programa de educación los cuidadores informales adquirirán los conocimientos necesarios para mejorar la calidad de vida de sus familiares, lo que puede traducirse en un empoderamiento del cuidador por sentirse más seguro y competente. También evitará tratamientos futuros más costosos, un mayor bienestar del paciente, y un menor desgaste del cuidador y del profesional sanitario. Además, se promueve la colaboración entre el profesional sanitario y el cuidador informal, fomentando así la seguridad del paciente, una comunicación efectiva y una atención integral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. El Atlas del Ictus [Internet]. [citado 21 de febrero de 2023].  
Disponible en: <https://www.sen.es/actividades/91-articulos/2617-el-atlas-del-ictus>
2. Manzano Viñuales M, Lear Claveras A, Maldonado Lario A, Cetina Pérez L, Echeverría Sánchez M del C, Maldonado Lario R. Proceso de rehabilitación en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2022 [citado 10 de febrero de 2023];3(8):223. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587172&info=resumen&idioma=ENG>
3. Morales Tent B, Moltó Perez R, Peréz Molto FJ. Rol de enfermería en la rehabilitación de pacientes con secuelas de ictus. Revisión. *Rev electrónica Ciencias Multidiscip* [Internet]. 2022 [citado 10 de febrero de 2023];18(18):8-17. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8355222&info=resumen&idioma=ENG>
4. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y. Long-term morbidities in stroke survivors: A prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation registry. *BMC Geriatr*. 2013;13(1).
5. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield CA, Hamdy S, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J Stroke* [Internet]. 2016 [citado 6 de febrero de 2023];11(4):399-411. Disponible en:  
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493016639057>
6. Zhang X, Zhao J, Zheng L, Li X, Hao Y. Implementation strategies to improve evidence-based practice for post-stroke dysphagia identification and management: A before-and-after study. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2022 [citado 10 de febrero de 2023];9(3):295-302. Disponible en:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352013222000424>

7. Westergren A, Karlsson S, Andersson P, Ohlsson O, Hallberg IR. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *J Clin Nurs* [Internet]. 2001 [citado 17 de abril de 2023];10(2):257-69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11820347/>
8. Flowers HL, Alharbi MA, Mikulis D, Silver FL, Rochon E, Streiner D, et al. MRI-Based Neuroanatomical Predictors of Dysphagia, Dysarthria, and Aphasia in Patients with First Acute Ischemic Stroke. *Cerebrovasc Dis Extra*. 27 de enero de 2017;7(1):21-34.
9. Chohan S, Venkatesh P, How C. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. *Singapore Med J* [Internet]. 2019 [citado 15 de febrero de 2023];60(12):616-20. Disponible en: <http://www.smj.org.sg/article/long-term-complications-stroke-and-secondary-prevention-overview-primary-care-physicians>
10. Thomas LH, Coupe J, Cross LD, Tan AL, Watkins CL. Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 1 de febrero de 2019;2019(2).
11. Gibson JME, Thomas LH, Harrison JJ, Watkins CL. Stroke survivors' and carers' experiences of a systematic voiding programme to treat urinary incontinence after stroke. *J Clin Nurs*. 1 de mayo de 2018;27(9-10):2041-51.
12. Camilleri M. Gastrointestinal motility disorders in neurologic disease. *J Clin Invest* [Internet]. 2021 [citado 17 de abril de 2023];131(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7880310/>
13. Li J, Yuan M, Liu Y, Zhao Y, Wang J, Guo W, et al. Incidence of constipation in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017 [citado 17 de abril de 2023];96(25). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28640117/>
14. Cheng J, Li L, Xu F, Xu Y, Lin L, Chen JDZ. Poststroke Constipation Is

- Associated With Impaired Rectal Sensation. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2020 [citado 17 de abril de 2023];115(1):105-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31809301/>
15. León López JA, Font Lloret L, Ballesteros Aguilar E. Implantación de programa personalizado de educación sanitaria a cuidadores: proyecto «pie de cama». *Rev Cient la Soc Esp Enferm Neurol*. 2014;39(1):11-21.
  16. Ccc S. SEORL-CCC: Entrevista a Nuria Jordà, paciente con disfagia [Internet]. Youtube; 2022 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=3kVI7TBvsQc&t=12s>
  17. De las Nieves NV. PROCEDIMIENTO TEST MECV-V [Internet]. Youtube; 2019 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=N7K3sD7fmTw>
  18. Lin S-C, Lin K-H, Tsai Y-C, Chiu E-C. Effects of a food preparation program on dietary well-being for stroke patients with dysphagia. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021 [citado 6 de febrero de 2023];100(25):e26479. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000026479>
  19. de Luis DA, Aller R, Izaola O. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014 [citado 27 de abril de 2023];29(4):751-9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112014000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  20. Dentalk! Cómo lavarse los dientes correctamente - El cepillado dental [Internet]. Youtube; 2019 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=F20LjQqBtkc>
  21. Hospital de Tomé. Higiene bucal en pacientes con disfagia severa [Internet]. Youtube; 2020 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=q-j4Toek\\_yE](https://www.youtube.com/watch?v=q-j4Toek_yE)
  22. La importancia de la higiene oral en disfagia | Red Menni [Internet]. [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dañocerebral.es/publicacion/la-importancia-de-la-higiene-oral->

en-disfagia/

23. Alessandro L, Olmos LE, Bonamico L, Muzio DM, Ahumada MH, Russo MJ, et al. Multidisciplinary rehabilitation for adult patients with stroke. *Medicina (B Aires)*. 2020;80(1):54-68.
24. Healthwise. Subluxación del hombro: Ejercicios de rehabilitación [Internet]. [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://spanishkb.healthwise.net/kpisgpesus/Print/PrintTableOfContents.aspx?localization=es-us&docid=zp4515>
25. Clave P, Dña Susana Rodríguez Nieto A, Juan Juanes Méndez DA. Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post-ictus desde terapia ocupacional. *Rev electrónica Ter Ocup Galicia, TOG* [Internet]. 2015 [citado 20 de marzo de 2023];12(21):2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091784&info=resumen&idioma=SPA>
26. Raglio A, Panigazzi M, Colombo R, Tramontano M, Iosa M, Mastrogiacomo S, et al. Hand rehabilitation with sonification techniques in the subacute stage of stroke. *Sci Rep* [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2023];11(1):7237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8012636/>
27. Xu C, He Z, Shen Z, Huang F. Potential Benefits of Music Therapy on Stroke Rehabilitation. *Oxid Med Cell Longev*. 2022;2022.
28. Luque Moreno Fisioterapeuta U Virgen del Rocío Profesor CH, Peña Salinas Fisioterapeuta U Virgen del Rocío Profesor MH, Rodríguez Pappalardo Enfermera U Virgen del Rocío Sevilla Luis López Rodríguez FH, Luque Moreno Avda Manuel Siurot C. Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus. *Gerokomos* [Internet]. 2012 [citado 17 de abril de 2023];23(1):42-6. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. GobAragon. 13 - Pasar de sentado a de pie [Internet]. Youtube; 2010

- [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=HM6f6dXPC30&t=2s>
30. GobAragon. 14 - Ayuda en la marcha [Internet]. Youtube; 2010 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=GRKR4QpFzIY>
  31. GobAragon. 11 - Pasar de la cama a la silla de ruedas [Internet]. Youtube; 2010 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=YvSKxw0Tq3A>
  32. Díaz López AM, Guzmán Carrasco P, Guzmán Carrasco R, Bellido Blanco N, Guzmán Carrasco Á. Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus. NURE Investig Rev Científica enfermería [Internet]. 2012 [citado 10 de febrero de 2023];(56):6. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7674346&info=resumen&idioma=ENG>
  33. GobAragon. 17 - Movilización hacia el borde de la cama [Internet]. Youtube; 2010 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=k4NF-HbrPd4>
  34. GobAragon. 10 - Como colocar de lado [Internet]. Youtube; 2010 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
[https://www.youtube.com/watch?v=t\\_HyoikBhPU](https://www.youtube.com/watch?v=t_HyoikBhPU)
  35. GobAragon. 16 - Movilización hacia arriba de la cama [Internet]. Youtube; 2010 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
[https://www.youtube.com/watch?v=MEVc2\\_L71Rs](https://www.youtube.com/watch?v=MEVc2_L71Rs)
  36. GobAragon. 18 - Cambios posturales. Prevención úlceras por presión [Internet]. Youtube; 2010 [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=UhmGGa3oQ7Y>
  37. GobAragon. 19 - Hacer una cama ocupada [Internet]. Youtube; 2010 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=75o2sJeTf3I>
  38. SCS. HOJAS INFORMATIVAS Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES

[Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 4 de mayo de 2023].

Disponible en:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=74c090c7-6446-11e0-8d0f-2d00982dae83&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c#6>

39. Moreno-Cabello E, González-Picazo AM, Martín-Salinas C. Fomento del autocuidado al paciente con sondaje vesical domiciliario mediante sesiones educativas. *Enfermería Univ* [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2023];17(2):233-42. Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/736>
40. NNNConsult [Internet]. [citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/nanda/126/>

## ANEXOS

### Anexo 1: Infografía de captación de usuarios para el programa.



Infografía de captación de usuarios para el programa de educación para cuidadores de personas con secuelas por ictus. El diseño incluye iconos de un corazón, un hueso, una jeringa, un cerebro, un parche, un corazón con ritmo cardíaco, y tres pastillas.

# ¡ACTUALÍZATE!

EDUCACIÓN PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON SECUELAS POR ICTUS

¿Pertenece al sector II del Sistema Aragonés de Salud?  
¿Eres el cuidador principal de alguien que haya sufrido un ictus en el último año?  
¿Tienes más de 18 años?

**¡APÚNTATE!**

**DEL 5 AL 26 DE JULIO DE 2023 - CS JOSE RAMÓN MUÑOZ FERNANDEZ (Pº. DE SAGASTA, 52)**

SI ESTÁS INTERESADO/A PIDE MÁS INFORMACIÓN EN EL CS JOSE RAMÓN MUÑOZ FERNÁNDEZ (Pº DE SAGASTA, 52)

Fuente: Elaboración propia

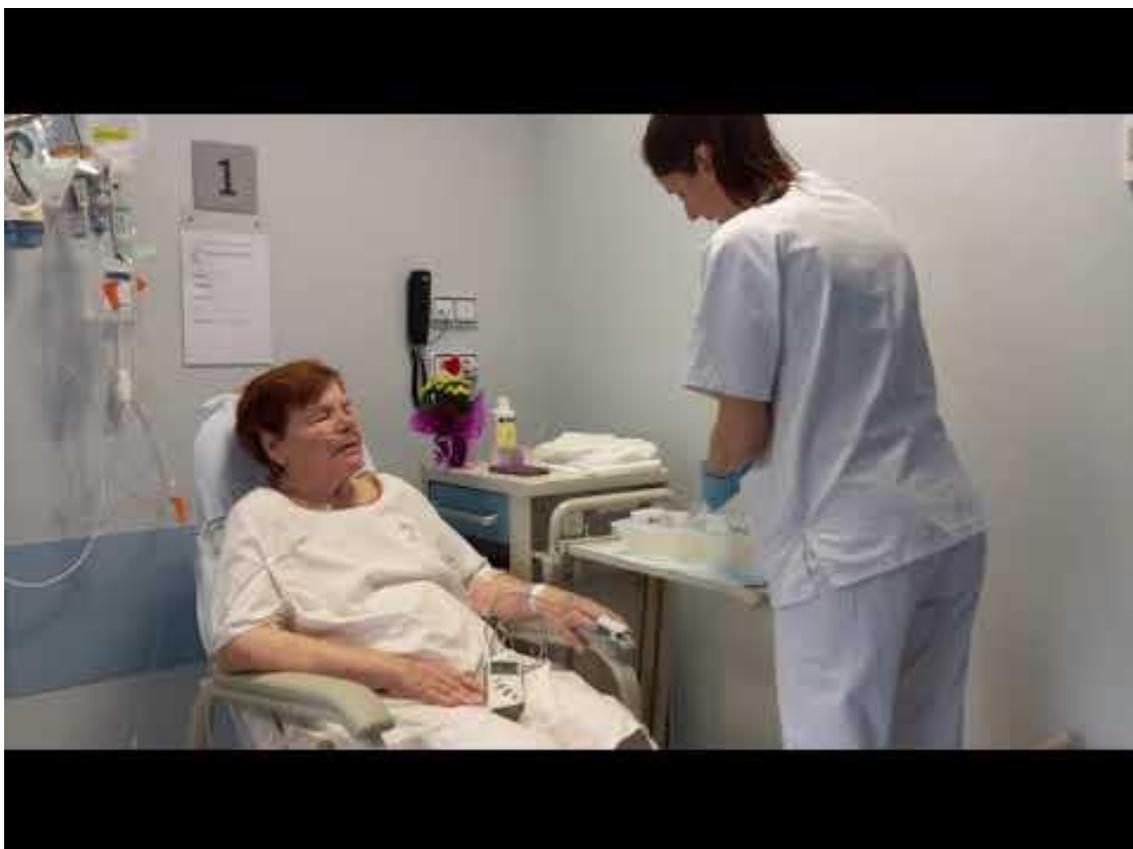
Anexo 2: Vídeo de Nuria Jordà acerca de la disfagia.



**Fuente:** Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC)

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=3kVI7TBvsQc&t=12s>

### Anexo 3: Video explicativo del test MECV-V.



**Fuente:** NeuroNurse Virgen de las Nieves.

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=N7K3sD7fmTw>

Anexo 4: Video explicativo del cepillado de dientes.



Fuente: Dentalk!

Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=F20LjQgBtkc>

Anexo 5: Video explicativo de higiene oral en caso de disfagia grave.



**Fuente:** Hospital de Tomé.

**Enlace:** [https://www.youtube.com/watch?v=q-j4Toek\\_yE](https://www.youtube.com/watch?v=q-j4Toek_yE)

## Anexo 6: Importancia de la higiene oral en disfagia.

### Cómo realizar la limpieza oral en casa

A continuación veremos que elementos se necesitan y explicar cómo realizar una adecuada higiene oral en personas con disfagia además propondremos varias alternativas para las diferentes dificultades que puedan surgir.

#### Artículos de higiene oral

En primer lugar, son necesarios una serie de utensilios:

- cepillo de dientes
- pasta de dientes
- colutorio/enjuague bucal
- gasas
- depresores
- limpialinguas
- hilo dental
- recipiente (en el caso de que la persona no pueda incorporarse hasta el lavabo o se encuentre encamada)

Ante la gran variedad de modelos y marcas, describimos algunas de las características útiles que nos pueden ayudar a seleccionar un buen producto adecuado a las necesidades de cada individuo:

#### ◦ Elección del cepillo de dientes:

Existe una amplia gama de cepillos de dientes en el mercado, manuales, eléctricos, con cerdas de diferentes firmezas, cabezales de dimensiones distintas, etc. Conviene que sea el dentista quien se encargue de seleccionar el más adecuado para cada persona. En personas con la sensibilidad oral afectada, como podrían ser pacientes con disfagia orofaríngea, o aquellos en los que la destreza manual se ha visto mermada, la selección de cepillo puede variar dependiendo del objetivo que se quiera perseguir. Por ejemplo: una persona que tras un ictus ha perdido la habilidad para manejar un cepillo de dientes manual, sería conveniente que utilice uno eléctrico que le facilite el cepillado. Si además se ha visto reducida la sensibilidad oral (lengua, labios, mejillas, encías), el cepillo eléctrico también es una opción interesante, pues se pueden aprovechar las vibraciones que produce el aparato para estimular la boca. Por otro lado, si quien le cuida es la persona que le realiza la limpieza, puede que sea más cómodo emplear un cepillo convencional de cerdas que le permita controlar la velocidad y fuerza del cepillado.



#### ◦ Elección de la pasta de dientes:

Al igual que con el cepillo, el dentista nos puede aconsejar en la selección de la pasta dentífrica. En general, un dentífrico de venta en supermercados puede ofrecer una higiene básica si no se padece ninguna enfermedad oral. Por el contrario, en el caso de tener encías sensibles, caries, piorrea, etc. es mejor acudir a una farmacia para que nos orienten sobre el dentífrico más adecuado para cada caso.



#### ◦ Elección del colutorio:

Existe gran variedad de colutorios, con y sin alcohol, de sabores diferentes, antiplaca, para encías hinchadas, etc. En el caso de personas con disfagia, es preferible utilizar uno libre de alcohol o con poca concentración, y en cualquier caso, diluirlo con agua. Esto se debe a que si la persona ingiere accidentalmente el colutorio, uno libre de alcohol tendrá un efecto menos nocivo para el organismo.

#### ◦ Limpia lenguas:

En ocasiones, los cepillos dentales tienen una parte rugosa en el reverso del cabezal que sirve para limpiar la lengua. Si no es el caso, existe un utensilio específico para ello, "limpia lenguas". La única recomendación es que estos sean de una sola pieza, es decir, que no se desmonten, ya que si se desprendiera alguna pieza de manera accidental, se podría producir un atragantamiento.

#### ◦ Seda dental:

En suficiente con seda dental convencional, o si resulta más cómodo el limpiador interdental.

#### ◦ Otras herramientas:

Dependiendo de la gravedad de la disfagia y del estado postural y cognitivo de la persona, el cepillo de dientes, el dentífrico y el colutorio pueden NO ser una opción recomendada. En estos casos, basta con hacernos con un depresor al que enrollaremos una gasa a modo de torunda para hacer las veces de cepillo de dientes.



## Procedimiento

La técnica correcta para hacer una adecuada higiene oral requiere de práctica y sobre todo rutina. Es muy importante hacer un cepillado después de cada comida. En el caso de que sea imposible, al menos hay que garantizar el cepillado nocturno, pues es entonces, cuando dormimos, que no tenemos control voluntario sobre nuestra deglución, cuando cualquier partícula de alimento que haya quedado almacenado en la boca, puede ser candidata a ser aspirada hacia el pulmón.

En primer lugar, si la persona es capaz de cepillarse de manera autónoma, dejaremos que lo haga, al inicio, bajo la supervisión de otra persona para evitar atragantamientos. Es preferible que la cabeza esté inclinada hacia abajo, mirando el lavabo para así evitar que la mezcla de pasta de dientes con la saliva pueda ser ingerida accidentalmente.

Si es capaz de controlar el líquido en la boca, y puede escupir, no hay problema alguno para utilizar un cepillo de dientes y dentífrico. Para ello, colocaremos una pequeña porción de pasta de dientes en el cepillo (aproximadamente como un garbanzo) y procederemos a cepillar los dientes.

La American Dental Association (ADA) propone lo siguiente:

1. – Colocar el cepillo de dientes formando un ángulo de 45° con las encías.
- 2.- Mover el cepillo adelante y atrás suavemente con movimientos cortos que cubran los dientes por completo.
- 3.- Cepillar los dientes por las superficies exteriores, las interiores y las de masticar.
- 4.- Para limpiar las superficies interiores de los dientes frontales, inclinar el cepillo en sentido vertical y realizar varios movimientos arriba y abajo.

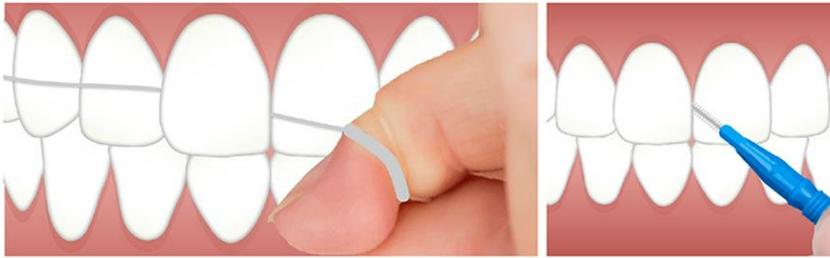
Para enjuagar la boca, si es capaz de mantener el líquido y escupir, introducir un pequeña cantidad de agua y aclarar con normalidad pero manteniendo la cabeza inclinada hacia abajo para evitar riesgos. En el caso de que no pueda mantener el agua con seguridad en la boca, se puede hacer uso de una gasa húmeda y escurrida e ir pasándola por cada diente, lengua, paladar y mejillas hasta tener la boca limpia por completo.

Para limpiar la lengua, bastará con pasar el limpia lenguas por toda la superficie de la lengua realizando movimientos de dentro hacia afuera, arrastrando toda la suciedad al exterior.

A continuación, es recomendable utilizar la seda dental para retirar cualquier posible resto que el cepillo no haya podido eliminar. Para ello sólo hay que pasar el hilo suavemente entre cada diente llegando hasta la encía.



Para terminar, si hay tolerancia para mantener un líquido en la boca, podremos una medida de colutorio por una medida de agua, lo mezclamos y procedemos a enjuagar la boca realizando movimientos energéticos de las mejillas. Es importante mantener la cabeza inclinada siempre. Escupir y habremos terminado.



¿Y si no hay posibilidad de emplear cepillo de dientes?

En estos casos, haremos uso del depresor y gasas para crear una torunda. En un vaso, hacemos una mezcla a partes iguales de agua y colutorio. Humedecemos la torunda en el líquido y lo escurrimos para evitar que desprenda líquido. A continuación, con la cabeza inclinada hacia abajo, pasamos la torunda por toda la superficie de los dientes, mejillas, lengua, paladar y labios. Después continuar con el hilo dental y el limpia lenguas si lo tolera.

¿Dificultad para llegar al lavabo?

Si la persona no es capaz de inclinarse hasta el lavabo para escupir, el baño no está adaptado para el uso de silla de ruedas y es imposible alcanzar el lavabo, o la persona está encamada, se puede utilizar un recipiente a modo de escupidera.

\*\*\*

Al principio puede parecer muy complicado, la persona encargada de los cuidados puede sentirse desbordada. Por este motivo, el logopeda puede enseñar y dar pautas específicas para facilitar el cepillado en casa en personas con disfagia.



**Fuente:** Red Menni de Daño Cerebral.

**Autora:** Marina Pascual

**Enlace:** <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/la-importancia-de-la-higiene-oral-en-disfagia/>

## Anexo 7: Tabla mensual de autorregistro de dolor.

TABLA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR																																							
NIVEL DE DOLOR		Incapaz de moverme	10																																				
		Inaguantable	9																																				
		Intenso	8																																				
		Inmanejable	7																																				
		Angustioso	6																																				
		Molesto	5																																				
		Tolerable	4																																				
		Incómodo	3																																				
		Leve	2																																				
		Mínimo	1																																				
		Sin dolor	0																																				
	DÍA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 8: Ejercicios de rehabilitación en subluxación de hombro.

**Figura 1**

### **Flexión del hombro (acostado)**

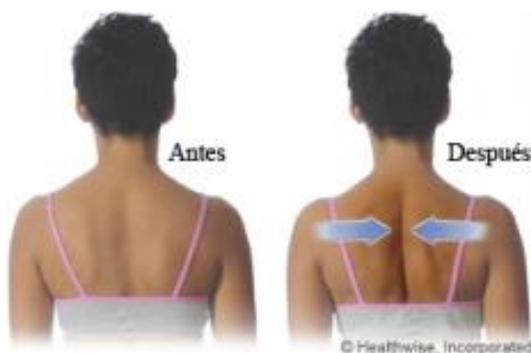


Para este ejercicio, necesitará una vara. Para hacer una vara, use un pedazo de tubería de PVC o un palo de escoba sin la escoba. Haga la vara de aproximadamente un pie (30 centímetros) más ancho que sus hombros.

1. Acuéstese boca arriba, sosteniendo la vara con las manos. Las palmas deben estar hacia abajo mientras sostiene la vara. Separe las manos ligeramente más que el ancho de sus hombros.
2. Con los codos estirados, levante lentamente los brazos sobre la cabeza hasta que sienta un estiramiento en los hombros, en la espalda y en el pecho.
3. Mantenga la posición entre 15 y 30 segundos.
4. Repita de 2 a 4 veces.

**Figura 2**

### **Compresión de omóplatos**



1. Estando de pie con los brazos a los lados, comprima los omóplatos. No levante los hombros mientras está comprimiendo los omóplatos.
2. Mantenga la posición durante 6 segundos.
3. Repita de 8 a 12 veces.

**Figura 3**

**Ejercicio de fortalecimiento del rotador interno**



Para este ejercicio, usted necesitará materiales elásticos para ejercicio, como un tubo quirúrgico o Thera-Band.

1. Comience atando una pieza de material elástico para ejercicio a la manija de una puerta.
2. Párese o siéntese con el hombro relajado y el codo doblado a 90 grados (como el ángulo de la letra "L"). El brazo debe descansar cómodamente en su costado. Apriete una toalla enrollada entre el codo y el cuerpo por comodidad y para ayudarle a mantener el brazo al costado.
3. Sostenga un extremo de la banda elástica con la mano del brazo adolorido.
4. Gire el antebrazo hacia el cuerpo hasta que le toque el vientre.
5. Durante este movimiento, mantenga el codo y el brazo apretados firmemente contra la toalla enrollada o contra el costado del cuerpo.
6. Repita de 8 a 12 veces.

**Figura 4**

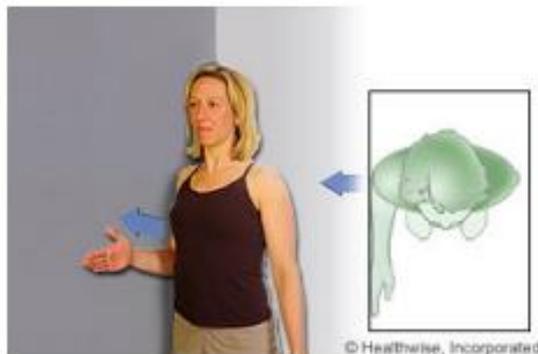
**Rotación isométrica externa del hombro**



1. Párese con el brazo afectado cerca de una pared.
2. Doble el brazo hacia arriba para que el codo haga un ángulo de 90 grados (como la letra "L"), y gire la palma de la mano como si estuviera a punto estrechar la mano de alguien.
3. Mantenga el antebrazo y el codo cerca de la pared. Presione el dorso de la mano contra la pared con una presión moderada.
4. Sostenga la posición durante una cuenta de 6.
5. Repita de 8 a 12 veces.

**Figura 5**

**Abducción isométrica del hombro**



1. Párese con el brazo afectado cerca de una pared.
2. Doble el brazo hacia arriba para que el codo haga un ángulo de 90 grados (como la letra "L"), y gire la palma de la mano como si estuviera a punto estrechar la mano de alguien.
3. Mantenga el antebrazo y el codo cerca de la pared. Presione el codo contra la pared con una presión moderada.
4. Sostenga la posición durante una cuenta de 6.
5. Repita de 8 a 12 veces.

**Figura 6**

**Lagartijas de pared**



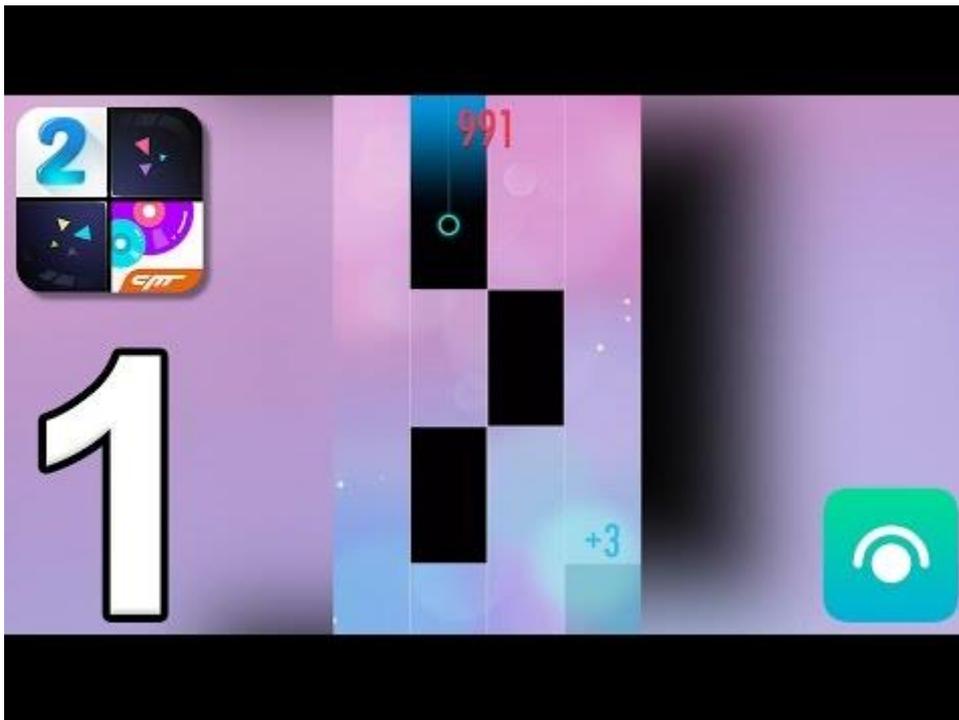
1. Párese frente a una pared, con los pies a una distancia de 12 a 24 pulgadas (entre 30 y 60 centímetros) de la pared. Si siente algún dolor al hacer este ejercicio, párese más cerca de la pared.
2. Ponga las manos sobre la pared ligeramente más separadas que sus hombros e inclínese hacia adelante.
3. Inclíne el cuerpo suavemente hacia la pared. Luego empuje para regresar a la posición inicial. Mantenga el movimiento suave y controlado.
4. Repita de 8 a 12 veces.

**Fuente:** Healthwise

**Enlace:**

<https://spanishkb.healthwise.net/kpispesus/Print/PrintTableOfContents.aspx?localization=es-us&docid=zp4515>

## Anexo 9: Video demostración de videojuego Piano Tiles



**Fuente:** TapGameplay

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=kVIWzN0DmTc>

## Anexo 10: Video demostración bipedestación



**Fuente:** Gobierno de Aragón.

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=HM6f6dXPC30&t=2s>

## Anexo 11: Video demostración deambulación



**Fuente:** Gobierno de Aragón

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=GRKR4QpFzIY>

## Anexo 12: Video demostración traslado cama-silla



**Fuente:** Gobierno de Aragón.

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=YvSKxw0Tg3A>

### Anexo 13: Video demostración desplazamiento lateral



**Fuente:** Gobierno de Aragón.

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=k4NF-HbrPd4>

### Anexo 14: Video demostración giros del paciente encamado.



**Fuente:** Gobierno de Aragón.

**Enlace:** [https://www.youtube.com/watch?v=t\\_HyoikBhPU](https://www.youtube.com/watch?v=t_HyoikBhPU)

Anexo 15: Video demostración movilización hacia arriba de la cama.



Fuente: Gobierno de Aragón.

Enlace: [https://www.youtube.com/watch?v=MEVc2\\_L71Rs](https://www.youtube.com/watch?v=MEVc2_L71Rs)

Anexo 16: Video demostración de hacer una cama ocupada.



Fuente: Gobierno de Aragón.

Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=75o2sJeTf3I>

### Anexo 17: Video demostración cambios posturales.



**Fuente:** Gobierno de Aragón.

**Enlace:** <https://www.youtube.com/watch?v=UhmGGa3oQ7Y>

### Anexo 18: Diario de micción.

HORA	LÍQUIDOS INGERIDOS		MICCIONES	PÉRDIDAS DE ORINA			SENSACIÓN DE URGENCIA		¿QUÉ ESTABA HACIENDO EN EL MOMENTO DE LA PÉRDIDA?
	AM-PM	Tipo de líquido	Cantidad de líquido	Cantidad orinada	Poco	Moderada	Abundante	SÍ	

**Fuente:** Servicio Canario de la Salud

Enlace:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=74c090c7-6446-11e0-8d0f-2d00982dae83&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c#6>

## Anexo 19: Infografía de técnicas de reeducación vesical.

**INCONTINENCIA URINARIA DE URENCIA O MIXTA  
TÉCNICAS DE REEDUCACIÓN VESICAL**

Las pérdidas involuntarias de orina que se producen cuando se padece de una **incontinencia urinaria de urgencia** se deben a que se produce una irritación crónica de la vejiga, por distintos motivos. Esto conlleva que cuando la vejiga empieza a llenarse de repente se sientan ganas imperiosas de orinar que no pueden controlarse, de manera que por poco que se tarde en llegar a un baño, la orina se escapa sin poder evitarlo.



Además de las recomendaciones generales útiles para todo tipo de incontinencia, pueden ayudarle a mejorar estas pérdidas de orina, los **ejercicios o técnicas de reeducación de a vejiga**.

**TÉCNICA DE LA REEDUCACIÓN DE LA VEJIGA**

La **técnica** de la reeducación de la vejiga, se basa en orinar de forma programada, **realizando un vaciado voluntario en vez de responder solo al deseo de orinar.**



- ⇒ Comenzar realizando una micción (orinar) **cada 30 minutos**, para evitar que se produzcan los escapes de orina.
- ⇒ **Ir aumentando el intervalo progresivamente en los próximos días, de 15 en 15 minutos hasta conseguir orinar en intervalos de 2-3 horas.**
- ⇒ Si aparecen urgencias intermedias, debe intentar posponer el vaciado unos minutos.

En este entrenamiento tiene **especial importancia el diario miccional** (*anexo "Diario miccional"*), así podremos objetivar los progresos y las causas precipitantes.

El tiempo recomendado para desarrollar este tipo de terapia debe un mínimo de **6 semanas**, si no se consiguen los resultados deseados, debe acudir de nuevo a su médico valorar la instauración de tratamiento farmacológico.



**CONSULTAR CON SU MÉDICO**

- Si no consigue los resultados deseados, en un periodo mínimo de 6 semanas.
- Si nota ardor, picor o mayor frecuencia al orinar, o si nota alguna anomalía, como la presencia bultos en esa zona.

Fuente: Servicio Canario de la Salud

Enlace:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=74c090c7-6446-11e0-8d0f-2d00982dae83&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c#6>

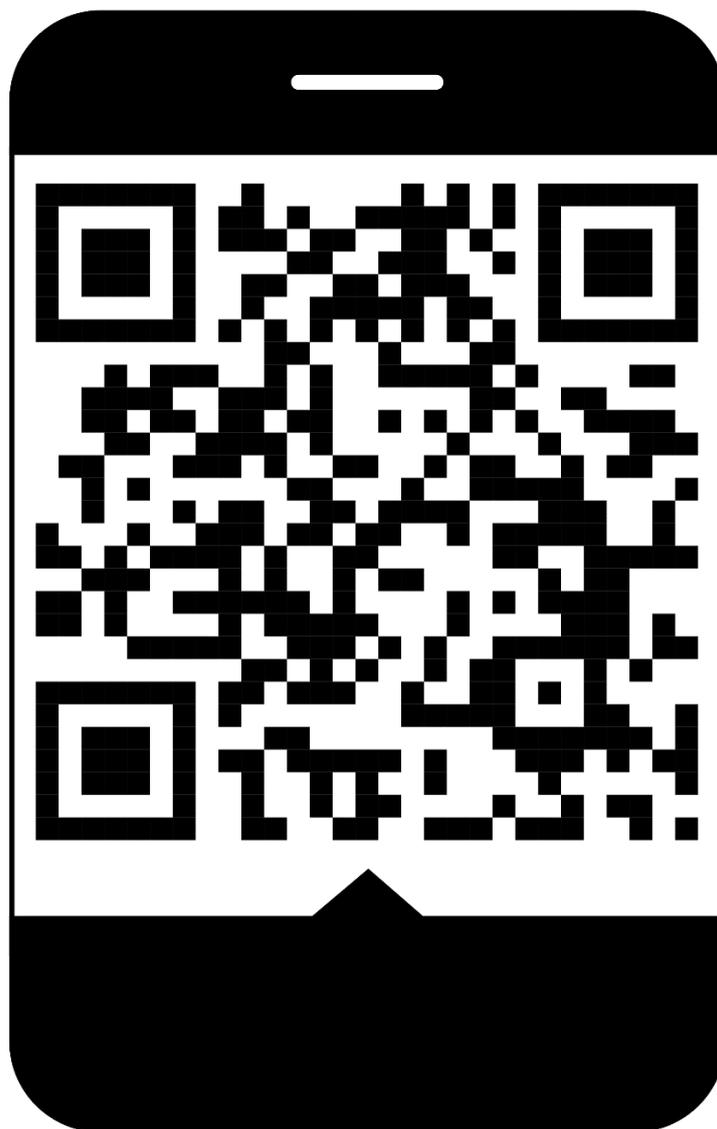
## Anexo 20: Mitos acerca del estreñimiento

MITO	¿VERDADERO O FALSO?
No ir al baño todos los días se considera estreñimiento.	Falso; cada persona tiene un ritmo intestinal distinto. Se considera normal hasta tres defecaciones por semana.
El estreñimiento únicamente ocurre en mujeres.	Falso; aunque ocurre con más frecuencia en el sexo femenino, los hombres también pueden padecerlo.
Los medicamentos causan estreñimiento.	Verdadero; aunque no todos, muchos de ellos sí que pueden producirlo.
El estreñimiento puede causar enfermedades.	Verdadero; como por ejemplo las hemorroides, fisuras, prolapsos...
Tomar laxantes es perjudicial	Falso; siempre y cuando su consumo no sea crónico y estén recetados por el médico.

**Fuente:** Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD).

**Enlace:** <https://www.20minutos.es/salud/medicina/es-una-enfermedad-se-trata-bebiendo-agua-hay-que-ir-al-bano-todos-los-dias-mitos-y-verdades-sobre-estrenimiento-4858324/>

Anexo 21: Formulario de evaluación del programa.



**Fuente:** Elaboración propia.