



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea



¡Ponte en marcha y recupera el control!



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:
PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO TRAS EL ICTUS PARA PERSONAS CON LIMITACIONES MOTORAS

Autora: Oihane Urcelay Lázaro

Directora: M^a Milagros Alonso Vallejo

TRABAJO FIN DE GRADO
Escuela Universitaria de Enfermería
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteiz, 9 de mayo de 2016

Nº palabras: 6996

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mi familia y amigos/as, en especial a Sandra Isusi, Laura Ferreira y Nerea Sagredo, que con paciencia me han apoyado y ayudado a incluir mejoras en el trabajo aportándome su opinión. Gracias por animarme a lo largo de todo el año cuando necesitaba volver a motivarme y calmar los nervios.

También agradecer a M^a Milagros Alonso, mi directora del Trabajo de Fin de Grado, el tiempo dedicado a leer una y otra vez el trabajo, esforzándose en buscar la mejor solución para cada una de mis dudas y saber guiarme a lo largo de este duro camino.

Por último, dar las gracias a todos los enfermeros y enfermeras que me han acompañado a lo largo de la carrera, ayudándome a sacar lo mejor de mí misma para ser la enfermera que quiero ser y a amar nuestra profesión.

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Marco conceptual y justificación	4
3. Objetivos del programa	9
Meta.....	9
Objetivo general	9
Objetivos intermedios	9
4. Metodología del programa educativo	10
5. Definir la población y las estrategias de captación	11
5.1. Definir la población.....	11
5.2. Estrategia de difusión y captación de la población.....	12
6. Sesiones educativas.....	14
6.1. Esquema de las sesiones	14
6.1.1. SESIÓN 2: ¡APRENDE CONMIGO!	17
6.1.2. SESIÓN 6: ¡PONTE EN MARCHA!.....	19
7. Recursos materiales y económicos.....	21
8. Evaluación del programa	22
9. Bibliografía	23
10. Anexos.....	26
10.1. Anexo I: Búsqueda exhaustiva.....	26
10.2. Anexo II: Tabla de búsqueda y resultados	27
10.3. Anexo III: Tabla objetivos específicos	35
10.4. Anexo IV: Tríptico.....	36
10.5. Anexo V: Cartel.....	38
10.6. Anexo VI: Hoja de inscripción.....	39
10.7. Anexo VII: Actividad de la sesión 1	40
10.8. Anexo VIII: PowerPoint sesión 2.....	43
10.9. Anexo IX: Cuestionario de evaluación sesión 2	49
10.10. Anexo X: Guía autocuidado tras un ACV (parte 1)	53
10.11. Anexo XI: Guía autocuidado tras un ACV (parte 2)	58
10.12. Anexo XII: PowerPoint de la sesión 5.....	60
10.13. Anexo XIII: Video "Tratamiento AVD personas que han sufrido un ACV".....	66
10.14. Anexo XIV: Tabla de ejercicios	67
10.15. Anexo XV: Guía autocuidado tras un ACV (parte 3)	68
10.16. Anexo XVI: Evaluación de la sesión anterior ¿Es correcta?	73
10.17. Anexo XVII: PowerPoint de la sesión 6	77
10.18. Anexo XVIII: Videos sobre el autocuidado.....	82

10.19. Anexo XIX: Ejercicios destreza	84
10.20. Anexo XX: Guía autocuidado tras un ACV (parte 4)	87
10.21. Anexo XXI: Cuestionario de satisfacción final	93

1. Introducción

A través de distintos estudios se ha podido constatar que el ictus o accidente cerebrovascular (ACV) representa un importante problema de salud pública debido a su gran magnitud, su gravedad y su incremento del gasto económico y consumo de recursos.

En los últimos años, a pesar de que las cifras de mortalidad por ictus han reducido, la prevalencia de las personas que lo padecen ha aumentado considerablemente. Más de un tercio permanecerá con alguna discapacidad¹ que les hará modificar sus hábitos de vida como los de sus familiares. En la actualidad, hay unas 300.000 personas en nuestro país que tienen alguna limitación funcional como consecuencia del ictus², lo que les impide llevar a cabo de forma autónoma las actividades de la vida diaria.

Es un proceso que afecta no solo a la persona que la padece, sino también a su cuidadores tanto a nivel físico y psicológico como al entorno socio-familiar, disminuyendo la calidad de vida. Algunos refieren que cuando terminan la rehabilitación, se sienten abandonados para manejar la visión de su incapacidad³.

Mi interés en este tema radica en lo que he observado en mis prácticas por neurología y en estudios científicos que me han corroborado que tanto los pacientes como los cuidadores necesitan desarrollar competencias para comenzar la reconciliación y adaptación a su nueva situación. Es por ello por lo que he tratado de diseñar un programa de educación para la salud, liderado por dos enfermeras, en el que a través de la metodología social del aprendizaje, se desarrollen distintas actividades que ayuden a adquirir conocimientos y habilidades para afrontar y adaptarse a las limitaciones físicas, mejorando la calidad de vida de estas personas. No obstante, también se abordarán los sentimientos, miedos y preocupaciones de las mismas.

El programa comenzará en febrero de 2017, incluyendo 7 sesiones las cuales serán evaluadas a lo largo del proceso y al final, lo que permitirá reflexionar acerca de cómo se han llevado a cabo las sesiones, valorar los objetivos conseguidos e introducir aspectos que puedan mejorarlo.

2. Marco conceptual y justificación

El ictus o accidente cerebrovascular es una enfermedad aguda que consiste en la interrupción súbita del aporte de oxígeno por una alteración de la circulación de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro¹. Está causada por una obstrucción o disminución importante del flujo sanguíneo que recibe una parte del cerebro (ictus isquémicos) o por una hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral (ictus hemorrágico)⁴. Es conocido también como embolia o trombosis⁵.

El primer tipo, el ictus isquémico, es el más frecuente con una prevalencia de entre el 80-85%⁶, producido por la aparición de un coágulo que obstruye total o parcialmente el flujo de un vaso sanguíneo cerebral. A su vez, estos pueden ser accidente isquémico transitorio (AIT), cuando el episodio es de instauración brusca y reversible cuya duración es inferior a 24 horas; o infarto cerebral, cuando la duración es superior a 24 horas.

En el caso del segundo tipo, el ictus hemorrágico, aunque es menos frecuente (15-20%), su mortalidad es mayor^{1,4}. Las personas jóvenes son las más propensas a padecer este último tipo, sobre todo, en edades inferiores a los 45 años⁷. Sin embargo, en caso de supervivencia, las secuelas que presentan a medio plazo son menos graves^{1,4}.

El ictus tiene una elevada prevalencia en los países industrializados, afectando a más de 15 millones de personas al año en todo el mundo^{1,2}, de las cuales un tercio muere y otro tercio padece una discapacidad permanente¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en España afecta entre 120.000 y 130.000 personas cada año², aumentando considerablemente la cifra a partir de los 69 años⁷⁻⁹. Lo que supone que cada 6 minutos se produce un ictus. Como consecuencia de esta enfermedad se mueren al año alrededor de 40.000 personas⁵.

Respecto a la mortalidad, es la tercera causa de muerte a nivel mundial. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2013, la enfermedad cerebrovascular fue la segunda causa de muerte en la población española (27.850 casos entre ambos sexos) y la primera entre las mujeres (16.257 casos)¹⁰. No obstante, si se analizan datos de años anteriores, se observa una disminución de muertes, probablemente relacionado con el control de los factores de riesgo y con un mejor tratamiento¹¹.

Según la OMS representa la primera causa de discapacidad física en las personas adultas⁶ (hasta el 53% presentan algún grado de dependencia) y la segunda de demencia (el 30-50% presentan deterioro cognitivo)^{1,6,8,9,12}. En la actualidad, hay unas 300.000 personas en nuestro país que tienen alguna limitación funcional como consecuencia del ictus², lo que les impide llevar a cabo de forma autónoma las actividades de la vida diaria.

Otro dato remarcable es, que a pesar de afectar generalmente a mayores, hay un porcentaje bastante elevado en personas menores de 65 años, en las cuales la causa más frecuente suele ser por aneurismas y malformaciones vasculares generales^{1,4}.

Todo ello, implica un importante consumo de recursos (3-4% del gasto sanitario en países desarrollados)⁸, sin contar los costes indirectos y a largo plazo^{7,12}, así como las bajas laborales de los enfermos y sus familiares. Cada ictus supone un gasto sanitario medio de 4.000 euros durante los tres primeros meses de enfermedad⁵. Según estudios realizados en 2004, se estimó que el coste hospitalario de la enfermedad cerebrovascular en España durante ese año fue de 1.526 millones de euros. La suma de los costes por pérdidas laborales indirectos y otros costes directos no sanitarios generan estimaciones de alrededor de 6.000 millones de euros

anuales⁹. Dado el elevado gasto que supone, representa un importante problema de salud pública.

Los factores de riesgo se clasifican en dos grupos: los no modificables y los modificables. Los primeros son la edad, sexo, herencia, enfermedad vascular previa, raza y localización geográfica. La edad es el principal factor de riesgo, ya que la incidencia es más del doble a partir de los 55 años, y aumenta a partir de los 65 años. A su vez, afecta más al sexo masculino¹³, siendo la mortalidad mayor en las mujeres^{4,7}. En cuanto a la raza y localización geográfica, es más frecuente en afroamericanos, americanos hispanos, japoneses y chinos, siendo la raza negra la que presenta una mayor frecuencia hipertensión arterial y diabetes mellitus¹³.

Por el contrario, entre los factores modificables¹³ se encuentran las enfermedades médicas tratables y los estilos de vida (consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad y la vida sedentaria). Estos últimos están estrechamente relacionados con las primeras, ya que aumentan considerablemente el riesgo de causarlas y por lo tanto, de presentar un ACV⁴. Sin embargo, el factor de riesgo más importante es la hipertensión arterial, puesto que su presencia incrementa cuatro veces la probabilidad de padecer un ACV, especialmente los ictus hemorrágicos. En nuestra población, aproximadamente un 40% de los ictus que se producen se atribuyen a la hipertensión y para prevenirla, es recomendable que toda persona mayor de 50 años se tome la tensión arterial al menos una vez al año, evitando cifras superiores a 140/80^{1,4}. Otro agravante de este suceso son las enfermedades cardíacas, sobre todo las originadas por la arteriosclerosis (angina de pecho y/o cardiopatías isquémicas) que tiene correlación con el exceso de grasas en sangre (dislipemias), ya que son los causantes de la mayoría de los ictus isquémicos^{4,7}. Un buen control de estas enfermedades podría reducir el riesgo de padecer un ictus hasta un 70%⁴.

Un dato alarmante es que el 20% de las personas que han experimentado un ictus son diabéticas, debido a la obstrucción que produce en los vasos. Esto aumenta el riesgo de padecer muchas otras enfermedades además del ictus^{4,7}.

El cuadro clínico suele ser variable, dependiendo fundamentalmente de la localización de la obstrucción, el grado de tejido cerebral afectado, la rapidez con la que el flujo se restablece y la rapidez con la que las zonas no dañadas suplen las dañadas. Los síntomas que suelen presentarse pueden ser tanto hemiparesias y/o hemiplejias, como problemas de equilibrio, trastornos del habla y déficits cognitivos, auditivos y del tacto, dificultad para deglutir, afasia, alteraciones emocionales, cefalea de gran intensidad, pérdida de fuerza, espasticidad, entre otros⁵.

En la actualidad, el 30% de los pacientes que han padecido un ictus presentan un problema de discapacidad. Un dato trascendental es, que solo un 40% de estas personas pueden valerse por sí mismas⁵. Igualmente, un estudio realizado en la Comunidad Autónoma Vasca, en los hospitales de Osakidetza, mostraba que un 47,1% de los pacientes presentaba un grado de

dependencia total o severa (IB < 60) al alta hospitalaria¹⁴. Además, como ya se ha mencionado, presentan un alto riesgo de tener un nuevo ACV en los tres meses siguientes. Esto puede deberse a que a pesar de haber tratamiento, menos de un tercio de los enfermos tienen los factores de riesgo bien controlados. Sin embargo, según los expertos si estos estuvieran bien controlados podrían evitarse hasta el 80% de los casos⁵.

La posibilidad de recuperación sin presentar secuelas va a depender del tiempo que haya pasado hasta la realización del diagnóstico y selección del tratamiento adecuado¹. Diferentes estudios indican que hay un corto periodo durante el cual la recuperación está especialmente favorecida y la respuesta a los tratamientos rehabilitadores puede ser máxima. De lo contrario, el retraso en el inicio del tratamiento se asocia con una reducción en la recuperación funcional¹². En definitiva, cuanto más tiempo pasa entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, menos posibilidades hay de tratarlo, quedaran más secuelas permanentes y el daño será mayor^{1,6}.

Por lo tanto es importante conocer e identificar los signos de la aparición de un ictus. Las cinco características que ayudan a identificarlo son: la aparición repentina de dolor de cabeza, la afectación de la visión en uno o ambos ojos, debilidad o pérdida repentina de fuerza y/o sensibilidad en un brazo, pierna o ambas extremidades, problemas para hablar y/o entender lo que dicen y por último, la aparición de desequilibrio o inestabilidad. La detección inmediata es vital para actuar rápidamente y poder minimizar o eliminar las secuelas^{1,5,6}.

Por otro lado, es importante señalar que el ictus debido a las discapacidades que produce, no sólo tiene repercusiones en el paciente, sino también en sus familiares, ya que supone un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar físico y psicológico de ambos. De las personas no ingresadas en un hospital y precisan cuidados, el 52,5% es dependiente para las ABVD, y en la mayoría de los casos, la proveedora de cuidados informales es una mujer¹⁵.

Según un estudio realizado en la Comunidad Autónoma Vasca, la dedicación diaria de los cuidadores es superior a 6 horas en el 62% de los casos y generalmente, no cuentan con ayuda formal. El mayor porcentaje de insatisfacción de los cuidadores está relacionado con la formación sobre los cuidados al paciente con dependencia¹⁴, por lo que es un campo a mejorar. Estos resultados se han obtenido también en otras comunidades¹⁶.

Por todo lo mencionado, actualmente el ictus constituye uno de los problemas socio-sanitarios más importantes y precisa estrategias concretas para su manejo y buen control⁵. Un aspecto esencial es la promoción de autonomía y apoyo psicológico¹⁷, ya que es muy habitual la presencia de depresiones y/o trastornos de ansiedad. Tanto es así, que la depresión aparece con una prevalencia estimada de entre el 30-40% en el primer año tras el ACV¹⁸⁻²⁰; y unida a la fatiga deterioran la capacidad de la persona para recuperar las funciones perdidas, tanto funcionales como cognitivas, reduciendo el beneficio de la rehabilitación y afectando negativamente en la calidad de vida²¹. Todo ello conlleva al aislamiento social que experimentan relacionado con los desórdenes emocionales y/o la pérdida de habilidades para

desarrollarse en la sociedad que sufren^{6,22}, lo que modifica la percepción de la calidad de vida y los estilos de vida²³. Aun conociendo estos datos, el problema más común a largo plazo es la falta de apoyo emocional²⁴.

De esta forma, es primordial trabajar junto al enfermo en la recuperación. El objetivo es prevenir complicaciones y reducir el déficit neurológico con el fin de conseguir la máxima capacidad funcional posible para facilitar la autonomía personal¹² y la reintegración en su entorno familiar, social y laboral. Para lograrlo, será necesario llevar a cabo un proceso realizado por un equipo multidisciplinar¹⁴, que trabaje para mejorar su calidad de vida²⁵, sus habilidades para desarrollar las ABVD y el manejo de la persona en la comunidad (AIVD).

La recuperación del equilibrio y la marcha son los objetivos primordiales, ya que mejoran en gran parte la independencia de la persona²⁶. El proceso de rehabilitación es un proceso activo que requiere la colaboración tanto del paciente como de la familia o amigos, para que de esta forma, puedan recoger la información y formación necesaria para continuar los cuidados en el domicilio^{6,17}. En este aspecto la enfermera también tiene un papel fundamental gracias a la función que desempeña en la comunicación, contribuyendo a la coordinación del equipo multidisciplinar y a establecer el enlace entre el paciente con dicho equipo y con su entorno social-familiar².

Estos servicios, dependiendo de la fase del ACV, pueden desarrollarse en entornos hospitalarios, en programas ingresados o ambulatorios, así como en entornos comunitarios²⁵, como es este caso. Es ampliamente recomendada por su capacidad de reorganización cerebral, minimizar el déficit funcional y mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares²⁷.

A pesar de todos los beneficios que produce la rehabilitación, en España nos encontramos con que las unidades de rehabilitación específicas para pacientes con ACV son escasas, ya que teniendo en cuenta el número actual de la población española, se estima que el número ideal de unidades de ictus en España rondaría las 90 y en la actualidad, la dotación no supera las 27 unidades⁶. Además, con frecuencia no se inicia de forma precoz ni con la intensidad adecuada. Y aunque los resultados obtenidos sean similares a otros países, los recursos dedicados a ello y el empleo de ayudas técnicas o de adaptaciones en domicilios son menores¹², lo que afecta a sus familiares y a la economía general de la sociedad y particular de la familia.

Debido a la alta mortalidad, morbilidad y gasto sanitario que dicha discapacidad supone al sistema sanitario, y sobre todo al impacto que tiene en la vida de los pacientes y sus familias, se propone diseñar un programa educativo centrado en el paciente y que a su vez implique a los cuidadores más cercanos. Mediante este programa lo que se quiere conseguir es dar a conocer diferentes ejercicios dinámicos y motivacionales, habilidades para mejorar el autocuidado y el afrontamiento de la enfermedad, obteniendo como resultado una mejor calidad de vida. También se tendrá en cuenta el impacto emocional que será trabajado mediante el apoyo psicosocial.

Para finalizar, es imprescindible resaltar el rol de la enfermera, ya que no solo apoya al paciente en los cambios experimentados en las actividades de la vida diaria; sino que también fomenta la implicación del propio paciente en la toma de decisiones y en la planificación de su rehabilitación² y autocuidado. Asimismo, no hay que olvidar su función de acompañamiento en el proceso de adaptación a la nueva situación.

Desde el punto de vista ético, este programa educativo respeta todos los aspectos de la bioética del cuidado, ya que respeta el principio de autonomía dejando a la persona decidir de manera voluntaria si quiere participar en el programa, exponiéndole los pros y contras de no formar parte de él.

También tiene en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia, no causando daño alguno a los participantes y explicando en todo momento los beneficios que pueden obtener poniéndolo en marcha, o por el contrario, los riesgos de no llevarlo a cabo. Y por último, la justicia está relacionada con la equidad, ya que se va a tratar a todos los participantes con los mismos recursos, sin distinción por edad, sexo y/o raza.

3. Objetivos del programa

Meta

Desarrollar las capacidades y habilidades de las personas que han sufrido un ictus para mejorar su calidad de vida.

Objetivo general

Al finalizar el programa de educación para la salud, las personas que han padecido un ictus y sus cuidadores habrán desarrollado capacidades para la detección precoz de síntomas, el manejo del autocuidado y el afrontamiento de la enfermedad.

Objetivos intermedios

Al finalizar el programa los usuarios y sus cuidadores habrán adquirido:

- Conocimiento: Conocimiento sobre la patología del ictus, las causas y la detección precoz de está.
- Habilidad: Habilidades necesarias para llevar a cabo su autocuidado.
- Actitud: Capacidades para poder afrontar de forma eficaz la enfermedad.

4. Metodología del programa educativo

Existen y han existido muchas formas de abordar la educación para la salud dependiendo de la forma de ver el mundo de los profesionales involucrados en dichos procesos, influenciados por los contextos socio-económicos-históricos y culturales en los que han vivido²⁸.

Este programa huye de los modelos utilizados en el que la educación para la salud se basa en la prescripción del "tratamiento educativo", donde proponen la información como única estrategia de aprendizaje y el usuario adquiere un papel pasivo y sumiso frente al papel experto del profesional²⁸.

Por el contrario, adoptará una perspectiva educativa centrada en la persona y fundamentada en la "Teoría Social del aprendizaje", en la cual se observa a la persona de forma holística²⁸, con diferentes dimensiones (física, psicológica y social) que se trabajarán entendiendo que todas están interrelacionadas²⁹, teniendo en cuenta no solo su enfermedad sino todo su entorno social, económico y emocional.

Esta teoría comprende que el aprendizaje debe ser un proceso dinámico y continuo de reciproca influencia entre la conducta del individuo y los factores personales y ambientales, el cual implica factores cognitivos, motivacionales y afectivos^{30,31}. Asimismo, debido al componente afectivo, el aspecto emocional tiene una gran relevancia en el aprendizaje, de tal manera que si la persona siente miedo, rabia o ansiedad, repercutirá negativamente en el aprendizaje. Por lo tanto, el estado de ánimo puede dificultar el aprendizaje, disminuyendo la atención ante la captación de información, y por consiguiente, la retención de esta se verá disminuida. Por ello, los profesionales tendrán que trabajar este aspecto a la hora de la educación, valorando el estado emocional y trabajando sobre él, para lograr un aprendizaje efectivo³⁰ adaptado a sus necesidades y circunstancias físicas, afectivo-actitudinales y sociales³² y permitiendo que la persona exprese sus sentimientos, miedos y emociones, ante las que se debe recibir apoyo y refuerzo positivo. La percepción de sentirse respetado, entendido y cuidado es esencial en la sensación de conexión y confianza que permiten que la motivación extrínseca se transforme en intrínseca³³.

El papel del educador será actuar de orientador, mediador y acompañante del proceso, estableciendo una relación empática. Es imprescindible establecer una relación de confianza donde los participantes se sientan cómodos y puedan compartir su experiencias dentro de un clima de respeto y aceptación, del tal forma que no se juzgará por sus actos y/o decisiones. A su vez, se intentará promover la participación haciendo que ellos sean los protagonistas de su propia educación, marcando objetivos realistas, adecuados a las características del grupo³².

Para trabajar sobre el aprendizaje, se tendrán en cuenta los conocimientos previos y lo que es necesario aprender. De esta forma, el conocimiento se irá construyendo en base a lo que las personas saben, permitiendo identificar las barreras de aprendizaje, lo que supone su situación actual tras el episodio de ictus, sus preocupaciones y expectativas³². Las necesidades

educativas se irán valorando constantemente para poder ir modificando los contenidos si es preciso. Además, la red de apoyo es muy importante para este tipo de personas, por lo que tendrán la posibilidad de acudir acompañados de familiares o amigos cercanos.

Se tendrá en cuenta que el aprendizaje es mucho más efectivo cuantos más canales sensoriales se utilicen y cuanta más participación exista por parte de la persona³². Por lo que se utilizará material audiovisual (videos, PowerPoint, pizarra rota-folios...) y se entregará material de apoyo para reforzar el conocimiento, ya que el objetivo de la enseñanza es ayudar a la persona a aprender, para que él o ella sea capaz de incorporar lo aprendido en su vida diaria y aplicarlo de una manera útil que le ayude a mejorar su calidad de vida. Respecto al lenguaje, será adecuado al grupo evitándose los tecnicismos, y se tendrán en cuenta la edad y nivel socio-cultural de los usuarios.

La percepción de autoeficacia es fundamental para que la toma de decisiones sea positiva. Ciertos factores pueden influir en la autoeficacia, como por ejemplo, las características personales y los estilos de afrontamiento que utilice la persona³².

Cuando lo que se pretende es que la persona adquiera habilidades, se trabajará en primer lugar en qué consiste la habilidad, para qué sirve y de qué forma le va a ayudar a mejorar su calidad de vida. Seguidamente se realizará la demostración todas las veces que sea necesario, hasta que la persona se sienta preparada y proceda a ensayarla. En ese momento, se llevará a cabo el papel de supervisión y refuerzo positivo, insistiendo en el proceso educativo en aquellos aspectos en los que se realicen las acciones de manera inadecuada hasta que la persona consiga realizarlo correctamente de forma independiente. Para la adquisición de estas nuevas habilidades se utilizarán materiales homologados y adecuados para ello³².

A lo largo de todas las sesiones se retomarán los aspectos trabajados viendo con qué se han quedado las personas y qué les ha supuesto, con dos fines, evaluar el desarrollo del programa e identificar las barreras que puedan haber originado para el desarrollo posterior del programa educativo³².

5. Definir la población y las estrategias de captación

5.1. Definir la población

El programa constará de un grupo entre 6-7 personas más sus respectivos acompañantes. Únicamente uno por participante, y a ser posible, el mismo para todas las sesiones con el fin de conseguir continuidad a lo largo del programa.

Se ha elegido un número de personas reducido porque se considera que es más adecuado para poder atender las dificultades que puedan surgir a cada uno de los participantes, de forma más individualizada. También favorece que exista un clima de confianza para que puedan expresar sus miedos e inquietudes delante del grupo.

Se deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión para obtener un grupo lo más homogéneo posible:

- Haber padecido un ictus en un periodo menor de 3 meses.
- Tener en la escala Barthel >60, es decir, dependencia moderada.
- Tener alguna dificultad motora.
- Personas mayores de 45 años, que previo al ACV eran autónomas para las ABVD y las AIVD, puesto que si antes del ictus eran dependientes, no vamos a obtener los resultados esperados.

Los criterios de exclusión son:

- Tener deterioro cognitivo y/o dificultades en la comunicación que les impida comprender o expresarse correctamente.

El programa se llevará a cabo en una sala del centro de fisioterapia de la calle Baiona, en el barrio Lakua. Este centro dispone de una sala amplia con diverso material para la realización de diferentes actividades, además de espejos en las paredes y barras para mejorar la deambulación y estabilización. También consta de varias camillas adaptadas para la realización de los ejercicios necesarios. Asimismo se contará con diversas herramientas de apoyo al aprendizaje: un ordenador, una pizarra blanca con rotuladores de varios colores y una pantalla grande.

Los/as participantes accederán por voluntad propia tras haber sido informados de los objetivos del programa. Para llevarlo a cabo, se contará con 2 enfermeras de atención primaria. El grupo se reunirá 1 o 2 veces por semana, aproximadamente 2 horas por sesión a lo largo de casi dos meses. El programa se realizará durante los meses de febrero y marzo.

5.2. Estrategia de difusión y captación de la población

La captación se realizará a través de las consultas de enfermería y medicina de los Centros de Salud de La Habana y Gazalbide/Txagorritxu. Para facilitar esta, se pedirá al equipo de enfermería de la planta de neurología que pongan en el informe de cuidados de enfermería el motivo de ingreso y los cambios al alta. De este modo, las enfermeras del Centro de Salud pueden saber si son aptos o no para participar en el programa.

Con anterioridad, se realizará una reunión de equipo en ambos centros de salud y se enviará un correo explicando en qué consiste el programa que tienen que ofertar a las personas que cumplan los criterios de inclusión. Cuando se realice la llamada telefónica al usuario al leer el informe de cuidados, se comunicará la opción de participar en el programa, y en caso de estar interesado se podrá obtener más información mediante una cita en consulta. Se les dará la información suficiente para tener la capacidad y autonomía de decidir si quieren acudir a las sesiones o no.

Además, se repartirán trípticos (anexo IV) y se colocarán carteles (anexo V) en ambos centros de salud y en los centros cívicos de los barrios correspondientes. También serán colgados en el hospital de Txagorritxu, en el área de neurología y en la entrada principal del hospital.

El programa se llevará a cabo durante los meses de febrero a marzo, por lo que el plazo de inscripción será un mes previo. El periodo comenzará el 8 de enero de 2017. A partir de ese día las personas interesadas en el programa, acudirán a la consulta de enfermería para comprobar que cumplen los criterios de inclusión. Una vez comprobado, se incluirán en una lista de espera hasta cumplir las plazas vacantes.

Si aceptan entrar en el programa registrarán los datos personales y de contacto (anexo VI), para poder participar en dicho programa, siguiendo la normativa de protección de datos.

6. Sesiones educativas

6.1. Esquema de las sesiones

SESIONES	TITULO DURACIÓN, FECHA Y HORA	DESARROLLO DE LAS SESIONES
1º	<p>¡BIENVENIDOS! CONOZCÁMONOS</p> <p>(1,30h) 8 de Febrero Miércoles a las 17.00h</p>	<p>A. Presentarse, relatando el motivo y expectativas del programa. Se escribirán los nombres en un papel colocándolo en un lugar visible.</p> <p>B. Explicar el desarrollo de las próximas sesiones y dejar opción de sugerir la incorporación de algún punto de interés.</p> <p>C. Conocimientos previos y aclarar conceptos básicos. Actividad 1. Lluvia de ideas en la pizarra. ¿Qué entienden por ictus? Actividad 2. ¿Mito o verdad? Se leerán todas las ideas para quedarse con las ideas correctas. Actividad 3. ¿En qué afecta mi enfermedad? En una pancarta, identificar los aspectos que están incidiendo negativamente a nivel personal como social. (Anexo VII)</p> <p>D. Se pondrá un buzón donde se podrán dejar de manera anónima preguntas, experiencias, miedos, sugerencias, etc. durante todas las sesiones. Se abrirá en la última sesión.</p> <p>E. Tarea: Realizar un "diario dietario" escribiendo las comidas que vayan realizando durante 3 días, para la tercera sesión (estilos de vida).</p>
2º	<p>¡APRENDE CONMIGO!</p> <p>(1,30h) 13 de Febrero Lunes a las 17.00h</p>	<p>A. Conociendo la enfermedad. (Anexo VIII)</p> <p>B. Reconocimiento de los signos de alarma Actividad 1. Conociendo las alarmas</p> <p>C. Adherencia al tratamiento.</p> <p>D. Cuestionario (Anexo IX) y entrega de "Guía de autocuidado" parte 1. (Anexo X)</p>

<p style="text-align: center; font-size: 24pt; font-weight: bold;">3^o</p>	<p style="text-align: center;">¡APRENDE A CUIDARTE! (2 horas) 15 de Febrero Miércoles a las 17.00h</p>	<p>A. Trabajar los estilos de vida saludables mediante un PowerPoint y la participación de los usuarios. Abordar la importancia del buen control de la tensión arterial y la alimentación, dando especial importancia a los lípidos (colesterol) y la sal.</p> <p>Actividad 1. ¿Es saludable? Se realizarán 3 subgrupos y se repartirán unos dibujos de comida. Consistirá en que digan si ese alimento es saludable o no, justificando la respuesta.</p> <p>Actividad 2. ¡Hora de comer! Cada grupo pensará un menú (desayuno, comida y cena) que cumpla las recomendaciones.</p> <p>De este modo se evaluará si han obtenido los conocimientos suficientes para realizar una dieta saludable.</p> <p>B. Actividad 3. Lluvia de ideas ¿Qué puedo hacer para prevenir otro ACV? Repaso de las sesiones anteriores para obtener los conceptos claves. Entregar la "guía de autocuidado" parte 2(Anexo XI).</p> <p>C. Tarea: realizar un nuevo "diario dietario" para valorar si se aplican los consejos.</p>
<p style="text-align: center; font-size: 24pt; font-weight: bold;">4^o</p>	<p style="text-align: center;">¡MIRANDO HACIA ADELANTE! (2 horas) 22 de Febrero Miércoles a las 17.00h</p>	<p>A. Actividad 1. En un papel tendrán que dibujar y/o escribir como se ven en estos momentos, qué ven que ha cambiado desde el ACV (con ayuda de los acompañantes).</p> <p>B. Cada uno tendrá su momento para contar su afrontamiento desde el diagnóstico, el proceso, progreso, los cambios, las limitaciones, etc., apoyándose en la pancarta (sesión 1).</p> <p>C. Abordar los sentimientos y/o miedos que desencadena el cambio de rol en la familia e interacción social, así como el aislamiento, ansiedad, frustración, etc.</p> <p>Actividad 2. Lluvia de ideas. ¿Qué síntomas aparecen cuando se presenta ansiedad?</p> <p>D. ¿Cómo combatir dichos sentimientos? Se explicarán los tipos de creencia (potenciadoras o limitadoras).</p> <p>Actividad 3. Mi nuevo objetivo. Reflexionar sobre un</p>

		<p>objetivo realista que se quiere obtener y se detectar las creencias limitadoras.</p> <p>Actividad 4. ¡Hacia una nueva mirada! Conseguir creencias potenciadoras para poner en marcha el cambio.</p> <p>E. Consejos y recomendaciones. La importancia de moverse y estar ocupado en pequeñas tareas, cuidar el aspecto para mejorar la autoestima, etc.</p> <p>F. Recordar traer ropa cómoda a la siguiente sesión.</p>
5º	<p>¡MUEVETE, MUEVEME! (1,30 horas) 27 de Febrero Lunes a las 17.00h</p>	<p>A. Trabajar las habilidades y capacidades para el autocuidado, empezando por la marcha y movilizaciones, con ayuda de unas imágenes en PowerPoint (Anexo XII), videos (Anexo XIII) y una pequeña explicación.</p> <p>Actividad 1. Muévete, muéveme. Tras la explicación de los cambios posturales, será el turno de ponerlo en marcha, corrigiendo los errores.</p> <p>Actividad 2. Tabla de ejercicios. Enseñar unos ejercicios para trabajar en casa durante los próximos meses (Anexo XIV). Se explicarán para su correcta realización y llevarán a cabo.</p> <p>B. Se tratará de enseñar a los participantes a manejarse con las barras/barandillas y andadores (en los que sea posible).</p> <p>C. Aclarar dudas y se entregará la "guía de autocuidado" parte 3(Anexo XV).</p>
6º	<p>¡PONTE EN MARCHA! (2 horas) 1 de Marzo Miércoles a las 17.00h</p>	<p>1. ¿Es correcta? (Anexo XVI)</p> <p>2. Trabajar el autocuidado en las ABVD (Anexo XVII y XVIII).</p> <p>3. Destreza de la movilidad fina (Anexo XIX)</p> <p>Actividad 1. Bola-loca.</p> <p>Actividad 2. Sé un lince</p> <p>Actividad 3. Diseña, crea y construye.</p> <p>Actividad 4. ¡Vamos a hilvanar!</p> <p>4. Entrega de la "guía de autocuidado" parte 4 (Anexo XX)</p>

70

**¡PUNTO Y A PARTE!
DESPEDIDA
(2 horas)**

8 de Marzo
Miércoles a las 18.00h

- A. Dividir el grupo: participantes y acompañantes.
- B. Participantes: Se abrirá el buzón anónimo (comprobar que se han tratado todos los aspectos importantes y afianzar conocimientos). Los participantes responderán las dudas, evaluando así si se han obtenido los objetivos de conocimiento.
Acompañantes: Expresarán sentimientos, miedos y preocupaciones. Abordar el rol cuidador, reforzando positivamente su trabajo.
Actividad 1. Escribir 3 sentimientos que les genera la situación que están pasando. Al final de la sesión, se repetirá para ver si han adquirido seguridad, fuerza y conocimiento.
- C. Comunicación. Promover la expresión de sentimientos, exponiendo las barreras de comunicación; se invitará a mejorar la comunicación para favorecer el bienestar.
Actividad 2. Probar entre ellos a decirse las cosas que sienten de la forma adecuada.
- D. Realizar un test con los conceptos claves. Encuesta de satisfacción y sugerencias para evaluar el programa.

6.1.1. SESIÓN 2: ¡APRENDE CONMIGO!

Objetivos:

- Identificar la diferencia entre ACV y AIT.
- Describir la enfermedad y sus causas.
- Analizar los factores de riesgo que influyen.
- Enumerar los signos de alarma.
- Comprometerse con la adherencia al tratamiento.

Estructura de la sesión:

Se les indicará a los participantes que se sienten formando una "U" para que puedan ver la pantalla. Antes de comenzar con el contenido se hará una ronda rápida de nombres para recordarlos. También se pedirá que expresen su opinión sobre la primera impresión del programa y la sesión anterior, cómo se han sentido, etc. (10')

✓ ¡HORA DE APRENDER! ¿Qué me ha pasado? (20-25')

Antes de comenzar, se recuperarán las actividades 1 y 2 realizadas en la sesión anterior. Con ayuda de estos ejercicios y un PowerPoint (Anexo VIII) se tratarán de afianzar los conceptos básicos de la enfermedad de un modo será más visual que facilite el seguimiento de la explicación. Se abordarán los siguientes apartados: definición, tipos, factores de riesgo y consecuencias. En cuanto al apartado de factores, serán nombrados los principales y se quedará pendiente para tratarlos en la próxima sesión con más detenimiento.

✓ ¡ALERTA ROJA! Detección de alarmas. (20')

Una vez expuestos los conocimientos, se enseñará a identificar los signos de alarma, ya que después del primer ictus hay un riesgo elevado de volver a experimentar uno nuevo, sobre todo en los tres siguientes meses⁵. Por lo tanto, cuanto antes se detecten los signos y acuda al servicio de urgencias, menores serán las secuelas.

Para abordar este tema se realizará mediante las experiencias de los participantes, es decir, irán explicando de manera voluntaria los signos y síntomas que percibieron en el momento del ictus. Los acompañantes también podrán aportar lo que percibieron en sus familiares. A medida que vayan describiendo los signos, la enfermera los irá recogiendo en una pizarra rotafolios. Una vez se hayan relatado todas las experiencias, se señalarán los signos de alarma para que queden claros.

✓ ¡TOCA COMPROMETERSE Y ORGANIZARSE! (20')

Se sentarán formando un círculo para crear un ambiente más íntimo y cercano. Antes de comenzar con la parte más teórica, se preguntará qué conocen del tratamiento, qué ha supuesto para ellos tener una medicación diaria y cómo se están adaptando a ello.

A continuación, se tratará la importancia de la adherencia al tratamiento dando consejos y recomendación, y el riesgo que supone su abandono. También se explicarán los cuidados a seguir con dicho tratamiento por los efectos adversos que puede tener, como el riesgo de sangrados. Se entregará un pastillero a cada participante con la finalidad de facilitarse el acceso a una mejor adherencia.

Antes de finalizar, se dará tiempo para aclarar dudas que hayan podido surgir y se pasará un cuestionario (Anexo IX) con algunas preguntas sobre lo tratado en la sesión para verificar que se han entendido los conceptos. Además se entregará material de apoyo para leer en casa y tener como información importante (Anexo X). A lo largo de las sesiones se seguirá entregando material de apoyo, para completar así la "**Guía de autocuidado tras un ACV**". (15')

Se recordará traer el "**diario dietario**" nombrado en la sesión anterior para el próximo día.

6.1.2. SESIÓN 6: ¡PONTE EN MARCHA!

Objetivos:

- Comprender el uso de las agarraderas para facilitar la movilización en el hogar
- Conocer recomendaciones/trucos para facilitar el autocuidado
- Detectar dificultades en las actividades sobre destreza manual
- Desarrollar la destreza manual

Desarrollo:

Antes de pasar a trabajar los siguientes apartados, se dejará un tiempo para aclarar dudas de las sesiones anteriores. También se preguntará por la realización de la tabla de ejercicios y las posibles dificultades que hayan surgido, en caso de haber alguna duda se resolverá y se pedirá a un par de voluntarios que salgan a realizar alguno de ellos para verificar que son realizados correctamente en sus hogares. (15')

A lo largo de esta sesión se trabajarán los aspectos más importantes para recuperar poco a poco la autonomía, ya que es lo que más angustia a las personas que han padecido un ACV.

✓ ¿ES CORRECTA? (30')

Para enlazar esta sesión con la anterior, se comenzará entregándoles una hoja con unas fotografías de diferentes posturas en las cuales aparecen personas con un lado afectado. Consistirá en decir si la postura en la que se encuentran es correcta o no, justificando la respuesta (Anexo XVI). En caso de ser incorrecta, saldrá una pareja a demostrar cuál sería la postura adecuada, y de este modo, se recordarán los cambios posturales.

✓ ¡MANOS A LA OBRA! (30')

Tras ello, se trabajarán las diferentes actividades de la vida diaria que pueden estar alteradas (higiene, baño, alimentación y vestido). Para lo cual, se utilizará un PowerPoint con explicaciones e imágenes (Anexo XVII). También se llevarán instrumentos para mostrar su utilización y se pondrán videos a modo de demostración (anexo XVIII).

Después de trabajar las AVD, se abordará la destreza de la motilidad fina, ya que es otro aspecto que se ve afectado después de ACV y supone más dificultades a la hora de realizar las tareas. Primero, se explicarán tareas y ejercicios que pueden realizar para mejorarla y tras la explicación, se dividirán en dos grupos (uno con cada enfermera). Habrá dos "puestos" en la misma sala, en los cuales se trabajarán dos actividades por cada uno de ellos, pasando por

todas las actividades (según su capacidad). También se enseñarán otras para poder trabajar desde casa, aumentando su dificultad a medida que mejoren. (45')

- **Actividad 1. BOLA-LOCA.** Ejercicio de coordinación, donde el grupo se pondrá en un círculo y se irá pasando una pelota blanda de tamaño medio de uno a otro. Al mismo tiempo se irán diciendo palabras de diferentes grupos familiares. Por ejemplo: colores, material escolar, deportes,....

De este modo también se ejercitará a nivel cognitivo, que es otro aspecto que suele quedar afectado.

- **Actividad 2. SÉ UN LINCE.** Se pondrá un montón de pequeñas fichas de diferentes colores a cada participante, y tendrán que ir ordenando en pequeños montones los diferentes colores.

Para trabajar en casa se puede realizar el mismo ejercicio utilizando lentejas y garbanzos; y si la motilidad fina es mejor, en vez de garbanzos, se pueden poner granos de arroz para dificultar el trabajo.

- **Actividad 3. DISEÑA, CREA Y CONSTRUYE.** Mediante el juego de construcción de madera el objetivo será construir la torre más alta posible hasta que se acaben las piezas o estas se caigan. También se puede realizar al revés, montar la torre (si es necesario con ayuda) e ir quitando piezas del medio por turnos hasta que la torre se caiga.

Para las personas con mayor dificultad en la movilidad fina, se dispondrá de cubos de diferentes tamaños, con el mismo objetivo.

- **Actividad 4. ¡VAMOS A HILVANAR!** Consistirá en pasar un hilo por unos agujeros de gran tamaño, simulando que cosen. A medida que se desarrolla la destreza, se podrán ir disminuyendo los agujeros dificultando la tarea.

Al final de la sesión, se pedirá a los participantes que expresen cómo se han sentido realizando las actividades, cómo se ven para realizarlas en casa y qué dificultades encuentran en la realización. Se entregará material de apoyo con los ejercicios explicados, acompañados de fotografías para comprenderlo adecuadamente (Anexo XIX). Junto con esta hoja también se entregará la última parte de la "guía de autocuidado" (Anexo XX) y se les mostrará un blog de "Daño Cerebral" en el cual cuelgan videos para mejorar el autocuidado con recomendaciones y trucos para facilitar su realización.

7. Recursos materiales y económicos

RECURSOS HUMANOS					
Profesional	Horas de impartición del programa	Horas de elaboración y preparación del programa	Horas totales	Salario (€/h)	Importe
2 Enfermeras	13h 30min	16h 30min	30h		

Material	Coste de la unidad	Cantidad	Coste total
MATERIAL FUNGIBLE			
Pastilleros		7	
Rotuladores de pizarra + borrador		1	
Eddings de colores (pizarra rota-folios)		4	
Folios A4 (paquete 500)		1	
Bolígrafos		20	
Papel pancarta blanco		1	
Caja de cartón pequeña		1	
Fotocopias	Sesión 1	Material de apoyo x8 Cuestionario x16 - - Tabla de ejercicios x8 Guía autocuidado x8 Test final + evaluación x16	
	Sesión 2		
	Sesión 3		
	Sesión 4		
	Sesión 5		
	Sesión 6		
	Sesión 7		
EQUIPAMIENTO			
Mesa		6	
Silla		16	
Pizarra		1	
Pizarra rota-folios		1	
Ordenador con acceso a internet		1	
Cañón de proyección		1	
Pantalla		1	
Camillas		7	
Andador		7	
Balón mediano blando		1	
Dibujos de alimentos (fichas)		1	
Juego: Fichas pequeñas de colores		1	
Juego construcción madera		2	
Juego construcción plástico		2	
Juego costura		3	

8. Evaluación del programa

La evaluación planteada para este programa será formativa y sumativa, y tanto de proceso como de resultado, lo que permite observar la respuesta de dicho programa.

La evaluación formativa ayudará a identificar las áreas que hace falta modificar, reestructurar y/o cambiar para responder de forma adecuada las necesidades de los participantes. Se realizará a lo largo de las sesiones mediante preguntas abiertas para evaluar el proceso y comprobar el desarrollo de las capacidades y habilidades, así como los puntos débiles necesarios de reforzar. En cambio, para evaluar el resultado, se llevarán a cabo actividades en las cuales demostrarán haber adquirido los conocimientos y habilidades, que serán evaluadas mediante simulaciones: como la realización de la tabla de ejercicios, los cambios posturales o la realización de un menú con las recomendaciones obtenidas. También se realizará un test sobre la teoría trabajada para afianzar los conocimientos y detectar si es preciso modificar la metodología.

En cuanto a la evaluación sumativa, se realizará al final del programa, en la última sesión, y será clave para identificar la necesidad de cambios en programas posteriores. Además, será útil para valorar su efectividad observando las modificaciones y progresos de los participantes en cuanto a conocimiento y su puesta en marcha en el hogar, así como a nivel de afrontamiento. Con ello, se sabrá si se han logrado los objetivos propuestos para el programa. Asimismo, se pasará un cuestionario (Anexo XXI) a cada participante donde podrán reflejar la satisfacción³⁴ en cuanto a las actividades realizadas como sobre el programa en general (tiempo, aspectos trabajados, metodología, educador, aula, material utilizado...).

Además, para evaluar el beneficio que ha producido la acción formativa³⁵, pasado un mes de la última sesión se realizará una llamada telefónica a cada participante para valorar el cambio desde el inicio del programa y las acciones y recomendaciones que han puesto en marcha, así como el motivo por el cual han decidido dejar de lado otros recursos. Esto servirá para realizar las modificaciones necesarias para los próximos programas.

Por último, señalar que será el propio educador el responsable de evaluar el cumplimiento de los objetivos del programa mediante la observación directa de los participantes (actitud, comentarios, expresiones...) como por los cuestionarios y actividades realizadas. Será una evaluación continua, en la cual analizará y modificará la metodología necesaria para alcanzar los objetivos de acuerdo a las necesidades del grupo.

9. Bibliografía

1. Fundació Ictus. [Online]. [citado en septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.fundacioictus.com/es/inici/>.
2. Tejedor Benítez A. El rol de la enfermera comunitaria especializada en rehabilitación tras el ictus. *Enfermería Clínica*. 2014; 24(6): 358-360.
3. Wohlin A, Aström K, Löfgren M. On parallel tracks: newly home from hospital- people with stroke describe their expectations. *Disability and Rehabilitation*. 2012; 34(14): 1218-1224.
4. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. GEECV. [Online].; 2012 [citado en septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/90>.
5. Federación Española de Ictus. FEI. [Online]. [citado en septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/>.
6. Discapnet. [Online].; 2012 [citado en octubre 2015]. Disponible en: http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/educacion/manejo_enfermedad/Paginas/Ictus.aspx.
7. Soriano Guillén AP, Coarasa Lirón de Robles A, Reigada Pérez de Santa Cruz P, Solano Bernad V. Empleo de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) para cuantificar y medir las consecuencias de un ictus. Relación con variables demográficas y clínicas. *Rehabilitación*. 2013; 47(4): 213-222.
8. Ortega Barrio MÁ, Herce Martínez MB, Valiñas Sieiro F, Mariscal Pérez N, López Cunquero MÁ, Cubo Delgado E. Estudio del impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. *Enfermería Clínica*. 2013; 23(5): 182-188.
9. Mar J, Álvarez Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MÁ, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*. 2013; 28(6): 332-339.
10. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. [Online].; 2013 [citado en noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>.
11. Valero Freige B. Plan de cuidados: enfermedad cerebrovascular. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2012; 4(1): 675-716.
12. Murie-Fernández M, Irimia P, John Meyer M, Martínez-Vila E, Teasel R. Neurorrehabilitación tras el ictus. *Neurología*. 2010 Febrero; 25(3): 189-196.
13. Madruga Galán F, Ricote Belinchón M, Villegas Pablos M. Guía de buena práctica clínica en Ictus. Ministerio de sanidad y consumo. p. 11-20
14. Pinedo S, Zaldibar B, Sanmartin V, Tejada P, Erazo P, Miranda M, et al. Atención subaguda al paciente con ictus. Satisfacción y resultados. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014 enero; 29(3): 150-157.
15. López-Espuela F, González Gil T, Jiménez Gracia MA, Bravo Fernández S, Amarilla Donoso J. Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes en el ictus. *Enfermería Clínica*. 2015; 25(2): 49-56.
16. Aguirrezabal A, Duarte E, Marco E, Rueda N, Cervantes C, Escalada F. Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus. *Revista de Calidad Asistencial*. 2010; 25(2): 90-96.
17. Moros JS, Ballero F, Jáuregui S, Carroza MP. Rehabilitación en el ictus. 2000; 23 (3): 173-180

18. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular diseases*. 2009; 27.: 204-214.
19. Kitzmüller G, Häggström T, Asplund K. Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Med Health Care and Philos*. 2013;16.: 19-29.
20. Visser MM, Aben L, Heijnenbrok-Kal MH, Busschbach JJV, Ribbers GM. The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *Foundation of rehabilitation information*. 2014; 46.: 514-519.
21. Wei C, Zhang F, Chen L, Ma X, Zhang N, Hao J. Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles. *J. Neurol*. 2016; 236.: 269-276.
22. Rodríguez Rodríguez MJ. Convivir con un ictus. *INQUIETUDES*. 2008 Diciembre; (39): 23-27.
23. García Moriche N, Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Parra Cordero S, Fernández De Pablos A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. *Enfermería clínica*. 2010; 20(2): 80-87.
24. Kuluski K, Dow C, Locock L, Lyons RF, Lasserson D. Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age.. *International Journal of qualitative studies on Health and Well-being*. 2014 Enero. 9.
25. Gangoiti L, Villafruela M. Instauración de la rehabilitación más apropiada después de un ictus. Initiation of the most appropriate post-stroke rehabilitation. *Avances en Diabetología*. 2010; (26): 414-418.
26. Belda Lois J, Arcas Ruano J, Mena del Horno S, Ferreras Remesal A, Laparra Hernández J, Sancho Mollá M, et al. Rehabilitación en casa tras el ictus. *Biomecánica*. 2008-2011. 57-59.
27. Vega López A. Rehabilitación eficiente del ictus valorando ahora en discapacidad. *Rehabilitación (Madrid)*. 2015.
28. Lubkin IM, Larsen PD. *Chronic illness: Impact and interventions*. 7th ed. Sudbury: Jones & Bartlett publishers; 2009. Citado en: De Lorenzo Urien E. Principios de aprendizaje en los que se va a sustentar el programa educativo. Vitoria-Gasteiz. Asignatura Enfermería Comunitaria del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Curso 2015-2016; 1-4.
29. Sánchez A, Ramos E, Sánchez V, Marset P. Estructuras de racionalidad en educación para la salud: fundamentos y sistematización. *Rev San Hig Púb*. 1995; 69(1): 5-15. Citado en: Rojo Tricio I. Sorbos de salud. Beneficios de la lactancia materna en los hijos y madres adolescentes. Vitoria-Gasteiz. Trabajo fin de grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Curso 2013-2014; 9.
30. Glanz K, Rimer BK, Viswanath. K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Josey Bass; 2008. Citado en: De Lorenzo Urien E. Principios de aprendizaje en los que se va a sustentar el programa educativo. Vitoria- Gasteiz. Asignatura Enfermería Comunitaria del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Curso 2015-2016; 1-4.
31. Sánchez A, Ramos E, Marset P. Paradigmas y modelos en Educación para la Salud. In: Mazarrasa L, Germán C, Sánchez AM, Sánchez A, Aparicio V, editors. *Biblioteca de Enfermería Profesional. Salud Pública y Enfermería Comunitaria I* Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2003. Citado en: De Lorenzo Urien E. Principios de aprendizaje en los que se va a sustentar el programa educativo. Vitoria-Gasteiz. Asignatura Enfermería Comunitaria del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Curso 2014-2015; 1-4.
32. De Lorenzo Urien E. Principios de aprendizaje en los que se va a sustentar el programa educativo. Vitoria-Gasteiz. Asignatura Enfermería Comunitaria del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Curso 2015-2016; 1-4.

33. Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams GC. Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist* 2008; 10:2-5.
34. Herrera Mechén MM. Guía de evaluación de actividades formativas. Instituto Andaluz de Administración Pública. Octubre 2012.
35. Jiménez ML, Barchino R. Evaluación e implantación de un modelo de evaluación de acciones formativas. Universidad de Alcalá, Departamento de Ciencias de la Computación, Alcalá de Henares.

10. Anexos

10.1. Anexo I: Búsqueda exhaustiva

TABLA 1. Objetivo. Afrontamiento y adaptación de los pacientes tras la enfermedad del ictus a las AVD.

Palabra	Sinónimo	Sinónimos ingles	Antónimo	Antónimo ingles	Palabra clave o tesoro
Ictus	ACV Derrame cerebral Apoplejía Infarto cerebral	Cerebrovascular accident Stroke Brain damage Apoplexy	-	.	Stroke (Medline, cochrane plus) Cerebrovascular accident (psycINFO)
Adaptación	Aclimatación, acomodación, adecuación,	Adaptation Adjustment, habituation	-	-	Adaptation (biological, psychological) (Medline) Adaptation (psycINFO)
Afrontamiento	-	Coping	-	-	Psychological adaptation (Medline) Emotional adjustment Coping behavior (PsycINFO)
Autocuidado	Independencia Autonomía	Selfcare			Activities of daily living (medline) Selfcare (medline)

10.2. Anexo II: Tabla de búsqueda y resultados

TABLA 2. Objetivo. Afrontamiento y adaptación de los pacientes tras la enfermedad del ictus a las AVD.

Base de datos consultada	Ecuación de búsqueda	Nº de resultados obtenidos	Observaciones	Artículos seleccionados
MEDLINE 1	Stroke AND [Adaptation, Biological OR adaptation, psychological]	174	Búsqueda muy extensa, voy a limitar por año e idioma para reducir los resultados. También por resumen. Puede que adaptation biological no se adapte a mi búsqueda, ya que hay muchos artículos no relacionados con mi objetivo.	-
MEDLINE2	Stroke AND [Adaptation, psychological] <i>limit to (abstracts and yr="2005 -Current" and (english or spanish))</i>	120	Cantidad de artículos amplia, sigue habiendo variedad de temas no relacionados con el objetivo de búsqueda, pero mejoran los resultados.	-
MEDLINE 3	Stroke AND Adaptation, psychological AND [activities of daily living OR self care]	8	Búsqueda muy efectiva, relacionados con el objetivo. Pero elimina muchos artículos que pueden ser útiles. Volver a la anterior y centrar más.	3
MEDLINE 4	Stroke AND Adaptation, psychological <i>limit to (abstracts and yr="2010 -Current" and (english or spanish))</i>	65	Ya que hay muchos artículos con una búsqueda desde 2005, y ha habido muchos avances en los últimos años, he decidido limitar la búsqueda por años.	VALIDA 17
CUIDEN	[Afrontamiento OR adaptación] AND ictus	2	Resultados muy escasos, pero útiles. Relacionado con la calidad de vida.	VÁLIDA 1
PsycInfo 1	Cerebrovascular accidents AND [adaptation OR coping behavior OR emotional adjustment]	71	Búsqueda extensa, limitar por año, resumen e idioma para reducir los resultados.	

PsycInfo 2	Cerebrovascular accidents AND [adaptation OR coping behavior OR emotional adjustment] (abstracts and (english or spanish) and yr="2010 -Current")	30	Búsqueda manejable, aunque hay muchos artículos que desde el título se observa que no tienen relación con el objetivo. Si se limita más la búsqueda hay solo un resultado, por lo que es preferible esta.	VÁLIDA	7
CINHAL 1	Cerebrovascular accident AND [adaptation OR coping]	11	Limitar por fecha, para evitar artículos muy antiguos	-	
CINHAL 2	Cerebrovascular accident AND [adaptation OR coping] Limit 2004-2014	8	Resultados manejables y alguno bastante relacionado con la búsqueda (aunque de muestra escasa).	VÁLIDA	2
COCHRANE 1	Stroke AND [coping behavior or adaptation psychological]	32 castellano 47 ingles	Muchos artículos están dirigidos a los cuidadores en vez del propio paciente y son programas de rehabilitación.	VÁLIDA	1
FISTERRA	Guías clínicas > neurología > ictus en fase aguda	1	Solo hay una guía sobre el ACV en la fase aguda. Trata sobre el manejo, no relacionada con mi búsqueda.	-	
SCIENCE DIRECT 1	Stroke (all fields) AND Adaptation psychological (all fields) Limit to 2010-present	1273	Búsqueda muy extensa. Mucha variedad de temas.		
SCIENCE DIRECT 2	Journals: Stroke (all fields) AND Adaptation psychological (all fields) Review article, Limit to 2010-present	254	Buena búsqueda. Hay artículos que dan respuesta a mi objetivo.	VÁLIDA	4

CLINICAL NEUROLOGY AND SURGERY	Adaptation psychological AND stroke	80	Buena búsqueda.	VÁLIDA	7
SPRINGER	SPRINGER >Journal of neurology	86	Buena revista, cantidad manejable.	VÁLIDA	1

DIAGRAMA DE FLUJO

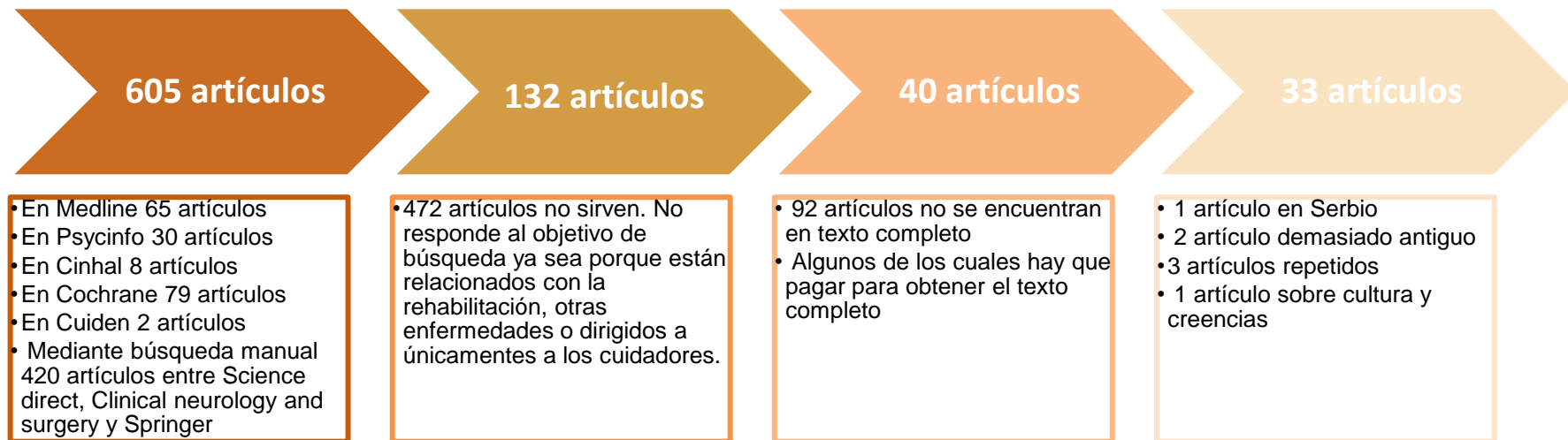


TABLA 3. Artículos seleccionados y leídos para la búsqueda exhaustiva

Titulo y referencia	Objetivo	Diseño / Metodología	Muestra	Resultados
<p>Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico (CUIDEN)</p> <p>García Moriche N, Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Parra Cordero S, Fernández De Pablos A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. Enfermería clínica. 2010; 20(2): 80-87.</p>	<p>Explorar la percepción de calidad de vida de los pacientes afectados por el primer episodio de ictus. Profundizar en la vivencia en relación con su discapacidad, examinar las estrategias de afrontamiento utilizadas y la percepción sobre los cuidados recibidos.</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico.</p> <p>Se recoge información mediante entrevistas semiestructuradas en una sala de reuniones del hospital o en el domicilio.</p>	<p>20 participantes: 10 hombres y 10 mujeres</p> <p>C. de inclusión: tener una evolución entre 10-14 meses de cuadro.</p> <p>C. de exclusión: problemas de afasia, alteraciones de las funciones cognitivas superiores, patología mental y desconocimiento del idioma.</p>	<p>Los pacientes pasan por varias fases: una inicial que cursa con un gran impacto emocional; una fase intermedia o de adaptación al entorno; y una final o de consolidación que consiste en la concienciación y aceptación de la nueva situación (no llegan todos).</p> <p>Algunas de las estrategias más frecuentes son el autocuidado, manejo de la información, aislamiento, la rutina y las creencias.</p> <p>El aislamiento aparece como estrategia de afrontamiento donde la persona tiene la necesidad de buscar un tiempo propio para asimilar el hecho y, por otro, como reflejo de incomunicación ante los cuidadores.</p> <p>Las creencias contribuyen en la forma de pensar, sentir, vivir, entender, experimentar y enfrentarse al fenómeno sociocultural de enfermar.</p>
<p>The lived experience of older adults' occupational adaptation following a stroke (PSYCINFO)</p> <p>Williams S, Murray C. The lived experience of older adult' occupational adaptation following a stroke. Australian Occupational Therapy Journal. 2013;(60): 39-47.</p>	<p>Obtener una comprensión más profunda de la experiencia de la adaptación ocupacional para las personas que viven en la comunidad después de un ictus.</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico.</p> <p>Se recopilaron los datos con entrevistas semiestructuradas en los hogares de los participantes</p>	<p>5 participantes, 3 hombres y 2 mujeres de 68-78 años.</p> <p>C. inclusión: el ACV ocurre hace al menos un año, con experiencia de discapacidad residual y tener capacidad de comprender las preguntas y reflexionar</p> <p>C. exclusión: comunicación grave.</p>	<p>1. <u>Shock para el sistema.</u> Encontraron difícil aceptar una discapacidad a largo plazo y el impacto que tenía en su capacidad para realizar las AVD. Reducción del contacto social y los sentimientos de frustración, por las limitaciones en el número de ocupaciones disponibles para estas personas.</p> <p>2. <u>Toda su vida cambia.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprensión y miedo • Solución de problemas. Trataron nuevas formas de hacer las cosas, equipos de asistencia, aceptando modificaciones en su entorno y ayuda de otros. Amigos y familiares se convirtieron en una parte importante de la vida diaria para proporcionar apoyo físico y emocional.

				<ul style="list-style-type: none"> • Estirar las limitaciones. El establecimiento de objetivos y hacer logros, por pequeños que sean, refuerzan el sentimiento de esperanza. <p>3. <u>Solo hay que seguir adelante y hacer lo mejor.</u> Sentimientos de desesperanza por las opciones laborales tan limitadas. La resistencia, motivación y esfuerzo son las cualidades necesarias para la adaptación. Se utilizan las estrategias: humor, tacto humano, expresar la ira y el diálogo interno</p>
<p>Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke (MEDLINE/ Clinical neurology and neurosurgery)</p> <p>Kitzmüller G, Häggström T, Asplun K. Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. Med Health Care and Philos. 2013;16.: 19-29.</p>	<p>Iluminar la significación del largo plazo en la influencia de los cambios corporales en la percepción de sí mismo después del ACV.</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico y hermenéutico.</p> <p>Entrevistas en los domicilios de los participantes (excepto dos personas), de manera individual (excepto a 6, que no quisieron realizarla por sí solos)</p>	<p>23 participantes (9 mujeres y 14 hombres) entre 32 y 68 años. C. de inclusión: mínimos 3 años después del ACV incapacitante, mayor de 16 años, que vivan en el hogar y tengan la capacidad cognitiva para dar su consentimiento.</p>	<p>La depresión ocurre en el 40% de las personas con ACV e influye en los resultados funcionales y de la vida social.</p> <p>La necesidad de descansar inmediatamente después de las actividades hace imposible trabajar para la mayoría. Perder el empleo también significó la pérdida de importantes redes sociales y de pertenencia, así como la pérdida de ingresos contribuyó a sentimientos de inutilidad, baja autoestima e inseguridad.</p> <p>El cambio de roles dentro de la familia era una fuente de desesperación. No poder continuar con las actividades agradables también da lugar a una pérdida de redes sociales; perder la licencia de conducir tiene un gran impacto en el autoestima de los hombres.</p> <p>A diferencia de las mujeres, los hombres no hablan de su cambio de aspecto después del ACV.</p> <p>Al ser incapaz de realizar las AVD (cortar los alimentos, ir al baño o lavarse) les hizo sentir inútil y una carga para los demás.</p>

Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke. (MEDLINE, PSYCINFO)

Pallesen H. Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke. Disability and Rehabilitation. 2014; 36(3): 232-241.

Identificar cómo las personas se ven a sí mismos, perciben cualquier discapacidad asociada y la forma en que maneja sus vidas como resultado del ACV desde una perspectiva a largo plazo.

Estudio cualitativo fenomenológico, mediante entrevistas semiestructuradas en sus hogares.

15 participantes (10 hombres y 5 mujeres), mayores de 40 años.

Se envió un cuestionario a 101 personas, de las cuales solo el 33% respondió aceptando su participación en el estudio.

Después de los 5 años...

11 habían quedado con discapacidades significativas y habían pasado por crisis existenciales y emocionales severas.

14 describieron que a pesar de que ellos se consideraban la misma persona que eran antes, al mismo tiempo, se veían a sí mismos de una manera diferente y dijeron que sus vidas habían cambiado notablemente.

Algunos llevan una vida más inactivos en el hogar, por la pérdida de fuerza en el cuerpo.

En cuanto al aspecto emocional todos coinciden en la preocupación y la ansiedad acerca de un declive o que los nuevos problemas/enfermedades podrían surgir presentan una amenaza que se convierte para sí mismos en un obstáculo para el desarrollo de sus vidas, ya que se sienten más vulnerables. Además, en las situaciones que pueden experimentar como incómodas o con las que se imaginan que no serán capaces de hacer frente tienden a evitarlas. Aún así, también describen confianza y aceptación de los cambios que iban surgiendo. Es imprescindible una actitud positiva para afrontar las limitaciones y aprender nuevas habilidades.

Muchos carecen de fuerza y energía, y ante ese cansancio y resignación, optan por limitar sus actividades y su participación, volviéndose así más pasivos. Esto puede suponer un riesgo que conlleve al aislamiento y depresión.

Las relaciones con las personas más cercanas a ellos se rompieron y los contactos sociales disminuyeron durante los 5 años después del ACV, tienen muchos menos amigos y conocidos que antes. Solo 1 de 15 ha podido seguir trabajando, en un trabajo con menor exigencia. Además la vida en pareja ha cambiado, la intimidad no es lo que era en casi todos los participantes y dependen de su pareja, necesitando su ayuda y apoyo.

<p>Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experiences and views of community-dwelling stroke survivors (MEDLINE)</p> <p>Woodman P, Riazi A, Pereira C, Jones F. Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experinces and views of community-dwelling stroke survivors. <i>Disability and Rehabilitation</i>. 2014; 36(24): 2031-2043.</p>	<p>Identificar, evaluar y sintetizar la investigación sobre las opiniones de los sobrevivientes de ACV de sus experiencias de participación social después del ACV.</p>	<p>Meta-análisis</p>	<p>10 bases de datos</p> <p>C. de inclusión: estudios cualitativos cuyos participantes eran adultos, que viven en su hogar y son sobrevivientes de ACV en el Reino Unido.</p> <p>C. de exclusión: estudios cuantitativos-</p>	<p>Cambios percibidos en la independencia y autonomía (incapaces de llevar a cabo actividades y roles significativos, pérdida de capacidad para conducir y dificultad para el uso de transporte público), su vida social (socialmente aislados, pasan muchas horas solos y excluidos de las interacciones sociales, aumenta la ansiedad; limitaciones financieras) y sus relaciones después de ACV.</p> <p>Se adaptaron al nuevo estilo de vida, reconociendo y aceptando sus problemas relacionados con el ACV; reevaluar su situación considerando sus opciones y tomando decisiones personales acerca de lo que querían tras el ACV.</p> <p>Para construir un sentido de confianza y superar los problemas es esencial tener un comportamiento: perseverante (con coraje), determinante, resistente y no tener miedo de hacer frente a los problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cambio y la interrupción • Percibida magnitud de las barreras individuales • Búsqueda de opciones personales • Construcción de la confianza individual • Evaluación de significado personal
---	---	----------------------	---	---

<p>On parallel tracks: newly home from hospital- people with stroke describe their expectations (MEDLINE)</p> <p>Wohlin A, Aström K, Löfgren M. On parallel tracks: newly home from hospital- people with stroke describe their expectations. Disability and Rehabilitation. 2012; 34(14): 1218-1224.</p>	<p>Investigar cómo los sobrevivientes del ACV describen sus expectativas en relación con el aspecto que tendría la vida cuando vuelva a casa; cómo estas expectativas se cumplieron al alta de la clínica de rehabilitación y durante sus 3 primeros meses en sus casa</p>	<p>Estudio cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas</p>	<p>5 participantes (dos hombres y tres mujeres) con una edad media de 58 años (entre 44 y 70 años). C. de inclusión: capaz de transmitir la experiencia y el interés en la participación C. de exclusión: afasia grave y demencia</p>	<p>Entrevista 1 (1-7días): Declaran los miedos, esperanzas y expectativas para su regreso a casa. Temor a ser físicamente inactivos, dependientes y ser una carga. Anhelan la autonomía. Es importante: la terquedad, el espíritu de lucha y estar orientado a los objetivos (realistas); no perder la esperanza.</p> <p>E2 (2-4semanas): Es difícil aceptar el cambio de vida, aunque todavía se mantiene la esperanza y la expectativa de que la vida será como lo había sido antes. Temor por no recuperar por completo o sufrir uno nuevo. Se sintieron obligados a adaptarse a la vida con deficiencias físicas y cognitivas, la fatiga y la capacidad de otras personas para ayudar. Tristeza y sensación de ser un extraño causado por tener que renunciar a lo que solían ser y hacer, pérdida de la propia identidad, como del trabajo y las actividades domésticas y de ocio.</p> <p>E3 (3-4meses): Empiezan a tener una adaptación a la situación de la nueva vida, pero al mismo tiempo tenían la esperanza de que la recuperación progresase para recuperar viejos hábitos y rutinas. Mantienen la preocupación de sufrir un nuevo ACV. La dependencia de la supervisión provoca sentimientos de culpa, frustración e impotencia. La voluntad de recuperar la independencia se mantiene firme, el deseo de sentirse útil y no ser una carga para nadie.</p>
--	--	---	---	--

10.3. Anexo III: Tabla objetivos específicos

SESIONES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
1 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar respeto y confianza entre los participantes • Definir el ictus • Detectar las dificultades para llevar a cabo el autocuidado
2 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la diferencia entre ACV y AIT • Describir la enfermedad y sus causas • Analizar los factores de riesgo que influyen en el ictus • Enumerar los signos de alarma del ictus • Comprometerse con la adherencia al tratamiento
3 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar conocimiento sobre los estilos de vida saludables • Detectar los hábitos alimentarios erróneos que tienen a la hora de comer • Conocer los principios básicos de una alimentación saludable
4 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Describir los sentimientos y/o miedos relacionados con el proceso del ictus • Compartir experiencias del proceso del ictus • Reforzar creencias potenciadoras vinculadas a un propósito o meta • Identificar los síntomas de ansiedad y/o tristeza • Conocer estrategias para afrontar la ansiedad y/o depresión
5 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar correctamente los cambios posturales y ejercicios • Mantener una mecánica corporal correcta durante la realización de los cambios posturales (los cuidadores) • Detectar las dificultades en las movilizaciones • Comprender la necesidad de la realización de los ejercicios y su beneficio.
6 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el uso de las agarraderas para facilitar la movilización en el hogar • Conocer recomendaciones/trucos para facilitar el autocuidado • Detectar dificultades en las actividades sobre destreza manual • Desarrollar la destreza manual
7 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir experiencias entre los acompañantes • Expresar sentimientos/miedos entre los acompañantes • Identificar las barreras de comunicación • Conocer habilidades para mejorar la comunicación • Conocer los recursos sociales al alcance de las personas con dificultades en las necesidades de autocuidado

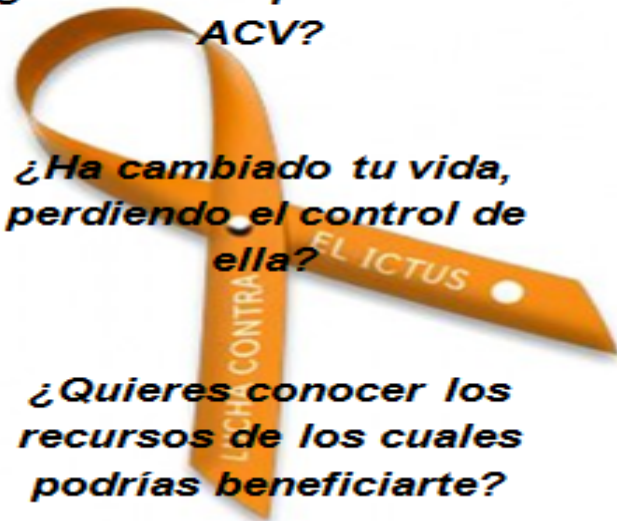
10.4. Anexo IV: Tríptico

¿Acabas de padecer un ACV?

¿Ha cambiado tu vida, perdiendo el control de ella?

¿Quieres conocer los recursos de los cuales podrías beneficiarte?

**¡ESTE ES TU PROGRAMA!
TE ESTAMOS ESPERANDO**



¿Cómo apuntarme al programa?

Si perteneces al centro de salud de La Habana y Gazalbide, pide cita con tu enfermera o médico responsable.

¿Cómo contactar con los responsables?

- ✓ Llama al 614758239
- ✓ Envía un e-mail a ourcelay01@email.es



Lugar de realización.

Centro de Fisioterapia Fisun

Baiona Kalea, 40, 01010

Vitoria-Gasteiz, Araba



Febrero 2017

**¡PONTE EN
MARCHA Y
RECUPERA EL
CONTROL!**

*Programa de educación
para la salud:
Promoción del autocuidado
tras el ictus para personas
con limitaciones motoras*

OBJETIVOS

Meta. Desarrollar las capacidades y habilidades de las personas que han sufrido un ictus para mejorar su calidad de vida.

Objetivo. Al finalizar el programa de educación para la salud, las personas que han padecido un ictus y sus cuidadores habrán desarrollado capacidades para el manejo del autocuidado y el afrontamiento de la enfermedad.

Sesión 1. ¡Bienvenidos! Conozcámonos.

- ✓ Datos claves
- ✓ ¿En qué me afecta mi enfermedad?

Sesión 2. ¡Aprende conmigo!

- ✓ ¿Qué me ha pasado?
- ✓ Mi nuevo tratamiento

Sesión 3. ¡Aprende a cuidarte!

- ✓ ¿Y ahora qué?
Como prevenir un nuevo ACV



Sesión 4. ¡Mirando hacia delante!

- ✓ No estás solo, ¿qué te da miedo?

Sesión 5. ¡Muévete, muéveme!

- ✓ Cómo moverme
- ✓ Ejercicios

Sesión 6. ¡Ponte en marcha!

- ✓ Recupera el control de las actividades de la vida diaria.

Sesión 7. Punto y aparte. Despedida.

- ✓ Comienza la nueva vida

10.5. Anexo V: Cartel



¡PONTE EN MARCHA Y RECUPERA EL CONTROL!

¡INFORMATE
En tu centro de
salud!

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:
PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO TRAS EL ICTUS PARA PERSONAS CON
LIMITACIONES MOTORAS**

DIRIGIDO A AQUELLAS PERSONAS QUE:

- Han padecido un ictus en los últimos tres meses
- Con más de 40 años
- Con secuelas motoras

Febrero 2017

10.6. Anexo VI: Hoja de inscripción



HOJA DE INSCRIPCIÓN



Programa de educación para la salud para personas que han padecido un ictus "Ponte en marcha y recupera el control".

Nombre:

Apellidos:

Edad:

¿Cuándo le ocurrió el ACV?:

¿Qué repercusiones le ha dejado el ACV?:

- Hemiparesia
- Hemiplejia
- Espasticidad
- Pérdida de equilibrio
- Hombro doloroso
- Problemas en la deglución (disfagia)
- Problemas a nivel de comunicación ¿Cuáles?.....
- Problemas visuales ¿Cuáles?.....
- A nivel cognitivo (memoria, atención, concentración, funciones ejecutivas, etc.) ¿Cuáles?.....
- Otros. Explica aquí

Número de contacto (opcional):

E-mail (opcional):.....

**Se mandará información que puede ser de interés al finalizar el programa sobre recursos nuevos que puedan aparecer o futuros programas.*

Yo..... me comprometo a acudir a este programa de educación de forma libre y voluntaria.

Día de del 2017

Firma:

10.7. Anexo VII: Actividad de la sesión 1

¿En qué me afecta mi enfermedad?

A nivel... personal	 social
Físicamente	Psicológicamente	

¿En qué me afecta mi enfermedad?

A nivel....	personal	social
Físicamente	Psicológicamente		
"Tengo que pasar más tiempo con todo..."(1)	"Antes podía hacer varias cosas a la vez, ahora tengo que hacer una y luego pasar a otra..."(3)		"Es más fácil de establecer nuevas amistades que restablecer los antiguos contactos sociales" (1)
"Anhele la autonomía" (2)			
"Estoy obligado a concentrarme en cada movimiento que quiero realizar, en cada paso y cada agarre... Es agotador" (1)	"No puedo parar de llorar... por lo que no salgo apenas" (1)		Ambos apartados anteriores influyen directamente en este aspecto.
"Tengo que usar toda mi concentración en caminar" (1)	"No ser tratado como un adulto es un experiencia herida" (1)		Se produce aislamiento social, pérdida de actividades recreativas y relaciones laborales.
"Tengo la capacidad comprometida para realizar las AVD (comer, moverme, bañarme...)" (3)	"No puedo hacer frente a tener mucha gentes a mi alrededor, me agoto fácilmente.. Cuando la gente llama y pregunta si pueden venir de visita tengo que decirles que no sé...." (1)		Lo que al mismo tiempo agrava los sentimientos negativos como depresión y soledad.
"Me da miedo tomar un baño sola o salir a caminar sola, por miedo a poder caerme." (4)	"Me falta de fuerza y energía, desde el ACV llevo una vida más inactiva." (6,7)		También preocupan los recursos (adaptación del hogar, ayudas económicas, etc.) y el estatus socioeconómico después de haber perdido el trabajo.
"Necesito ayuda para levantarme, para acostarme, para ir al servicio, ducharme, sentarme en la taza del WC, para comer... la necesito para todo. No puedo hacer solo lo que se dice nada." (5)	"Estoy de mala leche porque no puedo hacer lo que podía hacer antes." (5)		
"Es extraño. Siento que mi propio brazo es de otra persona. Trato de pensar que es parte de mí, pero sigue siendo una parte de mi cuerpo extraño para mí, no puedo usarlo para nada, solo va conmigo..." (1)	"No puedo ejercer como padre, la imagen que le doy a mi hijo...Que me tenga que ver así" (3)		
"He perdido un derecho que tenía antes, moverme libremente e ir donde quisiera; puesto que ya no estoy autorizado para conducir, me siento limitado." (2)	"Me siento atrapado en mi hogar, todo son limitaciones..." (4)		
"No puedo hacer las tareas del hogar, tengo que pedir ayuda y no me gusta depender de otras personas..." (4)	"Siento como si hubiera vuelto a ser un niño, un bebé con una mente adulta" (3)		
	"Miedo a padecer un nuevo ACV" (2)		
	"No quiero ser una carga para nadie." (1,2,3,5)		
	"¿Quién soy yo?" (1)		
	"Soy alguien nuevo" (3)		

BIBLIOGRAFIA

1. Kitzmüller G, Häggström T, Asplund K. Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Med Health Care and Philos.* 2013;16.: 19-29.
2. Wohlin A, Aström K, Löfgren M. On parallel tracks: newly home from hospital- people with stroke describe their expectations. *Disability and Rehabilitation.* 2012; 34(14): 1218-1224.
3. Kuluski K, Dow C, Locock L, Lyons RF, Lasserson D. Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age.. *International Journal of qualitative studies on Health and Well-being.* 2014 Enero. 9.
4. Williams S, Murray C. The lived experience of older adult' occupational adaptation following a stroke. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2013;(60): 39-47.
5. García Moriche N, Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Parra Cordero S, Fernández De Pablos A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. *Enfermería clínica.* 2010; 20(2): 80-87.
6. Pallesen H. Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke. *Disability and Rehabilitation.* 2014; 36(3): 232-241.
7. Wei C, Zhang F, Chen L, Ma X, Zhang N, Hao J. Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles. *J. Neurol.* 2016; 236.: 269-276.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular diseases.* 2009; 27.: 204-214.
2. Darlington ASE, Dippel DWJ, Ribbers GM, Van Balen R, Passchier J, Busschbach JJV. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *Cerebrovascular Diseases.* 2007; 23.: 401-407
3. Rochette A, Bravo G, Desrosiers J, Tribble D, Bourget A. Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. *Clinical Rehabilitation.* 2007; 21.: 554-562.
4. Visser MM, Aben L, Heijenbrok-Kal MH, Busschbach JJV, Ribbers GM. The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *Foundation of rehabilitation information.* 2014; 46.: 514-519.
5. Woodman P, Riazi A, Pereira C, Jones F. Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experinces and views of community-dwelling stroke survivors. *Disability and Rehabilitation.* 2014; 36(24): 2031-2043.

10.8. Anexo VIII: PowerPoint sesión 2

¡APRENDE CONMIGO!

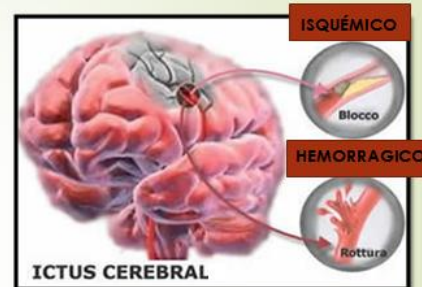
2ª Sesión



¿Qué es el ictus?

El ictus es una enfermedad neurológica aguda. Consiste en la interrupción del flujo sanguíneo del cerebro por una alteración de la circulación de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. El cerebro se queda de forma súbita sin aporte de oxígeno.

También conocido como accidente cerebrovascular (ACV), embolia o trombosis.



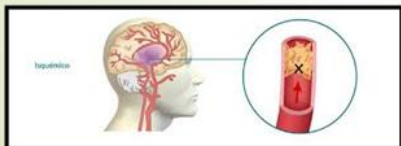
¿Qué diferencia hay entre el ictus y el accidente isquémico transitorio (AIT)?



Tipos de ictus

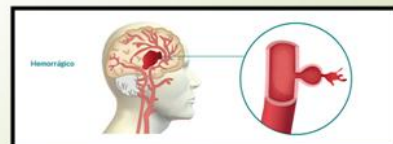
Ictus isquémicos

- Causado por la aparición de un coagulo que obstruye (total o parcialmente) el flujo, produciendo obstrucción o disminución importante del flujo sanguíneo.
- Es el más frecuente con una prevalencia de entre el 80-85%.



Ictus hemorrágico

- Causado por una hemorragia originada por la rotura de un vaso sanguíneo.
- Es menos frecuente (15-20%), pero su mortalidad es mayor.
- Las personas jóvenes son las más propensas, sobre todo, en edades inferiores a los 45 años.
- En caso de supervivencia, las secuelas que presentan a medio plazo, son menos graves.



Dentro del ictus isquémicos....

Accidente cerebrovascular trombótico.

Cuando se forma un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha y bloquea la arteria completamente



Accidente cerebrovascular embólico.

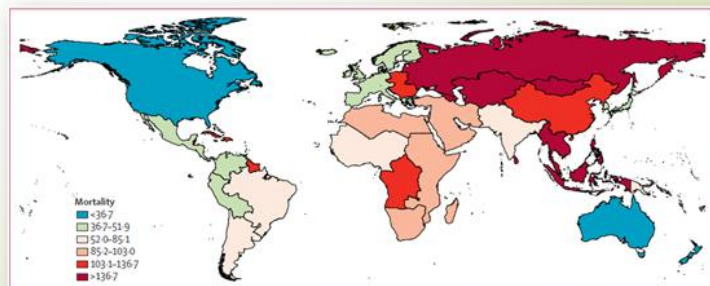
Cuando el coágulo se desprende de alguna parte del cuerpo y viaja hasta el cerebro para bloquear una arteria más pequeña



Factores que influyen en el ictus

No modificables

- Edad, principal factor. La incidencia es más del doble a partir de los 55 años, aumentando a partir de los 65 años
- Sexo, mayor prevalencia en hombres; más mortal en mujeres.
- Herencia
- Enfermedad vascular previa
- Raza negra más riesgo, presentan con mayor frecuencia HTA y DM.
- Localización geográfica, más frecuente en afroamericanos, americanos hispanos, japoneses y chinos



Factores que influyen en el ictus**Modificables**

- **Enfermedades médicas**
 - Hipertensión arterial → aumenta el riesgo de ictus hemorrágicos (40%)
 - Arterioesclerosis
 - Dislipemias
 - Diabetes Mellitus
- **Estilos de vida**
 - Consumo de tabaco
 - Consumo excesivo de alcohol
 - Obesidad
 - Vida sedentaria
 - Alimentación no saludable

**Signos de alarma**

¡La identificación **INMEDIATA** es vital para actuar rápidamente y poder minimizar o eliminar las secuelas!

- ✓ Aparición repentina de dolor de cabeza
- ✓ La afectación de la visión en uno o ambos ojos.
- ✓ Debilidad o pérdida repentina de fuerza en un brazo, pierna o en ambos
- ✓ Pérdida de sensibilidad en un brazo, pierna o en ambos.
- ✓ Problemas para hablar y/o comprender.
- ✓ Aparición de desequilibrio o inestabilidad en la marcha.

LLAMAR A 112



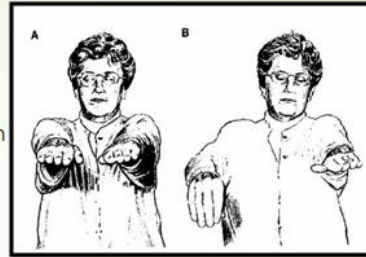
Consecuencias del ictus

Van a depender de:

- la localización de la obstrucción
- el grado de tejido cerebral afectado
- la rapidez con la que el flujo se restablece
- la rapidez con la que las zonas no dañadas suplan las dañadas.

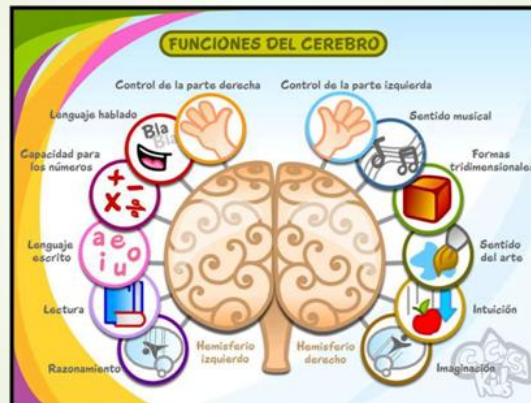
Los **síntomas** que suelen presentarse pueden ser:

- ❖ Hemiparesias
- ❖ Hemiplejias
- ❖ Pérdida de sensibilidad
- ❖ Problemas de equilibrio
- ❖ Trastornos del habla y/o entender (afasia)
- ❖ Déficits cognitivos
- ❖ Dificultad para deglutir
- ❖ Espasticidad
- ❖ Incontinencia urinaria
- ❖ Alteraciones emocionales (depresión, ansiedad,...)
- ❖ ...



Hemisferio izquierdo

- Lenguaje, habla y uso de palabras
- Mayor participación en la lectura, cálculo matemático, escritura y otras formas de comunicación
- Responsable del movimiento y sensaciones de parte derecha del cuerpo



Hemisferio derecho

- Colorido y emotividad al lenguaje
- Controla la memoria visual
- Habilidades artísticas
- Responsable de las sensaciones y el movimiento del lado izquierdo del cuerpo.

Tratamiento habitual

Los **fármacos** que pautan habitualmente son:

- Sintrom
- Adiro
- Otro anticoagulante

¡IMPORTANTENO ABANDONAR EL TRATAMIENTO!

Aspectos a tener en cuenta:

- Riesgo de sangrado
- Acudir a controles
- Avisar en caso de acudir al dentista y/o alguna intervención
- Tomar todos los días
- **NUNCA** doblar una dosis por olvido



Consejos para evitar olvidos:

- Coger una rutina de horario
- Poner una alarma
- Tener un pastillero organizado
- Anotarlo en la cocina (un posit)



10.9. Anexo IX: Cuestionario de evaluación sesión 2

TEST "APRENDE CONMIGO"

Nombre y apellidos:

Seleccione:

- Participante
- Acompañante

Elige la opción correcta en las siguientes preguntas, señálala con una (X). En los casos de verdadero o falso, argumenta la respuesta.

1. La gran mayoría de los ACV son:
 - Hemorrágicos
 - Isquémicos

2. Un ACV hemorrágico consiste en la interrupción brusca por una alteración en la circulación causada por una obstrucción.
 - Verdadero
 - Falso.

3. ¿Cuál es una urgencia médica?
 - ACV (accidente cerebrovascular)
 - AIT (accidente isquémico transitorio)
 - Ninguno
 - Ambos

4. ¿Cuál de los siguientes factores es el que más aumenta el riesgo de padecer un ictus?
 - Obesidad
 - Hipertensión
 - Consumo de tabaco
 - Sedentarismo
 - Otro. ¿Cuál?.....

5. Una alimentación no saludable es un factor modificable que influye en el riesgo de tener un ACV.
 - Verdadero
 - Falso.

6. La identificación inmediata es vital para poder minimizar o eliminar las secuelas.

- Verdadero
- Falso.

7. ¿A cuál de los siguientes signos tengo que prestar atención?

- Dolor de cabeza
- Pérdida de fuerza
- Pérdida de sensibilidad
- Problemas para hablar y/o comprender
- Pérdida de visión
- Todos

8. No seguir el tratamiento no supone ningún riesgo.

- Verdadero
- Falso.

9. Si se olvida tomar un día la medicación, al día siguiente se puede tomar el doble de la dosis para solucionarlo.

- Verdadero
- Falso.

10. Ante cualquier intervención y/o consulta al dentista hay que avisar de este tratamiento. Si seleccionas verdadero, justifica la respuesta.

- Verdadero.
- Falso



TEST "APRENDE CONMIGO"



Nombre y apellidos:

Seleccione:

- Participante
- Acompañante

Elige la opción correcta en las siguientes preguntas, señálala con una (X). En los casos de verdadero o falso, argumenta la respuesta.

1. La gran mayoría de los ACV son:
 - Hemorrágicos
 - Isquémicos

2. Un ACV hemorrágico consiste en la interrupción brusca por una alteración en la circulación causada por una obstrucción.
 - Verdadero
 - Falso.Es causado por la rotura de un vaso sanguíneo.....

3. ¿Cuál es una urgencia médica?
 - ACV (accidente cerebrovascular)
 - AIT (accidente isquémico transitorio)
 - Ninguno
 - Ambos

4. ¿Cuál de los siguientes factores es el que más aumenta el riesgo de padecer un ictus?
 - Obesidad
 - Hipertensión
 - Consumo de tabaco
 - Sedentarismo
 - Otro. ¿Cuál?.....

5. Una alimentación no saludable es un factor modificable que influye en el riesgo de tener un ACV.
 - Verdadero
 - Falso.

6. La identificación inmediata es vital para poder minimizar o eliminar las secuelas.
 - Verdadero
 - Falso.

7. ¿A cuál de los siguientes signos tengo que prestar atención?

- Dolor de cabeza
- Pérdida de fuerza
- Pérdida de sensibilidad
- Problemas para hablar y/o comprender
- Pérdida de visión
- Todos

8. No seguir el tratamiento no supone ningún riesgo.

- Verdadero
- Falso.Aumenta el riesgo de padecer un nuevo ACV.....

9. Si se olvida tomar un día la medicación, al día siguiente se puede tomar el doble de la dosis para solucionarlo.

- Verdadero
- Falso.NUNCA hay que doblar una dosis por olvido, se adelantará la consulta para nuevo control.....

10. Ante cualquier intervención y/o consulta al dentista hay que avisar de este tratamiento. Si seleccionas verdadero, justifica la respuesta.

- Verdadero.Por el riesgo de sangrado que supone tomar esta medicación.....
- Falso

10.10. Anexo X: Guía autocuidado tras un ACV (parte 1)

GUÍA AUTOCAUIDADO TRAS UN ACV

Parte 1

¿Qué es un ictus? ¿Qué es un Ataque Isquémico transitorio (AIT)?

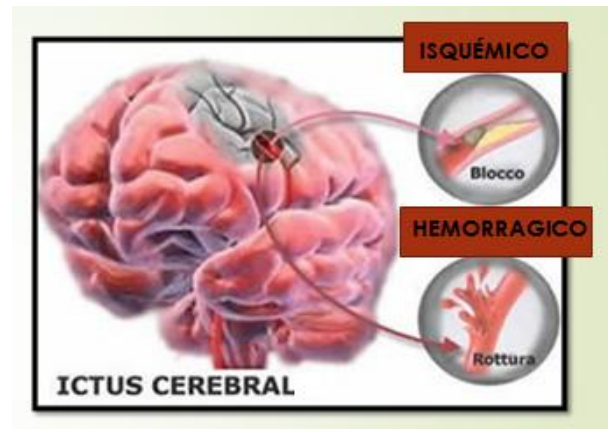
El **ictus** o **accidente cerebrovascular (ACV)** es una enfermedad neurológica que se produce cuando el flujo sanguíneo del cerebro se interrumpe por alteración de los vasos sanguíneos.

Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno. Por lo tanto, las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente.

Existen 2 tipos:

Ictus isquémico: cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción (por ejemplo, por un trombo o coágulo) en un vaso sanguíneo.

Ictus hemorrágico: cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.



Un **ataque isquémico transitorio (AIT)**: es un tipo de ictus isquémico que se produce igualmente por la interrupción del flujo sanguíneo, pero de forma brusca y reversible. Los síntomas duran unos pocos minutos y tras ese tiempo, la persona, habitualmente, se recupera totalmente en menos de 24 horas.

Sin embargo, el haber padecido un AIT incrementa el riesgo de tener un ictus.

Tanto el ictus como el AIT se consideran una **URGENCIA MÉDICA**.

¿Cuáles son los SIGNOS DE ALARMA de un ictus o AIT?

- PÉRDIDA brusca de MOVIMIENTO o DEBILIDAD del brazo, la pierna o la cara, especialmente cuando se produce en un lado del cuerpo.
- PROBLEMAS repentinos de VISIÓN, en uno o en ambos ojos.
- DOLOR DE CABEZA repentino, sin causa conocida.
- DIFICULTAD EN EL HABLA: balbuceo, incapacidad para encontrar las palabras adecuadas o no ser capaz de comprender lo que otras personas dicen.
- Problemas repentinos al caminar o PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO o de la coordinación.
- Sensación brusca de acorchamiento u HORMIGUEO en la cara, el brazo y/o la pierna de un lado del cuerpo

¿Cómo DETECTAR un ictus?

Si detecta en usted mismo o en otra persona alguno de estos síntomas llame a emergencias (061 ó 112, dependiendo de la Comunidad Autónoma) para acudir al hospital cuanto antes. Las primeras horas son clave en la evolución del paciente.



Pérdida brusca de movilidad o sensibilidad de media parte de nuestro cuerpo (cara, brazo, pierna, ...)



Pérdida repentina de la capacidad para hablar. Nos cuesta articular y además no nos entienden.



Dolor súbito de cabeza, de alta intensidad (no habitual) y sin causa.



Sensación de vértigo, inestabilidad, desequilibrio y confusión repentina.



Pérdida de la visión, total o parcial, que aparece súbitamente. Afecta a uno o ambos ojos.

Si cree que usted o alguien de su entorno está padeciendo un ictus debe llamar INMEDIATAMENTE a los servicios de urgencias.

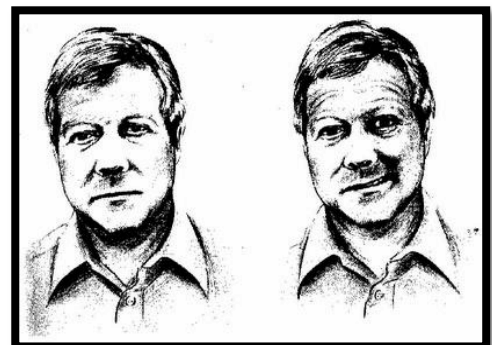
LLAME AL 112



Consecuencias del ictus

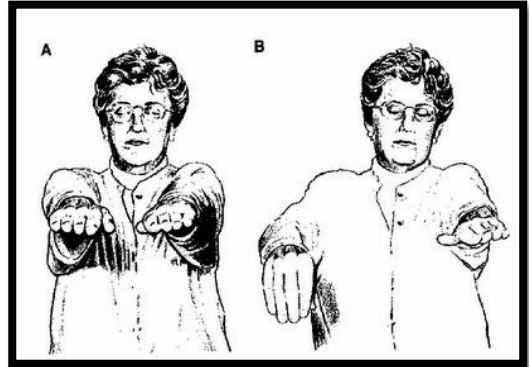
Van a depender de:

- La localización de la obstrucción
- El grado de tejido cerebral afectado
- La rapidez con la que el flujo se restablece
- La rapidez con la que las zonas no dañadas suplan las dañadas.



Los **síntomas** que suelen presentarse varían en función del lugar del cerebro afectado por ese fallo circulatorio, pueden ser:

- ❖ Hemiparesias: disminución del movimiento sin llegar a la parálisis o pérdida de fuerza, debilidad de un lado del cuerpo.
- ❖ Hemiplejias: parálisis de un lado del cuerpo.
- ❖ Pérdida de sensibilidad y/o hormigueo, habitualmente unido a la extremidad que presenta pérdida de movimiento o debilidad.
- ❖ Problemas de equilibrio y/o coordinación
- ❖ Trastornos del habla y/o entender (afasia)
- ❖ Déficits cognitivos (cambios a nivel de consciencia, pérdida de memoria)
- ❖ Dificultad para tragar (disfagia)
- ❖ Espasticidad: es un trastorno del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos. Dicha contracción provoca la rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere sus distintos movimientos y funciones: deambulación, manipulación, equilibrio, habla, deglución, etc.
- ❖ Hombro doloroso
- ❖ Alteraciones emocionales (depresión, ansiedad,...)
- ❖ ...



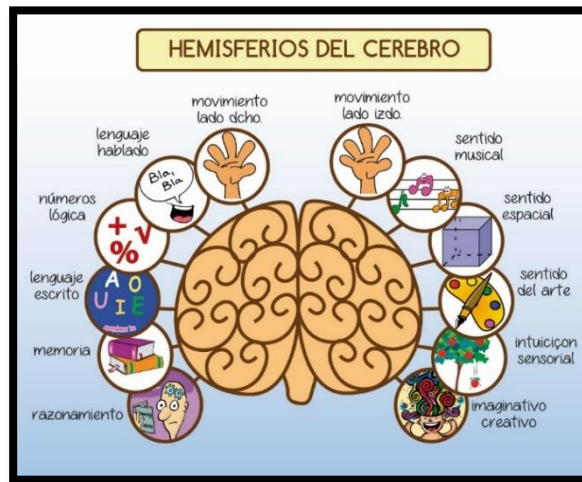
Dependiendo de la zona afectada por el ictus, se verán alteradas unas funciones u otras, ya que cada área del cerebro se encarga de una función diferente.

Por lo que si el **hemisferio derecho** es el afectado se verán afectadas las siguientes áreas:

- Lado izquierdo del cuerpo paralizado: hemiplejia
- Descuido de la parte izquierda
- Déficit de la percepción espacial
- Tendencia a negar o quitar importancia a los problemas
- Actos rápidos, duración corta de la atención
- Impulsivo, problemas de seguridad
- Alteración en el juicio
- Alteración en los conceptos temporales

En cambio, si el **hemisferio izquierdo** es el afectado, se presentarán las siguientes manifestaciones clínicas:

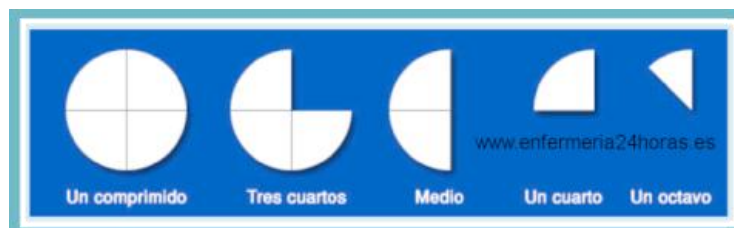
- Lado derecho del cuerpo paralizado
- Alteraciones del habla
- Actos lentos, precavidos
- Conciencia de los déficit: depresión, ansiedad
- Alteración de la comprensión relacionada con el lenguaje y las matemáticas.



Tratamiento habitual y adherencia a él

Los fármacos que más frecuentes son:

- Sintrom
- Adiro
- Otro anticoagulante



¿Qué es un anticoagulante? Impiden que se formen coágulos en la sangre, no disuelve los que ya están formados pero si inhibe que se hagan más grandes y puedan provocar consecuencias graves.

Aspectos a tener en cuenta:

- Riesgo de sangrado
- Acudir a controles donde se valorará si la dosis es adecuada mediante el parámetro INR (International Normalized Ratio). Si el INR es bajo, es necesario aumentar la dosis ya que la sangre no está lo suficientemente "líquida". Si por el contrario, el INR es algo, habrá que disminuir la dosis, ya que hay riesgo de hemorragias.

INR valores recomendados: 2-3

- Avisar en caso de acudir al dentista y/o alguna intervención
- Tomar todos los días
- **NUNCA** doblar una dosis por olvido

Consejos y recomendaciones para evitar olvidos y facilitar la adherencia:

- Coger una rutina de horario
- Poner una alarma
- Tener un pastillero organizado
- Anotarlo en la cocina (un posit)



¡NO abandonar el tratamiento!

10.11. Anexo XI: Guía autocuidado tras un ACV (parte 2)

"Guía de autocuidado tras un ACV"

Parte 2

¿Puedo prevenir un nuevo ataque?

El riesgo de tener un nuevo accidente cerebrovascular (ACV) es más alto durante las primeras semanas o meses después del primero, sobretodo hasta el tercer meses.



Para reducir al máximo el riesgo de una recaída es importante seguir los consejos que proporcionados a continuación acerca de la dieta, ejercicio; así como del abandono del consumo de alcohol y tabaco.

Tener un buen control de la tensión arterial es ESENCIAL, al igual que seguir el tratamiento farmacológico prescrito (apartado anterior). Para ello, es recomendable acudir a su centro de salud para un buen control por su enfermera.

También es recomendable tener un aparato de tensión en casa para tomarla uno mismo de vez en cuando y mantener un buen control. NO tomar cuando uno se encuentra nervioso, ya que no es un buen momento; la tensión arterial estará elevada.



Consejos para prevenir un accidente cerebro vascular (ACV) o ictus

1 Conocer los niveles de colesterol y tensión arterial



2 Realizar ejercicio físico con regularidad



3 Control de azúcar



4

Dejar el tabaco



5 Aumentar la reserva cognitiva



6 Conocer las señales de alarma



7 Mantener un peso saludable



8 Reducir el estrés



Estas medidas serán necesarias para

EL RESTO DE LA VIDA

Consejos dietéticos y otras recomendaciones

Una dieta equilibrada, con aporte calórico y proteico suficiente y una buena hidratación son fundamentales para un buen estado general del paciente. La mala nutrición es un problema frecuente y predispone a úlceras cutáneas, edemas y disminución de las defensas, con mayor facilidad para contraer infecciones.



- Si la persona traga correctamente se le debe administrar una dieta parecida a la habitual. Se procurará que sea una alimentación sana, con bajo contenido en grasas y colesterol y un adecuado aporte de verduras y frutas.
- Si la deglución de líquidos está alterada, es recomendable tomarlos con espesantes para evitar aspiraciones (el paso de la comida o líquidos al pulmón).
- Debes vigilar tus niveles de colesterol en sangre mediante la realización de unos análisis de vez en cuando. Consúltalo con tu médico o enfermera.



- Es aconsejable una dieta rica en frutas y verduras para evitar el estreñimiento.
- Las personas hipertensas deben evitar la sal; aunque está recomendado que el resto de personas también disminuyan la cantidad de sal.



• Cuando esta enfermedad se asocia a otras enfermedades como la diabetes, la dieta se modificará según las recomendaciones que le indiquen. Consulta a su enfermera referente.



- Evita las bebidas alcohólicas.
- Abandona el tabaco. Acude a la enfermera o médico de tu Centro de Salud, te informarán sobre las ayudas, tratamientos y terapias organizadas por algunos centros de salud.



10.12. Anexo XII: PowerPoint de la sesión 5

¡MUÉVETE, MUÉVEME!



Consejos y cuidados para el autocuidado

La dificultad en el movimiento es una de las consecuencias del ictus, que se manifiesta como:

- Pérdida de fuerza o debilidad → paresia
- Falta de movilidad total → plejía/ parálisis
- Falta de coordinación
- Pérdida de control de movimiento de brazos, piernas y/o ambos.



Estas limitaciones van a suponer dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y van a disminuir la autonomía.

Actividades de la vida diaria (AVD)

Caminar. Poder deambular de manera autónoma es primordial para tener independencia.

El haber sufrido un ictus aumenta las probabilidades de tener caídas, y por consecuencia, fracturas.



Para evitar caídas hay que:

- Conocer el hogar y retirar las alfombras
- Colocar agarraderos por los pasillos para transmitir mayor seguridad.
- Utilizar zapatillas que agarren adecuadamente el pie.
- Sentirse seguro, puede ser necesario un bastón o andador.

Reeducar la marcha:

- ✓ Tiene que levantar el pie del suelo.
- ✓ Separar los pies para un mayor equilibrio.
- ✓ Cuando observe que empeora la calidad de la marcha o del ejercicio, es preferible descansar un momento.

NUNCA FORZAR



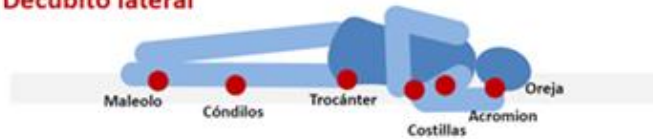
Algunas personas se pueden beneficiar del uso de la bicicleta estática o la natación para fortalecer los músculos. También existen pedales.

MOVILIZACIÓN POSTURAL

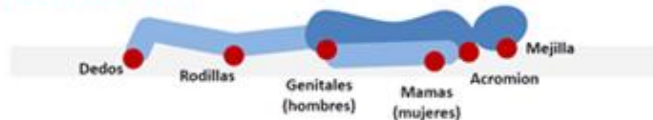
Decúbito dorsal



Decúbito lateral



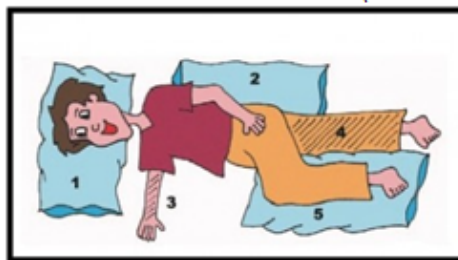
Decúbito prono



Movilización postural. Se deben realizar cada 3-4 horas, de manera adecuada.

Hay que:

- Utilizar cojines blandos o almohadas → prevenir UPP
- Evitar que los pies aguanten el peso de las mantas
- Adquirir conocimiento para realizar los cambios
- Cuidar de uno mismo (mecánica corporal)



Se puede utilizar:

- Un soporte o arco en la cama
- Una almohada/cojín

¡IMPORTANTE!

Siempre el brazo y la mano del lado paralizado deben mantenerse extendidos.

En ningún caso se tirará del brazo o de la pierna paralizada para cambiarlo de postura.

¿Cómo colocar a la persona como un lado afectado?



En posición supina

- La mano de la extremidad afectada debe estar mirando hacia arriba y abierta.
- Los dedos de la mano abiertos y estirados.
- Hay que mantener el cuerpo bien alineado, evitando que el cuello quede flexionado.
- Se puede poner una almohada debajo de las piernas, evitando la presión de los talones.
- Otra almohada en la planta de los pies evitando que estos soporten el peso de la manta.

¿Cómo colocar a la persona como un lado afectado?

En posición lateral, sobre el lado sano

- El brazo afectado se coloca en extensión encima de cojines.
- La mano abierta y estirada, con los dedos extendidos.
- La pierna no afectada se coloca estirada (aunque libre de movimiento) y la afectada se flexiona elevada en cojines.
- En la espalda se puede (opcional) poner otra almohada para evitar que el cuerpo se gire.



¿Cómo colocar a la persona como un lado afectado?**En posición lateral, sobre el lado afectado**

- El brazo afectado en extensión, elevado en cojines o almohada con los dedos estirados.
- Colocar una almohada entre las dos rodillas, con la pierna no afectada un poco más adelantada.
- En la espalda hay que poner otra almohada para evitar que el cuerpo se gire.

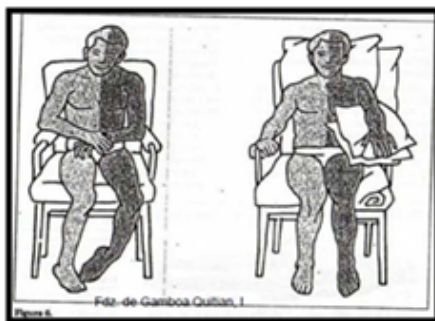
Hombro doloroso.

Es un problema común (72%) → al menos un episodio durante el primer año.

Se relaciona con:

- La espasticidad
- La debilidad
- Movilizaciones inadecuadas
- Subluxación del hombro del miembro pléjico.

Ofrecer analgesia simple (**paracetamol**) durante los episodios de dolor agudo.

**¡IMPORTANTE!**

El manejo debe ir encaminado a mejorar la movilidad del miembro afectado.

Mantener una correcta alineación corporal.



Actividades de la vida diaria (AVD)

Realizar ejercicios de rehabilitación para favorecer la musculatura y entrenar el equilibrio cada día durante 15 minutos 2-3 veces. Realizarlos durante los primeros meses.

Tabla de ejercicios
(Repetir c/ ejercicio 10-15 veces)

Extremidades superiores

Extremidades inferiores

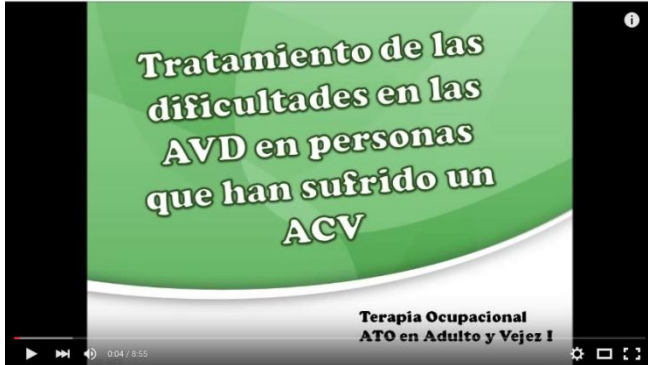
Cadera

Al paralizarse una parte de su cuerpo los músculos y las articulaciones tienden a endurecerse, lo que provoca dolor, hinchazón y retarda la recuperación.

10.13. Anexo XIII: Video "Tratamiento AVD personas que han sufrido un ACV"

Tratamiento AVD personas que han sufrido un ACV

<https://www.youtube.com/watch?v=Dgvy44Hw4IA>



(Duración 8'55", pero solo voy a poner hasta el 5'12"). Además este video consta de imágenes al principio que se alternarán con explicaciones y puesta en marcha de los participantes en las camillas de la sala, para hacerlo más visual.

Bibliografía

1. Tratamiento AVD personas que han sufrido ACV. YouTube. [Online].; 15 de noviembre de 2012 [citado en Marzo 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Dgvy44Hw4IA>.

10.14. Anexo XIV: Tabla de ejercicios

TABLA DE EJERCICIOS

(Repetir cada ejercicio unas 10-15 veces)

Extremidades superiores

1. Con los dedos entrelazados, codo estirado, subir y bajar los brazos.



2. Con el brazo estirado, separarlo del cuerpo.



3. Flexión y extensión del codo (Ayudarse de la mano sana, sino se puede realizar)



4. Flexión y extensión de la muñeca (Ayudarse de la mano sana, sino se puede realizar)

5. Flexión y extensión de los dedos uno por uno.



Extremidades inferiores

1. Estirar y doblar las rodillas tumbado en la cama (Ayudándose de las manos o de otra persona)



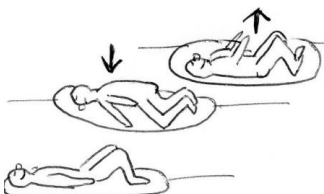
2. Con las rodillas flexionadas juntarlas y separarlas.

3. Doblar y estirar los tobillos.



Ejercicios de cadera

1. Despegar la pelvis de la cama (como si se fuese a colocar una bacineta)



2. Con los brazos estirados y las rodillas flexionadas, girar de un lado al otro de la cama (también puede hacerse sujetándose las rodillas con las manos entrelazadas).

10.15. Anexo XV: Guía autocuidado tras un ACV (parte 3)

"Guía de autocuidado tras un ACV"

Parte 3

El movimiento es una de las dificultades de haber padecido un ictus, que se manifiesta como una pérdida de fuerza, falta de coordinación o pérdida de control de movimiento de brazos, piernas y/o ambos. Puede deberse a la *plejía* o *parálisis*, cuando no se puede realizar ningún movimiento con la parte del cuerpo afectada; o *paresia* cuando es posible realizar movimientos pero con menos fuerza que la parte no afectada. Estas limitaciones van a suponer dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria (AVD), como son:

Marcha

Debido a esto, son más propensos a tener caídas, y por consecuencia, fracturas. Para evitar que esto suceda, es importante seguir las siguientes recomendaciones:

- Conocer el hogar y retirar las alfombras, evitará o disminuirá los tropiezos.
- Colocar agarraderas por los pasillos para transmitir mayor seguridad en las transferencias.
- Utilizar zapatillas cómodas que agarren adecuadamente el pie es imprescindible. No sirven las abiertas, ya que tienen más riesgo de tropiezos y caídas.
- Sentirse seguro/a cuando comience a caminar, si es necesario con la ayuda de un andador o bastón.



Reeducar la marcha: Tiene que levantar el pie del suelo y separar los pies para un mayor equilibrio. Cuando observe que empeora la calidad de la marcha o del ejercicio, es preferible descansar un momento.



Algunas personas se pueden beneficiar del uso de la **bicicleta estática** o la **natación** para fortalecer los músculos. También existen pedales que se pueden trabajar desde el sillón del sofá cuando la persona no es capaz de realizar tanto esfuerzo, o mantenerse en esa posición.

Por otro lado, es importante que hagan los ejercicios recomendados en rehabilitación para favorecer la musculatura y entrenar el equilibrio, ya que al paralizarse una parte de su cuerpo, los músculos y las articulaciones tienden a endurecerse, provocando dolor, hinchazón y retarda la recuperación. Para prevenir que esto suceda, es vital

comenzar con la rehabilitación lo antes posible y realizar movilizaciones pasivas de forma temprana.

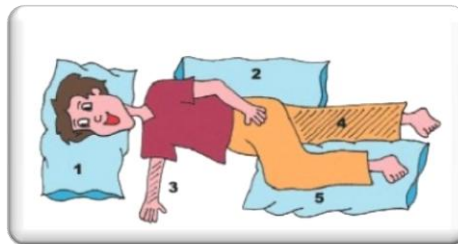
Es aconsejable realizar los ejercicios físicos de recuperación durante 15 minutos 2-3 veces al día durante los primeros meses. Son ejercicios que se pueden realizar uno mismo en el domicilio; pero en caso de que no sean capaz, conviene que otra persona le realice los movimientos de forma pasiva (**Tabla de ejercicios**).

Movilización postural

Debido a la falta de movilidad de un lado del cuerpo, puede ser necesaria la ayuda a la hora de realizar los cambios de postura de manera adecuada. Se recomienda realizarlos cada 3 o 4 horas en una cama bien acondicionada con cojines.

Los cojines o almohadones son la mejor manera de evitar malas posturas (sobre todo de pies y tobillos) y evitar la aparición de úlceras por presión, tanto sobre el lado sano como sobre el lado paralizado.

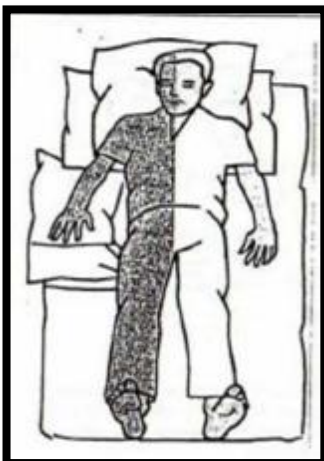
Para evitar que los pies aguanten el peso de las mantas, se debe utilizar un soporte o arco en la cama. También se puede colocar una almohada a modo de soporte que mantenga los pies en correcta posición.



¡IMPORTANTE!

Siempre el brazo y la mano del lado paralizado deben mantenerse extendidos.

¿Cómo colocar a la persona como un lado afectado?

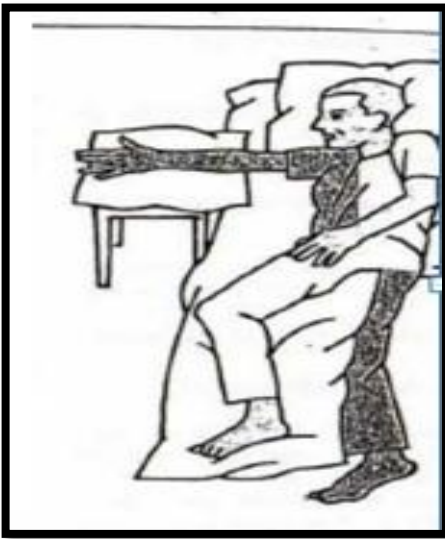


Cuando **la persona se encuentra en supino (boca arriba)**, la mano de la extremidad afectada debe estar mirando hacia arriba y abierta, con los dedos bien estirados. Además, se puede colocar una almohada en la parte inferior de las piernas, elevándolas y evitando la presión en los talones. Es recomendable poner una almohada en la planta de los pies para evitar el peso de la manta.

Hay que mantener el cuerpo bien alineado, evitando que el cuello quede flexionado.

Cuando **la persona se coloca sobre el lado no afectado**, el brazo afectado ha de colocarse elevado con ayuda de cojines, bien estirado con la mano hacia arriba y abierta. La pierna no afectada se coloca estirada (aunque libre de movimiento) y la afectada se flexiona elevada en cojines para evitar el roce con la otra pierna.

Por último, en la espalda se puede poner otra almohada para evitar que el cuerpo se gire.



Cuando **la persona se coloca sobre el lado afectado**, el brazo afectado ha de ponerlo en extensión, elevado en cojines o almohada con los dedos estirados.

Ha de ponerse una almohada entre las dos rodillas, con la pierna no afectada un poco más adelantada.

Por último, en la espalda hay que poner otra almohada para evitar que el cuerpo se gire.

Si le hemos de ayudar a levantarse, hacer una transferencia, caminar... conviene hacerlo por el lado afectado, evitando siempre cogerlo y estirarle del brazo, ya que la posible flacidez de la musculatura del hombro podría comportar una subluxación articular.

¡IMPORTANTE!

En ningún caso se tirará del brazo o de la pierna paralizada para cambiarlo de postura.

Otras movilizaciones, ¿Cómo levantar a la persona de la cama de forma adecuada? ¿traspasos de cama-sillón?

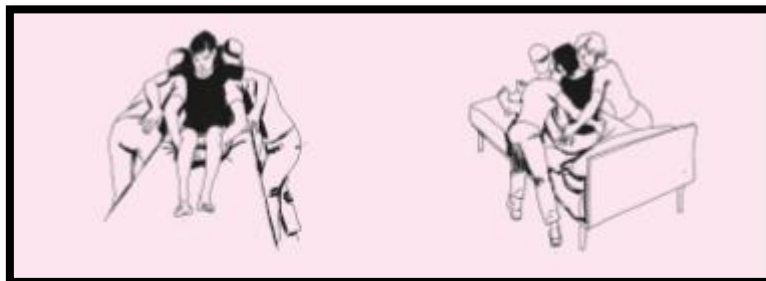
Para levantar al enfermo de la cama, esta sería la forma correcta:



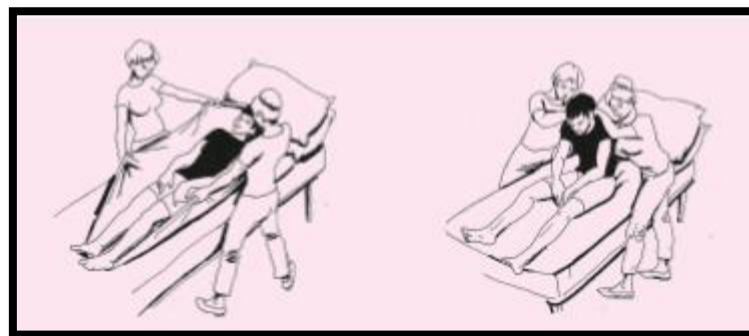
Para pasarlo de la cama a la silla, se ha de mantener la espalda derecha y las piernas flexionadas:



En caso de que una persona no sea capaz de realizar las movilizaciones, la coordinación de dos personas también es una manera de hacerlo con mayor facilidad, sobre todo si la persona no colabora lo suficiente:



Otra opción es utilizar la sabana entremetida, para que en vez de tirar de la persona, sirva como método de ayuda:



Hombro doloroso

En el paciente hemipléjico es un problema común, ya que hasta un 72% de los pacientes experimentan al menos un episodio durante el primer año. Se relaciona con la espasticidad, debilidad, movilizaciones inadecuadas y subluxación del hombro del miembro pléjico.

Los cabestrillos y otras medidas de soporte que se suelen utilizar en las fases iniciales para sujetar el brazo flácido hasta que se recupere el tono muscular del hombro, y de este



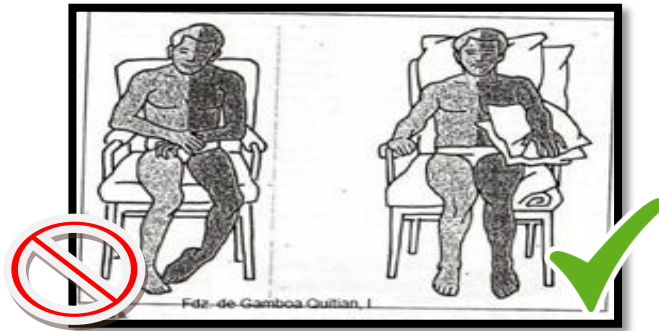
modo, prevenir subluxaciones y contracturas, según la evidencia es insuficiente. Pasa lo mismo con los vendajes funcionales con cinta adhesiva (strapping), sirven para retrasar la aparición de dolor, pero no lo previenen.

Asimismo, la guía del RCP recomienda instaurar medidas preventivas y ofrecer analgesia simple (paracetamol) durante los episodios de dolor agudo.

¡Evitar tomar AINEs, ya que aumenta el riesgo de sangrado!

Para realizar una adecuada prevención hay que saber cómo se llevan a cabo las movilizaciones:

- Mantener en una adecuada posición el hombro paralizado. Cuando esté en la cama, apóyelo sobre la almohada para elevarlo.
- Evite los golpes sobre ese hombro
- Mantener el brazo correctamente apoyado para evitar estiramientos y luxaciones. Cuando esté sentado, apoye el brazo afecto sobre el apoyabrazos de la silla.

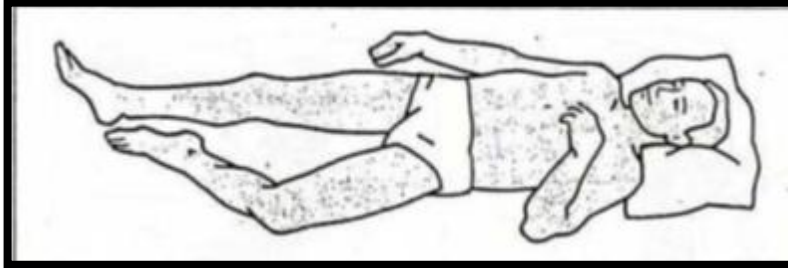


¡IMPORTANTE!

El manejo debe ir encaminado a mejorar la movilidad del miembro afectado.

10.16. Anexo XVI: Evaluación de la sesión anterior ¿Es correcta?

Actividad 1. ¿Es correcta mi posición? ¿Cómo lo haría usted? Justifica la respuesta.



¿Es correcta esta posición?.....

.....

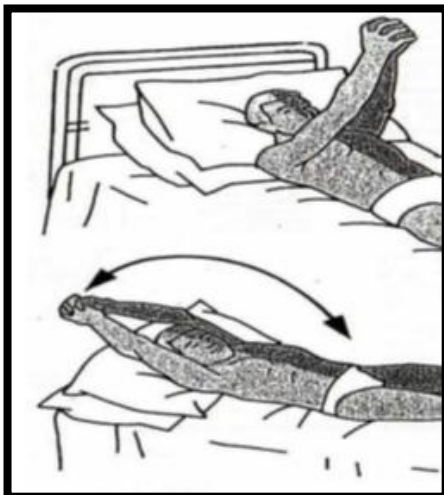
¿Cuál sería la posición adecuada?



¿Qué le sucede a esta postura? ¿Cómo la corregiría?.....

.....

.....



¿Este ejercicio se está realizando de manera adecuada?

¿Cuál es su utilidad u objetivo?

.....

.....

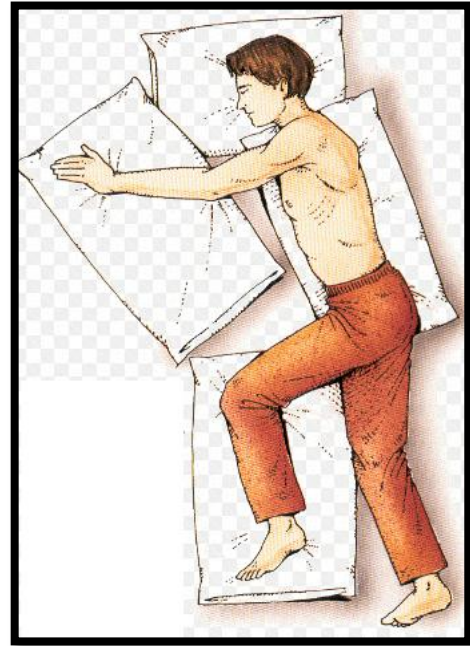
.....

¿Es correcta la posición de este hombre?

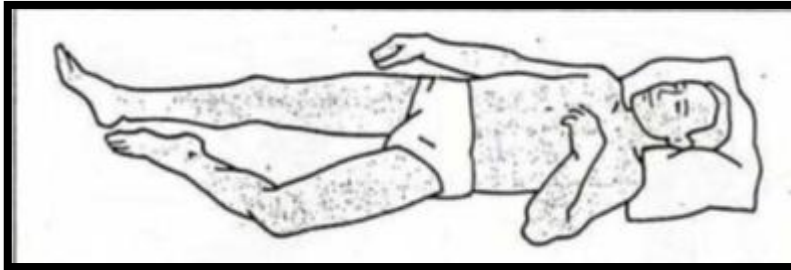
.....
.....
.....

¿Qué lado tiene que tener afectado para que sea correcta la posición?

.....
.....
.....



Actividad 1 resuelta. ¿Es correcta mi posición? ¿Cómo lo haría usted? Justifica la respuesta



¿Es correcta esta posición? No

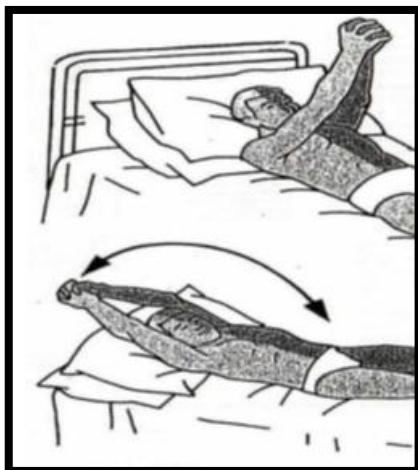
¿Cuál sería la posición adecuada? Suponiendo que el lado afectado es el izquierdo, el brazo tendría que estar en extensión en vez de flexionado. Con la mano hacia arriba y abierta, los dedos estirados, encima de una almohada para elevarlo. En cuanto a la extremidad inferior, también debería estar extendida, sin rotación. Se podría poner una almohada en los talones para aliviar la presión; o incluso en la planta de los pies para evitar que las mantas ejerzan presión.



¿Qué le sucede a esta postura? ¿Cómo la corregiría?

Suponiendo que está tumbada sobre el lado afectado (izquierdo), el brazo debería estar extendido sobre una superficie elevada (una almohada) con la mano hacia arriba y abierta. La pierna afectada estirada con una almohada en medio para evitar roces, y la pierna sana por encima un poco adelantada y flexionada.

Para evitar que el cuerpo se gire, es recomendable poner una almohada en la espalda.

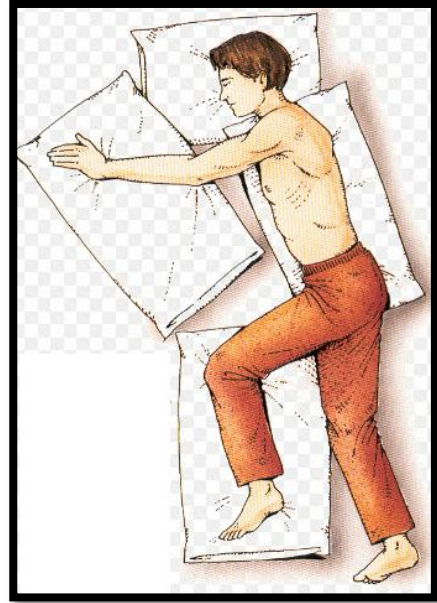


¿Este ejercicio se está realizando de manera adecuada? Sí.

¿Cuál es su utilidad u objetivo? Evitar el dolor de hombro y trabajar el reconocimiento del otro lado del cuerpo (anosognosia).

¿Es correcta la posición de este hombre? Sí

¿Qué lado tiene afectado? El izquierdo, aunque el brazo derecho no se ve exactamente donde está colocado.



10.17. Anexo XVII: PowerPoint de la sesión 6



Actividades de la vida diaria (AVD)

Aseo e higiene.

Si la persona es capaz de **mantenerse de pie**, es conveniente:

- ✓ Acondicionar el baño para evitar caídas y proporcionar mayor seguridad,
- ✓ Retirar alfombras u otros obstáculos.
- ✓ Colocar goma antideslizante en la bañera o ducha
- ✓ Instalar pasamanos y/o barandillas en ambos lados de la bañera.
- ✓ Colocar una silla de plástico o banquillo dentro de la bañera o ducha para que pueda sentarse



¿Cómo entrar y salir de la ducha?

- Para entrar en la bañera se apoya primero la pierna afectada
- Para salir primero apoyar la pierna no afectada
- Importante tener colocada una alfombra de baño o toalla gruesa para evitar resbalones.



¡IMPORTANTE!

No dejar solo en el baño hasta que haya mejorado su equilibrio y pueda desplazarse sin ayuda o hasta su completa recuperación.

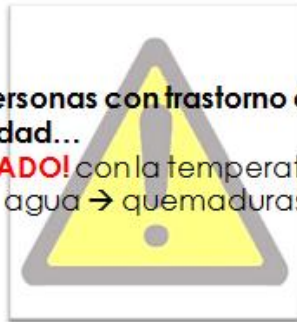
Actividades de la vida diaria (aseo e higiene)

Si la persona **no hace pie**, existen dos opciones para realizar la higiene:

- Modificar el baño, realizando una ducha al ras del suelo para que la persona pueda ducharse en una silla de plástico con ruedas.
- Realizar la higiene en la cama.

En las personas con trastorno de la sensibilidad...

¡CUIDADO! con la temperatura del agua → quemaduras.



Actividades de la vida diaria (AVD)

Vestirse

Causado por falta de destreza y motilidad fina. Para aumentar la autonomía a la hora de poner/quitar la ropa, se facilita las siguientes recomendaciones:

- ✓ Ponerse la ropa, comenzar por la extremidad afectada ayudándose de la extremidad no afectada.
- ✓ Quitarse la ropa, primero sacar la extremidad no afectada.
- ✓ Es preferible estar sentado.
- ✓ Para poner el pantalón, colocar la pierna afectada encima de la pierna sana, y de este modo será más fácil.



Actividades de la vida diaria (AVD)

- ✓ Los zapatos deben ser cómodos y cerrados. Para ayudar a ponerlos, será conveniente utilizar un calzador de mango largo.
- ✓ Al principio, es recomendable utilizar prendas de vestir prácticas y holgadas, como ropa deportiva con elástico en la cintura (chándal, leggings,...)
- ✓ Sustituir los botones por cremalleras o tiras de velcro. Zapatillas con velcro o sin cordones.



Calzador de mango largo



Ayuda a poner los calcetines



Actividades de la vida diaria (baño)

Baño

Para facilitar el acceso al baño, se recomienda:

- ✓ Instalar pasamanos o barandillas en ambos lados del WC para proporcionar mayor seguridad.
- ✓ Colocar un elevador de baño.



Otras consecuencias del ictus...Actividades de la vida diaria (baño)

En ocasiones el paciente puede sufrir **incontinencia urinaria**, que suele ser una afectación transitoria, aunque puede perdurar en pacientes con secuelas importantes.

Es aconsejable seguir las siguientes pautas:

- ✓ Establecer un horario para reeducar: miccionar cada 2-3 horas, al menos durante el día.
- ✓ Realizar una ingesta adecuada de líquidos (aproximadamente 2 litros), hasta las 8 de la tarde para evitar orina por la noche.
- ✓ Antes de ir a la cama, miccionar para dejar vacía la vejiga. En ocasiones, es útil poner un despertador para realizar una micción a mitad de la noche.
- ✓ Dejar un andador o bastón al lado de la cama, si es necesario para caminar.

En caso de no persistir la pérdida de control de esfínteres, será necesario:

- ✓ Utilizar dispositivos como compresas, pañales o colectores (en el caso del varón).
- ✓ La humedad no puede permanecer durante mucho tiempo, → aumenta el riesgo de aparecer úlceras.

ComerActividades de la vida diaria (comer)

Para facilitar la alimentación cuando la destreza está alterada, debe:

- ✓ Apoyar bien la extremidad afectada (superior) en la mesa
- ✓ Ayudar platos con rebordes y cubiertos con mangos especiales → manejo más sencillo



En cuanto a la alteración de la deglución, se recomienda:

- ✓ Mantener una postura adecuada, sentado.
- ✓ La comida se debe dar por la parte de la boca no afectada, ya que de este modo pueden sentirla y masticarla adecuadamente → Disminuye el riesgo de atragantamiento.
- ✓ Bajar la barbilla para deglutir → La hiperextensión del cuello aumenta el posible atragantamiento.
- ✓ Con pequeñas raciones lentamente y con frecuencia → evitar que la persona se canse.

Actividades de la vida diaria (comer)

La **disfagia** → Dificultad para tragar.

Se presenta entre el 27% y 69% de los pacientes que han sufrido un ictus.

Consistencia sólidos	Consistencia líquidos	Volumen
Inicial: yogur, compota, natillas...	Pudín	Cucharada poste
Triturada con diferentes consistencias: purés, papillas, cuajada, flan...	Néctar	
Semisólido (aplantar con el tenedor): pescado cocido, tortilla francesa, queso blando...	Miel	
Fácil deglución (dieta blanda): pasta con tomate, pan de molde, pescado con mayonesa...	Pudín	Cucharada sopera
Entera , con textura normal	Cuidado con líquidos	

Incorporar
alimentos de
forma gradual y
progresiva.

¡IMPORTANTE!

No forzar la ingesta de líquidos hasta asegurarse de que ingiere de forma adecuada otras texturas.

Para espesar los líquidos utilizar espesantes especiales o con maicena, papillas y/o gelatinas

Alimentos aconsejables

- Crema de verdura espesa,
- Puré de frutas,
- Yogur, natillas, flan,...
- Compota, cuajada, ..
- Huevos revueltos, tortilla francesa,...
- Sopas espesas de sémola,
- Pescados suaves.

Alimentos no aconsejables

- Líquidos (Agua, leche, zumos..)
- Frutas crudas,
- Pan (carraspea la garganta)
- Carnes no trituradas,
- Sopas,...

10.18. Anexo XVIII: Videos sobre el autocuidado

Vestido y desvestido del paciente hemipléjico (5'03')

https://www.youtube.com/watch?v=V_5t2XTM2RQ&ebc=ANyPxKpMBsOSHsWOo_ZrgibPmpnEJixp_gYOQj50FZNuMvb7u6EvaZvK GKERj25y52YSVY53-qJuFddyE2HEeCJ9rG4Iy0csaw



Ducha de paciente hemipléjico (3'13")

<https://www.youtube.com/watch?v=zlhP7Y9u8Vg>



Baño adaptado (Hospital Aita Menni) (1'46")

https://www.youtube.com/watch?v=D8FV0jkm_vI



Solo se pondrá si se viese que es necesario dar más explicaciones sobre la adaptación del baño, ya que aparece el baño "ideal" y no el que está al alcance de cualquier persona. Por lo que se utiliza para mostrar algún aspecto importante (espejos, grifos,...)

Bibliografía

1. NeuroRHB. Vestido y desvestido del paciente hemipléjico. YouTube. [Online].; 6 de noviembre de 2013 [citado en Marzo 2016]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=V_5t2XTM2RQ&ebc=ANyPxKpMBsOSHsWOO_ZrgibPmpnEJixp_gYOQj50FZNumvb7u6EvaZvKGKERj25y52YSVY53-gJuFddyE2HEeCJ9rG4ly0csaw
2. NeuroRHB. Ducha de paciente hemipléjico. YouTube. [Online].; 4 de julio de 2014. [citado en Marzo 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=zlhP7Y9u8Vg>
3. DCMenni. Baño adaptado (Hospital Aita Menni). YouTube. [Online].; 29 de enero de 2012. [citado en Marzo 2016]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=D8FV0jkm_vl

10.19. Anexo XIX: Ejercicios destreza

Ejercicios para trabajar la destreza en las extremidades superiores

Actividad 1. Bola-loca. Ejercicio de coordinación, donde los jugadores se pondrán en un círculo y se irá pasando una pelota blanda de tamaño medio de uno a otro. Al mismo tiempo se puede ir trabajando la cognición, para ello, se irán diciendo palabras de diferentes grupos de familia. Por ejemplo: colores (azul, verde, amarillo,...), material escolar (lápiz, cuaderno, libro,...), deportes,....

Se necesitan al menos dos personas para realizar este juego. En ese caso, uno en frente del otro consistirá en pasarse la pelota.



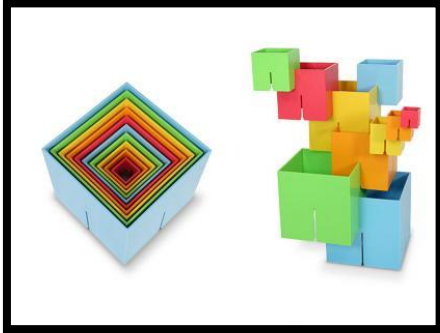
Actividad 2. Sé un linco. Este juego consiste en poner fichas de diferentes cosas para que la persona se concentre en separarlos utilizando y trabajando la destreza de los dedos (motilidad fina). Tiene que agrupar los diferentes objetos en montones que sean iguales. Por ejemplo, con muchas fichas del parchís, utilizando garbanzos y lentejas que son más pequeñas,...



También se puede realizar comprando papel pinocho de diferente colores. En primer lugar, consiste en hacer bolitas pequeñas, que también trabaja la motilidad fina y destreza de los dedos. Una vez habiendo hecho bastantes bolas, se mezclan y es la hora de separarlas por colores. También se trabaja la agudeza visual, otro aspecto que a veces puede estar comprometido.

Con más habilidad se pueden hacer formas y dibujos con las bolitas. Para ello se pueden coger imágenes y copiarlas, o bien dejar que fluya la creatividad.

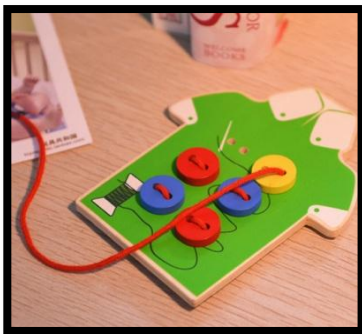
Actividad 3. Diseña, crea y construye. Para los que menos destreza tengan, es recomendable comenzar con piezas grandes y de gran base para facilitar la tarea.



A medida que se va adquiriendo mayor motilidad fina, es recomendable ir añadiendo dificultad a la tarea. Para ello, cambiar las fichas por unas más pequeñas y de diferentes formas.

Se pueden realizar juegos de construcción de torres, como otros edificios.

Para los que más habilidad tengan, un reto a lograr será poner las fichas de madera en pie una tras otra (con efecto dómينو si una se cae).

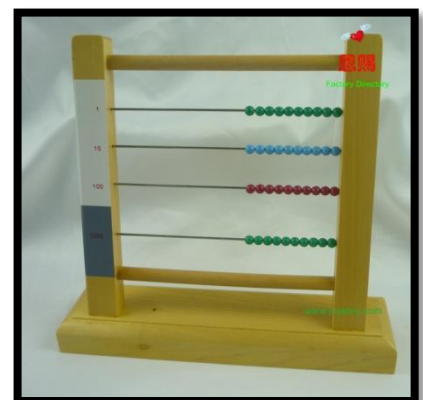


Actividad 4. ¡Vamos a hilvanar! Consistirá en pasar un hilo por unos agujeros de gran tamaño, simulando que cosen. A medida que se desarrolla la destreza, se podrán ir disminuyendo los agujeros dificultando la tarea. Hay agujas que son como un palo de madera, que facilitan el acceso por los agujeros, pero se puede utilizar sin dicho palo para dificultar la tarea.

Cuando se considere que se ha adquirido suficiente destreza, se puede probar a enhebrar la aguja.

Actividad 5. Calculando... Esta actividad combina la motilidad fina con el cálculo. Consiste en mover las bolas de acuerdo al número que se haya indicado. Cada fila de bolas tendrá un valor y el objetivo es lograr poner el número exacto de bolas necesarias para indicar la cantidad pedida.

Para realizar el ejercicio, será necesaria cierta destreza con el dedo índice y pulgar, realizando "la pinza".



Ejercicios para trabajar la cognición (memoria, concentración,...)

**Actividad 1. ¿Dónde encajará?**

Hacer puzzles

también es una tarea que ejercita tanto la destreza como la concentración de la persona. Hay puzzles de diferentes niveles, adaptados a cada persona, con menos piezas, más grandes o más pequeñas. Consiste en ir aumentando de nivel a medida que se vayan logrando realizarlos.

**Actividad 2. ¡Encuentra mi pareja!**

Un juego adecuado y entretenido para trabajar la memoria es el "memory". Consiste en un juego de cartas, en el cual puestas boca-abajo hay que encontrar sus respectivas parejas. Es necesario mínimo dos jugadores, y se pueden ir añadiendo el número de parejas de acuerdo a la capacidad de la persona.

**Actividad 3. Dándole al coco.**

Para las personas que no han tenido alteraciones a nivel cognitivo o han recuperado su estado habitual, también es aconsejable seguir ejercitando el pensamiento y concentración con actividades como sudokus (para quien le guste los números), sopa de letras,...

10.20. Anexo XX: Guía autocuidado tras un ACV (parte 4)

"Guía de autocuidado tras un ACV"

Parte 4

Comer

Para facilitar la alimentación en las personas con la destreza alterada, se recomienda:

- ✓ Apoyar bien la extremidad afectada (superior) en la mesa. De este modo será más fácil inclinarse hacia delante para comer.
- ✓ Resulta de gran ayuda platos con rebordes y cubiertos provistos con mangos especiales, para que sea más sencillo su manejo.



El "cuchi-tenedor". Tiene la función de cortar y cuando se cierra de poder pinchar el alimento.



En cuanto a la deglución, cuando está alterada es importante:

- ✓ Estar bien incorporado manteniendo una posición correcta, sobre todo de líquidos. La persona debe de estar sentada.
- ✓ La comida se debe dar por la parte de la boca no afectada, ya que de este modo pueden sentirla y masticarla adecuadamente. De este modo, disminuirá el riesgo de atragantamiento.
- ✓ A veces, es conveniente bajar la barbilla para deglutir. La hiperextensión del cuello aumenta el posible atragantamiento.
- ✓ Con pequeñas raciones lentamente y con frecuencia, de este modo, se evitará que la persona se canse.

Para estimular el reflejo de deglución es aconsejable tomar **comidas frías**, excepto si estos le producen espasmos musculares.

La disfagia se presenta entre el 27% y 69% de los pacientes que han padecido un ACV. Casi la mitad se recupera en los 14 días posteriores, quedando el resto con algún grado de alteración en la deglución. Se trata de la dificultad para tragar, por lo que será necesario: espesar los líquidos (agua, zumo, leche,...) o sustituirlos por gelatinas.

¿Qué puedo comer?

- Los alimentos aconsejables ante una disfagia son los siguientes: Crema de verdura espesa, puré de frutas, yogur, natillas, flan, compota, cuajada, huevos revueltos, tortilla francesa, sopas espesas de sémola, carne molida, pescados suaves.

Nota: Para **espesar los líquidos** se puede realizar con espesantes especiales o con maicena, papillas y/o gelatinas.

- Los alimentos que se deben evitar son: Líquidos (agua, leche, zumos), frutas crudas, pan, carnes no trituradas, sopas,...

Consistencia sólidos	Consistencia líquidos	Volumen
Inicial: yogur, compota, natillas...	Pudín	Cucharada poste
Triturada con diferentes consistencias: purés, papillas, cuajada, flan...	Néctar	
Semisólido (aplastar con el tenedor): pescado cocido, tortilla francesa, queso blando...	Miel	
Fácil deglución (dieta blanda): pasta con tomate, pan de molde, pescado con mayonesa...	Pudín	Cucharada sopera
Entera , con textura normal	Cuidado con líquidos	

Baño

¿Cómo facilitar el acceso al baño?

- ✓ Se recomienda instalar pasamanos o barandillas en ambos lados del WC para proporcionar mayor seguridad a la persona.
- ✓ Colocar un elevador de baño.



Otras consecuencias del ictus...

En ocasiones el paciente puede presentar **incontinencia urinaria**, que suele ser una afectación transitoria, aunque puede perdurar en pacientes con secuelas importantes. Para ello, es aconsejable seguir las siguientes pautas:

- ✓ Establecer un horario para reeducar esta función alterada acudiendo al servicio u ofreciendo la cuña o botella cada 2-3 horas, al menos durante el día. Es preferible utilizar el baño lo antes posible, si es capaz de desplazarse.
- ✓ Es importante realizar una ingesta adecuada de líquidos (aproximadamente 2 litros), hasta las 8 de la tarde para evitar orina por la noche.
- ✓ Antes de ir a la cama, es conveniente intentar una micción para dejar vacía la vejiga y dejar a disposición de la persona un sistema para que pueda avisar. En ocasiones, es útil poner un despertador para realizar una micción a mitad de la noche.
- ✓ Dejar un andador o bastón al lado de la cama, si es necesario para caminar.

En caso de no persistir la pérdida de control de esfínteres, será necesario la utilización de dispositivos como compresas, pañales o colectores (en el caso del varón). Hay que tener en cuenta, que la humedad no puede permanecer durante mucho tiempo, ya que la piel se lesiona y aumenta el riesgo de aparecer úlceras.

Aseo e higiene

Si la persona es capaz de mantenerse de pie, es conveniente acondicionar el baño para evitar caídas y proporcionar mayor seguridad, retirando alfombras u otros obstáculos que puedan provocar tropiezos.



Es aconsejable disponer de goma antideslizante en la bañera o ducha e instalar pasamanos y/o barandillas en ambos lados de la bañera. Otra opción es colocar una silla de plástico o banquillo dentro de la bañera o ducha para que pueda sentarse, sobre todo en aquellas personas que padezcan debilidad en las extremidades inferiores.



¿Cómo entrar y salir de la ducha?

- Para entrar en la bañera se apoyará primero la pierna afectada y para salir, en cambio, la pierna no afectada.
- A la hora de salir de la bañera, tener colocada una alfombra de baño o toalla gruesa para evitar resbalones.

¡IMPORTANTE!

No es recomendable que se quede solo en el baño hasta que haya mejorado su equilibrio y pueda desplazarse sin ayuda o hasta su completa recuperación.

En el caso de que la persona no haga pie, existen dos opciones para realizar la higiene:

1. Modificar el baño, realizando una ducha al ras del suelo para que la persona pueda ducharse en una silla de plástico con ruedas, que será trasladada desde la habitación hasta el baño.
2. Realizar la higiene en la cama, participando en todo lo que sea posible la propia persona y con la ayuda del cuidador para las partes del cuerpo que no sea capaz de llegar.



Es importante, **en las personas con trastorno de la sensibilidad**, tener cuidado con la temperatura del agua, ya que puede sufrir quemaduras. Se aconseja probar el agua con la extremidad que mantenga la sensibilidad; y si no será el familiar/cuidador el que compruebe la temperatura del agua. También existen duchas que marcan la temperatura del agua.

Vestirse

Otra de las dificultades que va a presentar la persona tras haber padecido un ACV, será falta de destreza y capacidad para poner y quitarse la ropa. El objetivo es aumentar la independencia de la persona enseñándole algunos trucos para facilitar dicha acción y sea capaz de ponerse por sí mismo todas las prendas que sea posible, reservando la ayuda del cuidador para todo aquello que no pueda realizar. Para ello se facilita las siguientes recomendaciones:

- A la hora de ponerse la ropa, comenzar por la extremidad afectada ayudándose de la extremidad no afectada. En cambio, para desvestirse, primero sacar la extremidad no afectada, y posteriormente, la afectada.
- Para vestirse y desvestirse es mejor estar sentado.
- Para poner el pantalón, colocar la pierna afectada encima de la pierna sana, y de este modo será más fácil.



- Los zapatos deben ser cómodos y cerrados para que el pie esté sujeto y evitar los tropiezos y caídas. Para ayudar a ponerlos, será conveniente la ayuda de un calzador de mango largo.
- Al principio es recomendable utilizar prendas de vestir prácticas y holgadas, como ropa deportiva con elástico en la cintura (chándal, leggings,...)
- Sustituir los botones por cremalleras o tiras de velcro. Zapatillas con velcro o sin cordones.

A medida que vaya recuperando destreza, se podrán ir añadiendo botones de gran tamaño, cremalleras,... Hasta conseguir que sea capaz de utilizar tanto botones y corchetes como cordones.

En caso de que la persona no tenga la habilidad para realizar dicho proceso y necesite la ayuda del cuidador la forma más sencilla para vestir es al borde de la cama. Primero se colocará la parte superior, y posteriormente la inferior. Para poner el pantalón, se meterán ambas piernas a la vez con el pantalón recogido y una vez la persona se ponga de pie (previamente se habrán puesto los calcetines y zapatos), se completará la colocación, si es posible la propia persona y sino el cuidador.

Bibliografía consultada para "guía de autocuidado tras un ACV"

1. Clínica universidad de navarra. Cuidados tras un accidente cerebrovascular. [Online].; 2015 [citado 2016 Enero 14]. Disponible en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-ictus>.
2. Hospital Ramón y Cajal. Guía práctica de autocuidados ictus. Comunidad de Madrid.; 2005. p.1-5
3. Hospitales Nisa. Servicio de NeuroRehabilitación. Blog de Daño cerebral. [Online]. [citado 2016 Marzo 27]. Disponible en: <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/?s=abvd>.






4. 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 del pacientes con ictus en Atención Primaria. Ministerio de sanidad y política social. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. pag 58-86.
5. 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. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. p. 163-193

10.21. Anexo XXI: Cuestionario de satisfacción final

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FINAL**"PONTE EN MARCHA Y RECUPERA EL CONTROL" Programa de EpS**

El siguiente cuestionario pretende conocer cuál es tu opinión acerca del desarrollo de la formación en la que has participado, con el objetivo de identificar elementos de mejora. Se realizará de forma **anónima**.

Indica la opción que te parezca más adecuada, teniendo en cuenta que 1 es el "grado más bajo de satisfacción o estar totalmente en desacuerdo" y 5 el "grado más alto de satisfacción o estar totalmente de acuerdo".

		1	2	3	4	5
						
1	UTILIDAD. Los contenidos desarrollados durante la acción formativa han resultado útiles y se han adaptado a mis expectativas.					
2	Voy a poder aplicar los conocimientos adquiridos en mi práctica diaria.					
3	METODOLOGÍA. La metodología (PowerPoints, actividades, videos, etc.) ha sido la adecuada para la consecución de los objetivos.					
4	Se ha dedicado el tiempo necesario a resolver mis dudas y consultas					
5	La duración de las actividades ha resultado adecuada para adquirir los objetivos que se proponían al inicio.					
6	Las actividades han sido adecuadas para obtener los objetivos previstos.					
7	FORMADOR. Ha mostrado tener dominio de los contenidos que se han impartido.					
8	Ha conseguido mantener el interés de los asistentes y adaptar la sesión a las expectativas del grupo.					
9	Se expresa con claridad y resuelve dudas					
10	Se ha mostrado accesible y respetuoso con el grupo.					
11	Se ha proporcionado material de apoyo adecuado para la comprensión de su correcta realización					

12. ¿Qué es lo que más le ha gustado del programa?.....

.....
.....

13. ¿Qué cambios propondrías para mejorar el programa?

.....
.....

14. ¿Cambiarías alguna actividad? Si se te ocurre alguna puedes sugerirla.

- Sí.....
- No

15. ¿Ha faltado algún aspecto que consideras importante haberlo tratado?

- Sí. ¿Cuál?.....
- No

16. ¿En general cuál ha sido tu grado de satisfacción?



Odié

1



No me gustó

2



Indiferente

3



Me gustó

4



Me encantó

5